



Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología
Guadalajara, Jal., 6 al 10 de noviembre 2022
Por la Excelencia de la Salud Femenina



I. Concurso de Trabajos de investigación básica presentados por escrito "Víctor Espinosa de los Reyes Sánchez"

MOLA PARCIAL ASOCIADO A EMBARAZO DE 22.4 SEMANAS DE GESTACIÓN POR US: REPORTE DE CASO

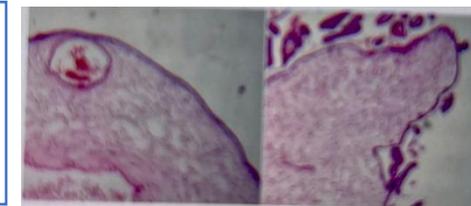
M.L. Morán Morales, G.G. Martínez López, C.F. Díaz García



INTRODUCCIÓN: La mola hidatiforme es una neoplasia trofoblástica caracterizada por una degeneración hidrópica de las vellosidades y una proliferación anormal de trofoblastos (citotrofoblastos y sincitiotrofoblastos). Se observan dos tipos: completo y parcial.

CASO: Mujer de 21 años de edad cursando primer embarazo intrauterino de 22.4 SDG por US, referida de centro de salud por presentar cifras tensionales de 160/110, con diagnóstico de Hipertensión gestacional a las 21.3 semanas de gestación en tratamiento con AMD 250 mg c/12 h, ingresa a UCIA para control de cifras tensionales por preeclampsia severa lejos de término, se solicita USG por medico materno fetal encontrando feto único vivo fetometría para 21 semanas, peso fetal estimado 280 gr, líquido amniótico normal, placenta fundica anterior, con grosor mayor de 5.4 cm, con múltiples imágenes quísticas, sin evidencia de flujo a la exploración DOPPLER. Feto sin anomalías aparentes, no evidencia de cromosomopatía. IP arterias uterinas 2.35, NOTCH bilateral, se integra diagnóstico de mola parcial a descartar mosaicismo placentario. Sub-B-HGC 124830.0 mU/mL. Se inicia maduración cervical con prostaglandinas para resolución del embarazo por riesgo aumentado de complicaciones maternas, obteniendo Producto sin FCF a las 00:02 hrs, femenino de 310 gr, 20 cm, placenta con múltiples vesículas. Reporte de patología: Enfermedad Trofoblástica del embarazo del tipo mola hidatidiforme parcial.

DISCUSIÓN: La incidencia de una mola parcial con feto euploide es extremadamente rara, porque la mayoría de molas parciales son triploides. Dado que la coexistencia de una gestación normal con una mola hidatiforme es poco frecuente, existen pocas directrices para la de actuación en la evaluación y el tratamiento prenatal, sobre todo si se adopta un enfoque conservador. El diagnóstico se establece mediante una ecografía, que muestra una placenta más grande de lo normal, con múltiples ecos característicos en forma de "copo de nieve", y el feto coexistente, morfológicamente normal y vivo. El diagnóstico se apoya en niveles más altos de hCG



CONCLUSIÓN: Una mola parcial sospechosa en la ecografía con aumento de β -hCG y un feto vivo ecográficamente normal de un cariotipo diploide plantea un dilema para el manejo clínico. La interrupción del embarazo no está indicada si el feto es normal; de hecho, la continuación hasta el nacimiento es posible en casi 60% de los casos sin aumento de los riesgos maternos cuando la paciente se controla de cerca después del nacimiento hasta que la β -hCG es negativa. Sin embargo, se aumenta el riesgo de presentar complicaciones maternas tal es este caso, con una presentación atípica de preeclampsia severa a las 22 SDG, motivo por el cual se interrumpe el embarazo.