



Práctica Clínica

Gestación gemelar con mola hidatidiforme completa y feto vivo coexistente tras una fecundación in vitro

Twin gestation with complete hydatidiform mole and coexisting live fetus after in vitro fertilization

Enrique García¹, María de la Calle¹, Roberto Rodríguez¹, Laura Yébenes², Elena Mansilla³, Felix Omeñaca⁴ y José Luis Bartha¹

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología. ² Servicio de Anatomía Patológica. ³ Servicios de Genética. ⁴ Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz

Palabras clave:

Mola hidatidiforme. Embarazo gemelar. Enfermedad trofoblástica de la gestación. Feto vivo coexistente.

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 39 años con embarazo gemelar bicorial biamniótico en el que coexistían una gestación evolutiva y una mola hidatidiforme completa. La gestación había sido conseguida mediante técnicas de reproducción asistida. Tras el diagnóstico ecográfico, se confirmó el diagnóstico de mola hidatiforme mediante biopsia corial. Se realizó un manejo conservador de la gestación hasta que se desencadenó un parto prematuro en la semana 24+5 de gestación. El recién nacido falleció por complicaciones asociadas a la prematuridad. La mujer completó el seguimiento en nuestro centro de forma satisfactoria.

Key words:

Hydatiform mole. Twin pregnancy. Gestational trophoblastic disease. Healthy co-twin.

Abstract

We present the case of a 39 year-old patient with a bicorial biamniotic twin pregnancy in which an evolutionary gestation and a complete hydatidiform mole coexisted. The gestation had been achieved through assisted reproduction techniques. After the ultrasound diagnosis, the diagnosis of hydatidiform mole was confirmed by chorionic biopsy. A conservative management of pregnancy was performed until a premature birth was triggered in the 24 + 5 week of gestation. The newborn died due to complications associated with prematurity.

Recibido: 15/09/2018
Aceptado: 23/10/2018

García E, De la Calle M, Rodríguez R, Yébenes L, Mansilla E, Omeñaca F, et al. Gestación gemelar con mola hidatidiforme completa y feto vivo coexistente tras una fecundación in vitro. Prog Obstet Ginecol 2019;62(1):47-50

Correspondencia:

María de la Calle Fernández-Miranda
Sección de Tocología de Alto Riesgo
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario La Paz
Paseo Castellana nº 261
28046 Madrid
e-mail: mcallefm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La mola hidatidiforme forma parte de un cuadro más amplio conocido como enfermedad trofoblástica gestacional, constituida por una serie de procesos patológicos derivados de las células propias de la placenta humana (1). Según el patrón genético distinguimos molas parciales y completas. Aunque se trata de entidades benignas, ambas tienen potencial poder de invasión local o a distancia, en cuyo caso nos encontraremos ante un caso de neoplasia trofoblástica gestacional.

Aunque existen numerosas excepciones, en líneas generales podemos aceptar que la mola completa es diploide (normalmente resultante de la duplicación del genoma haploide de un espermatozoide que fecunda un óvulo que ha perdido el material genético de forma accidental durante la meiosis) y la mola parcial es triploide (resultado de la fecundación de un óvulo en principio normal por dos espermatozoides haploides o por un espermatozoide anormalmente diploide) (2).

La incidencia de esta patología varía mucho según la localización geográfica en la que nos encontremos; entre 0,57 a 1,1 por cada 1000 gestaciones en Europa y Norteamérica a 2 por cada 1000 gestaciones en el Sudeste asiático y Japón (3). En cuanto a los factores de riesgo, los más claramente asociados son la presencia de una gestación molar previa y las edades extremas en la gestante (menor de 19 y mayor de 35 años). Muchos otros factores han sido estudiados, como la historia de infertilidad previa o distintos factores dietéticos sin resultados concluyentes (4).

CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años, gestante de 12+2 semanas (gestación gemelar, bicorial biamniótica) que acudió al servicio de urgencias de Obstetricia y Ginecología de nuestro centro refiriendo cuadro intenso de malestar general, náuseas y vómitos. Como antecedentes destacan un parto eutócico tres años antes de una gestación conseguida mediante *Fecundación in vitro* con inseminación intracitoplasmática técnicas de reproducción asistida (FIV ICSI) tras esterilidad de varios años de evolución por factor masculino. Dicho embarazo cursó sin complicaciones. La paciente tampoco presentaba otros antecedentes médicos o quirúrgicos de interés.

La gestación actual había sido conseguida también mediante FIV ICSI con ovocitos y semen propios de la pareja. La paciente aportaba dos ecografías previas realizadas en otro centro: en semana 6 con diagnóstico de una sola vesícula evolutiva y en semana 9 con probable degeneración molar del segundo saco gestacional.

La paciente fue tratada con antieméticos con buena respuesta y comenzó el seguimiento de la gestación en

nuestras consultas de alto riesgo obstétrico. Se realizaron seguimientos seriados de BHCG (Figura 1). Los niveles de hormonas tiroideas, enzimas hepáticas y demás determinaciones básicas fueron normales.

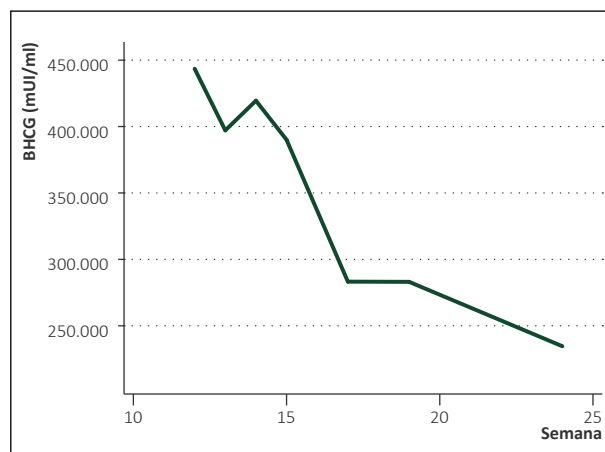


Figura 1. Evolución de los valores de la BHCG en el embarazo.

En semana 13 se realizó biopsia corial tanto de la gestación evolutiva como de la degeneración molar. Los resultados fueron un cariotipo normal, 46XY para la gestación evolutiva y un patrón monoalélico para cromosoma X y nulisómico para cromosoma Y en la mola, diagnosticándose de mola hidatidiforme completa de origen paterno.

En semana 15 la paciente presentó un ligero sangrado transvaginal. En la ecografía se describe una gestación evolutiva, acorde a las semanas de gestación, y una degeneración molar de la segunda placenta de 90x42 mm con un patrón microvesicular. Los controles tensionales y analíticos continuaron siendo normales.

Los controles ecográficos y analíticos se realizaron semanalmente. La imagen molar, de aspecto microvesicular se mantuvo estable entre la 17 y la 22 semanas con una medida de 160x82x118 mm.

En semana 24 la gestación evolutiva tiene un peso fetal estimado de 665 g (p25). El estudio Doppler de arterias uterinas resultó normal. La cervicometría fue de 35 mm. Los controles analíticos y tensionales continuaron en rangos normales. El sangrado escaso persistió en todo momento.

En la semana 24+5 la paciente acudió a nuestro servicio de urgencias refiriendo dinámica uterina intensa y sangrado vaginal importante. A su llegada la paciente se encontraba en dilatación completa y con la presentación en II plano de Hodge por lo que no se pudo intentar frenar el parto. Se produjo la extracción fetal en presentación podálica con ayuda manual al parto sin incidencias, naciendo un varón vivo con 800 g de peso y una puntuación en el test de APGAR de 4/5. El recién

nacido sobrevivió un mes pero falleció a los 45 días de vida por complicaciones relacionadas con la prematuridad (perforación intestinal en el contexto de un cuadro de enterocolitis necrotizante).

