

REPORTE DE CASO

Diagnóstico ecográfico de embarazo molar, simultáneo con feto vivo

Sonographic diagnosis of simultaneous molar and alive fetus gestation

Md. Sthefany Yánez Monteros¹

Dr. Guillermo Maruri²

Dr. Dalton Avila³

Fecha de recepción: 11 de julio 2019

Fecha de aceptación: 15 de octubre 2019

RESUMEN

La gestación gemelar bicorial que desarrolla un embarazo molar completo y un feto vivo simultáneo, es una patología extremadamente rara. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 20 años de edad, que ingresa al Hospital General Guasmo Sur en Guayaquil, Ecuador, con diagnóstico ecográfico de Embarazo Molar de 16,5 semanas, trombocitopenia y anemia moderada. La descripción reporta mola con crecimiento excesivo y presencia de placenta previa. Se realiza operación cesárea y durante el transoperatorio se evidencia embarazo gemelar bicorial, uno con mola completa y el otro con feto vivo. La paciente presentó preeclampsia severa en el puerperio. La evolución fue favorable y se dio alta médica con controles y seguimiento por consulta externa.

PALABRAS CLAVES: Gestación gemelar bicorial. Mola y Feto vivo. Diagnóstico ecográfico

ABSTRACT

Bichorial twin gestation with molar and alive fetus simultaneously is an extremely rare pathology. The case of a 20-year-old female patient, who is admitted to the General Hospital Guasmo Sur Guayaquil, Ecuador, with a sonographic diagnosis of 16.5 weeks Molar Pregnancy, thrombocytopenia and moderate anemia is reported. Ultrasound array registers molar pregnancy with excessive trophoblastic growth and placenta previa. Caesarean section is performed, and bichorial twin pregnancy is diagnosed, one with a complete mole and another with an alive fetus. Patient developed severe puerperium preeclampsia signs, however she had an uneventful evolution and followed up her obstetric surveillance in the

outpatient service.

KEY WORDS: Bichorial twin gestation. Mole pregnancy. Ultrasound diagnosis

INTRODUCCIÓN

El embarazo molar es una concepción anormal, en la que la mayoría de las veces el material genético es paterno. Fue descrito por primera vez por Hipócrates 400 a.C. como “hidropesía del útero”. Según Berkowitz (1) se produce un desarrollo fetoplacentario anómalo, estableciéndose diversos grados de proliferación trofoblástica y edema del estroma corial. Yamashita en 1979 (2) señaló que el 80 por ciento de los casos son homocigotos 46XX, como resultado de la duplicación del genoma haploide de un solo espermatozoide, después de la fertilización de un óvulo en el que los cromosomas maternos se pierden durante la meiosis o como consecuencia de la diploidización poscigótica de una concepción triploide.

De acuerdo a la definición clásica de Hertig (3) la mola hidatiforme se caracteriza por: degeneración hidrópica, edema del estroma vellositario, ausencia de vascularización en las vellosidades coriales y proliferación del epitelio trofoblástico, conservando la estructura vellositaria diferenciada. En 1889 Bordoy (4) publica en la Revista Balear de Ciencias Médicas el artículo “Mola hidatídica siguiendo el curso perfecto de la gestación”, que es la primera descripción de una mola gestacional.

Según Lewis Jr (5) el embarazo gemelar bicorial con mola completa y feto vivo, difiere de una mola parcial con feto vivo, puesto que son entidades con mecanismos de formación, clínica, morfología y pronóstico diferentes. En la mola completa,

las vellosidades coriónicas se convierten en una masa de vesículas claras, el feto está ausente y los estudios citogenéticos muestran una composición cromosómica de 46 cromosomas de origen paterno. El ovocito es fecundado por un espermatozoide haploide que duplica sus cromosomas después de la meiosis, mientras que los cromosomas del ovocito están ausentes o inactivados. Van de Kaa (6) refiere que en estos casos no se detecta tejido embrionario o fetal y en el caso de embarazos únicos tiene un 10% de riesgo de desarrollar una enfermedad trofoblástica persistente, que se incrementa a un 50% en embarazos gemelares.

Matsui en 1999 (7) señala que en la mola parcial, los cambios hidatiformes son focales y puede verse al feto o un saco amniótico. Los estudios citogenéticos revelan un feto y una placenta triploides, ambos con 69 cromosomas de origen materno y paterno, lo cual es compatible con un desarrollo fetal y placentario simultáneos. Estos productos no suelen rebasar el primer trimestre de gestación y además se asocian a malformaciones congénitas múltiples y retraso en el crecimiento.

En países de América del Norte y Europa reportan tasas bajas o intermedias de Mola Hidatiforme (66 a 121 por 100,000 embarazos), mientras que en América Latina, Asia y Medio Oriente se reporta un amplio rango y tasas altas (23 a 1299 por 100,000 embarazos) (8,9).

La disponibilidad tanto de la ecografía como de la medición cuantitativa de la hCG sérica ha llevado a un diagnóstico más temprano de la mola completa Sebire en el 2005 (10) y Braga (11), refieren que a nivel mundial, estas alteraciones del embarazo se diagnostican con mayor frecuencia en el primer trimestre. Soto-Wright en 1995 (12) señala que la edad promedio al momento del diagnóstico registrado en una serie seguida entre 1988 a 1993 fue las 11.8 semanas de gestación, mientras que en un estudio realizado entre 1965 y 1975 la edad promedio fue las 16.5 semanas. Esta diferencia se debe a la mayor capacidad y desarrollo que tienen con el transcurso del tiempo los equipos bioelectrónicos.

En el reporte de Sun (13) se registra que el 23 por ciento de las pacientes con mola completa que no recibieron quimioprofilaxis desarrollaron un tumor persistente post molar, incluso cuando la alteración se diagnostica antes de las 10 semanas de gestación, no hay disminución en el riesgo de Enfermedad

Trofoblástica Gestacional.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 20 años, sin control prenatal, presenta como antecedente quirúrgico de importancia cirugía de rodilla por artritis séptica a los 17 años. Acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital General Guasmo Sur, por presentar sangrado trans-vaginal escaso y dolor abdominal a nivel de hipogastrio. Amenorrea de 15.6 semanas. Exámen físico signos vitales PA118/80 FC 80 FR 20 T 36

Abdomen blando depresible poco doloroso a la palpación, frecuencia cardiaca fetal de 145, movimientos fetales presentes, tacto vaginal: cervix entre abierto, se identifica poco sangrado, extremidades simétricas. Riesgo obstetrico 3

Ecografía (16/05/19): feto único, cefálica, placenta grado 0/III, bolsillo mayor 4.8 ILA peso fetal 175grs. Hacia la región ístmica y ocluyendo el orificio cervical interno se observa masa de aspecto heterogéneo con múltiples zonas anecoicas, que tienen relación con mola hidatidorme. Diagnóstico: Embarazo 16.5 semanas y presencia de mola hidatiforme. **Figura 1 y 2**

Paciente estable, con anemia tratada con unidad de glóbulos rojos concentrados, trombocitopenia, tiempos normales, perfil hepático normal. Hb7.8 VCM 86 l5450 Plaquetas 38.000 GSO+ VDRL – HIV, 17/5/2019 Hb 9.5 VCM 86 l 5080 n 3340 l 1270 Plaquetas 138.000. Se indica eritropoyetina 4000 UI subcutánea lunes y jueves.

Ecografía de control: hacia la región ístmica y ocluyendo el orificio cervical interno se observa masa de aspecto heterogéneo con múltiples zonas anecoicas en relación a posibles vesículas en relación a mola hidatiforme + embarazo de 16 semanas.

Procedimiento obstétrico: Cesárea corporal + ligadura de arterias uterinas bilateral. Hallazgos quirúrgicos: Mola completa y feto de 16 semanas con placenta. Quistes teca luteínicos bilaterales. Ninguna complicación.

Entre los antecedentes obstétricos se registra embarazo gemelar más mola completa, HCG en 94.207 del 24/05/2019. Al momento niega síntomas vasomotores. Evolución posquirúrgica favorable. la media a control de HCG por consulta externa, última del 26 de junio 179.64mIU/ml. Paciente en seguimiento por el servicio de consulta externa, con evolución favorable y cifras de HCG en descenso.



Fig. 1. Feto único, vivo y pequeñas áreas Quísticas, que corresponden a vellosidades hidrópicas

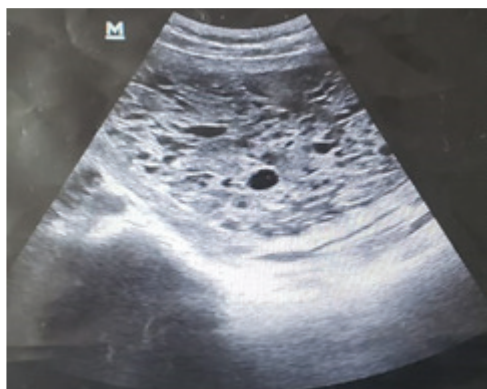


Fig 2. Cambios quísticos dl espesor del parenquima placentario, compatibles con mola hidatiforme