Durante el alumbramiento se observó la salida de abundantes formaciones multivesiculares, y fue preciso realizar un legrado por aspiración para asegurar la evacuación uterina completa. El análisis de Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico de mola completa de segundo gemelo y placenta sin lesiones de primer gemelo. El sector con degeneración molar midió 23x17 mm, pesó 528 g y estaba formado por múltiples vesículas de pared fina y contenido claro de entre 6 mm y 4 cm de diámetro máximo (Figura 2).

Posteriormente la paciente fue seguida en nuestras consultas hasta lograr una negativización de las cifras de BHCG a los tres meses (Figura 3). No hubo complicaciones en el posparto. Actualmente la paciente se encuentra asintomática a la espera de realizar una nueva FIV ICSI para lograr una nueva gestación.



Figura 2. Placentas de la gestación gemelar (izquierda del feto viable y derecha de la degeneración molar).

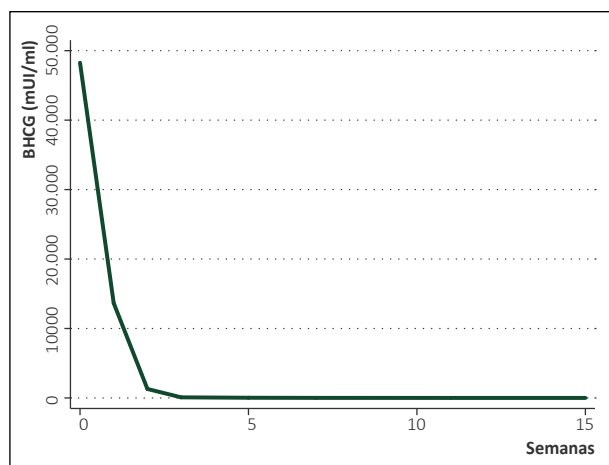


Figura 3. Evolución de la BHCG tras el parto.

DISCUSIÓN

Las gestaciones gemelares con degeneración molar de uno de los embriones y feto sano coexistente son situaciones excepcionales, aunque existen varios casos recogidos en la literatura. Se calcula una incidencia de 1 de cada 22.000-100.000 gestaciones gemelares (5). Aunque las técnicas de reproducción asistida no parecen tener efecto en la incidencia de la gestación molar, sí que aumentan la proporción de gestaciones gemelares, por lo que esta situación puede verse de forma más frecuente que en el pasado.

La sintomatología en estos casos es similar a la encontrada en las gestaciones únicas con degeneración molar, si bien el hecho de encontrarnos con una gestación evolutiva coexistente nos hace ser especialmente cautos en el diagnóstico ante la posibilidad de estar ante una anomalía placentaria no molar. De hecho, el diagnóstico definitivo debe hacerse con estudio histológico y genético, como realizamos en nuestro caso y como abogan otros autores (6).

Uno de los aspectos más controvertidos en estos casos es el riesgo de malignización de la gestación molar. Existen bastantes datos contradictorios en este asunto, en el que algunos autores abogan por la interrupción inmediata del embarazo ante el riesgo aumentado de evolución a neoplasia trofoblástica gestacional y aumento del riesgo de recibir quimioterapia, mientras otros autores opinan que este riesgo no está aumentado, por lo que el manejo expectante es aceptable (5,7). Nosotros abogamos por la actitud expectante tras consensuar con los padres ambas opciones.

En cuanto a las complicaciones obstétricas, es frecuente que estas pacientes presenten problemas derivados tanto de la gestación gemelar como de la existencia de una gestación molar, como preeclampsia, parto prematuro o hipertiroidismo (8), si bien existen raras excepciones de casos de gestaciones similares a la nuestra que han llegado a término (9). En la serie de casos más amplia publicada describen 53 pacientes con mola completa y gemelo viable coexistente terminando 25 gestaciones antes de las 24 semanas sin viabilidad fetal y 28 gestaciones más allá de la semana 24, con 20 recién nacidos supervivientes y una edad gestacional media de 35 semanas de edad gestacional. En total se calculan unos 200 casos reportados en la literatura desde que en 1977 se estableciera la diferenciación entre mola parcial y mola completa, con tan solo 56 gestaciones resultantes en un recién nacido vivo, la gran mayoría prematuros (11). En la tabla I se comparan distintos artículos y las edades gestacionales que se consiguieron.