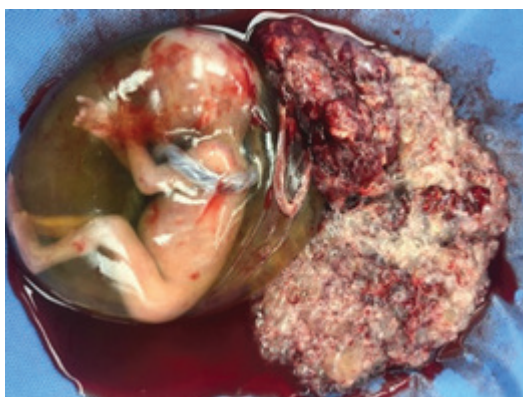


Figura 3. Embarazo gemelar bicorial: Uno con mola completa. Otro con feto vivo

DISCUSIÓN

Ante la presencia de este tipo de embarazo existe un dilema importante, tanto para los médicos como para los padres, en la decisión de continuar o finalizar la gestación teniendo en cuenta que hay un feto vivo, considerando la presencia de complicaciones. Mangili (14) reportan casos de embarazo molar asociados a preeclampsia (3.5% a las 8.5 semanas de gestación). Hou (15) en una serie de mujeres con mola completa de 1988 a 1993, reporta que la preeclampsia estuvo presente en solo 1 de 74 pacientes. Ramsey PS (16)

refiere que la eclampsia en el embarazo molar es poco frecuente y solo se han notificado casos anecdóticos, generalmente cuando coexiste un feto. Selamé (18) reporta la asociación de mola con eclampsia.

Toledo (17) y otros, reportaron el caso de una mujer de 32 años, cuyo embarazo simultáneamente molar, concluyó a las 29 semanas con feto vivo. La madre presentó como complicación mayor síndrome nefrótico secundario a preeclampsia.

Es raro que se produzca una concepción múltiple con un gemelo normal y una mola completa o parcial, Según Shazly (19) esta eventualidad se desarrolla en solo 1 por 20,000 a 100,000 embarazos. Steller MA (20) sugiere que es posible que la incidencia de ésta alteración aumente con el incremento del uso de la inducción de la ovulación en mujeres mayores y una mayor tasa de gestación múltiple; Vejersley en 1991 (21) registra los riesgos potenciales de la presencia de esta alteración que incluyen: (1) complicaciones graves, como preeclampsia, hemorragia y tirotoxicosis, que generalmente se desarrollan en el segundo trimestre; (2) parto prematuro; y / o (3) neoplasia maligna, neoplasia trofoblástica gestacional (GTN).

Steller (20), en el New England Trophoblastic Disease Center (NETDC) revisó la experiencia con ocho casos de mola completa con un gemelo coexistente y 14 casos adicionales publicados por otros investigadores, se describe un caso de mola parcial que coexiste con una placenta y un feto normal. En esta revisión los embarazos con mola completa y feto coexistente

tendieron a diagnosticarse más tarde, tienen úteros más agrandados y tienen mayores niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) antes de la evacuación. Tumor persistente desarrollado en 12 (55 por ciento) de 22 pacientes. Cinco (23%) de los fetos sobrevivieron, y no se observaron anomalías fetales. La experiencia de NETDC se comparó y combinó con centros brasileños con un total de 72 pacientes con embarazo de gemelos con lunar completo y feto normal coexistente Lin LH (22). Entre 62 pacientes que optaron por continuar el embarazo, 36 (58 por ciento) dieron a luz a un bebé vivo. Las complicaciones médicas se desarrollaron en 41 (65 por ciento) de 63 pacientes con resultados conocidos y GTN ocurrió en 31 (46 por ciento) de 68 pacientes con resultados conocidos, en nuestro caso se decidió interrumpir el embarazo para evitar potenciales complicaciones maternas por los factores de riesgo asociados, sin embargo la paciente presentó preeclampsia en el puerperio.

Bonilla-Musoles F (23) señala que los ultrasonidos se han convertido en un área diagnóstica insustituible en Obstetricia y Ginecología. En las últimas 3 décadas, ha tenido un desarrollo vertiginoso, convirtiéndose en el más importante aporte tecnológico a la obstetricia moderna. Su aplicación en el primer trimestre ha ampliado, las posibilidades de diagnóstico temprano de malformaciones embrionarias, con esta tecnología se puede evaluar la anatomía, el crecimiento y desarrollo fetal, el funcionamiento placentario y, en etapas precoces del embarazo, tiene aplicaciones predictivas de eventos adversos obstétricos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. «Avances actuales en el manejo de la enfermedad trofoblástica gestacional.» *Gynecol Oncol*, 2013; 128: 3.
2. Yamashita K, Wake N, Araki T, et al. «Human lymphocyte antigen expression in hydatidiform mole: androgenesis following fertilization by a haploid sperm.» *Am J Obstet Gynecol*, 1979; 135:597.
3. Hertig A., Sheldon W. Hydatiform mole. A pathological clinical correlation of 200 cases. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* (1947) 53:1
4. Bordoy, B. «Mola hidatiforme siguiendo el curso perfecto de la gestación.» *Revista Balear de Ciencias Médicas.* Palma de Mallorca., (1889) 297: 37
5. Lewis JL Jr. «Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease.» *Medline*, 1993: 71:1639-47.
6. Van de Kaa CA, Robben JM. C, Hopman AH. N, Hanselaar AGJ. M, Vooijs GP. «Complete hydatiform mole in twing pregnancy: differentiation from partial mole within terphasecy to genetic DNA Cyto mericanal y seson paraffin embedded tissues. *Histopathology.*» *Medline*, 1995: 26:123-9.
7. Matsui H, Iitsuka Y, Ishii J, Osada H, Seki K, Sekiya S. «Androgenic complete mole coexistent with a twin live fetus.» *Gynecol Oncol. Medline*, 1999: 74:217-21.
8. Palmer R.J. «Avances en la epidemiología de la enfermedad trofoblástica gestacional.» *J Reprod Med*, 1994: 39: 155.
9. Bagshawe KD, Dent J, Webb J. «Mola hidatiforme en Inglaterra y Gales 1973-83.» *Lancet*, 1986: 2: 673.
10. Sebire N.J. El diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional en el embarazo temprano: implicaciones para la detección, el asesoramiento y el manejo. *Ultrasonido Obstet Gynecol*, 2005: 25: 421.
11. Braga A, Moraes V, Maestá I, et al. «Tendencias cambiantes en la presentación clínica y el manejo del lunar hidatiforme completo entre las mujeres brasileñas.» *Int J Gynecol Cancer*, 2016: 26: 984.
12. Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS. «La presentación clínica cambiante del embarazo molar completo.» *Obstet Gynecol*, 1995: 86: 775.
13. Sun SY, Melamed A, Goldstein DP, et al. «Cambio en la presentación de la mola hidatiforme completa en el Centro de Enfermedades Trofoblásticas de Nueva Inglaterra en las últimas tres décadas: el diagnóstico temprano altera el riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional.» *Gynecol Oncol*, 2015: 138: 46.
14. Mangili G, Garavaglia E, Cavoretto P, et al. «Presentación clínica de la mola hidatiforme en el norte de Italia: ¿ha cambiado en los últimos 20 años?.» *Soy J Obstet Gynecol*, 2008: 198: 302.e1.
15. Hou JL, Wan XR, Xiang Y, et al. «Cambios en las características clínicas de la mola hidatiforme: análisis de 113 casos.» *J Reprod Med*, 2008: 53: 629.
16. Ramsey PS, Van Winter JT, Gaffey TA, Ramin KD. «Eclampsia que complica el embarazo molar hidatiforme con un feto coexistente y viable. Un reporte de caso.» *J Reprod Med*, 1998: 43: 456.
17. Toledo L, Asturizaga P, Mizutani V, Vargas A. «Mola Hidatiforme parcial con feto vivo en el tercer trimestre con Síndrome Nefrótico secundario a Preeclampsia.» *Rev S Científica*, 2015: 13(1):32-7.

-
-
18. Selamé G, Rodrigo et al. «Eclampsia como manifestación clínica de enfermedad trofoblástica gestacional: Reporte de caso. » Rev ANACEM, 2017 : 11 .
 19. Shazly SA, Ali MK, Abdel Badee AY, et al. «Embarazo gemelar con mola hidatidiforme completa y feto coexistente después de la inducción de la ovulación con un régimen de citrato de clomifeno no prescrito: reporte de un caso.» J Med Case Rep, 2012: 6:95.
 20. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, et al. «Características clínicas de concepción múltiple con embarazo molar parcial o completo y fetos coexistentes. » J Reprod Med, 1994: 39: 147.
 21. Vejerslev L.O.. Manejo clínico y posibilidades diagnósticas en mola hidatidiforme con feto coexistente Obstet Gynecol Surv, 1991: 46: 577.
 22. Lin LH, Maestá I, Braga A, et al. «Embarazos múltiples con lunar completo y feto normal coexistente en América del Norte y del Sur: una cohorte multicéntrica retrospectiva y revisión de la literatura.» Gynecol Oncol , 2017: 145: 88.
 23. Bonilla-Musoles F, Raga F, Ballester MJ, Serrat V. « Early detection of embrionic malformations by transvaginal and color Doppler sonography. » J Ultrasound Med , 1994: 13(5):347-56.

DIRECCIÓN DE LOS AUTORES

Md. Sthefany Yánez Monteros

e. mail: sthefyym@hotmail.com

Guayaquil. Ecuador