En nuestro caso, la gestación molar no tuvo un comportamiento muy agresivo, manteniéndose los controles analíticos y tensionales dentro de la normalidad, lo que permitió un manejo expectante hasta el desencadenamiento de un

Tabla I.

Semanas de gestación en la que se finalizaron embarazos con mola hidatidiforme completa y feto sano coexistente

Autores	Semanas de gestación
Guzman (9)	39 semanas
Sebire (10)	35 semanas entre las 28 (52%) pacientes que sobrepasaron la semana 24
Dolapcioglu (11)	29 semanas
Freis et al (12)	31+4 semanas
Bruchim (13)	26 y 41 semanas
Vaisbuch (14)	16 y 26 semanas
Krishnamoorthy (15)	13 semanas
Vimercati (16)	28 y 26 semanas
Sheik (17)	17 semanas
Asha (18)	27, 31 y 32 semanas
García et al.	24 +5 semanas

parto prematuro. Está aún por determinar de qué forma las características de la mola coexistente determinan el pronóstico de la gestación.

Tras la evacuación fetal, el legrado por aspiración o instrumental parece adecuado para asegurar la correcta evacuación del tejido molar del útero y para obtener muestra para su análisis anatomopatológico. Así mismo es recomendable (al igual que en cualquier caso de gestación molar) un seguimiento posterior con determinaciones seriadas de BHCG como mínimo hasta demostrar su negativización. En nuestro caso la paciente continuó con revisiones en nuestro servicio hasta cumplir un año tras el parto.

AGRADECIMIENTOS

A todos los médicos implicados en este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- Usandizaga JA, De la Fuente P. *Obstetricia y Ginecología*. 4ª ed. Madrid: Ed. Marbán; 2011; p 55-9.
- Vassilakos P, Riotton G, Kajii T. Hydatidiform mole: Two entities. A morphologic and cytogenetic study with some clinical consideration. *Am J Obstet Gynecol* 1977;127(2):167-70.
- Lurain J. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(6):531-9.
- Messerli ML, Lilienfeld AM, Parmley T, Woodruff JD, Rosenshein NB. Risk factors for gestational trophoblastic neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1985;153(3):294-7.
- Niemann I, Sunde L, Petersen LK. Evaluation of the risk of persistent trophoblastic disease after twin pregnancy with diploid hydatidiform mole and coexisting normal fetus. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197(1):45.e1-5.
- Sumigama S, Itakura A, Yamamoto T, et al. Genetically identified complete hydatidiform mole coexisting with a live twin fetus: Comparison with conventional diagnosis. *Gynecol Obstet Invest* 2007;64(4):228-31.
- Smith HO, Kohorn E, Cole LA. Choriocarcinoma and gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;32(4):661-84.
- Guzmán E, Gaviño F, Valero A, Deschamps H, et al. Embarazo gemelar con mola completa y feto coexistente posterior a fertilización in vitro y transferencia de embriones complicado con placenta previa acreta. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77(3):151-5.
- Navarro AME, Castellanos RJ, Cardona GO, Torres GLG. Embarazo gemelar con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente: comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(5):275-9.
- Sebire NJ, Foskett M, Paradinis FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. *Lancet* 2002;359(9324):2165-6.
- Dolapcioglu K, Gungoren A, Hakverdi S, et al. Twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and co-existent live fetus: Two case reports and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279(3):431-6.
- Freis A, Elsässer M, Sohn C, Fluhr H. Twin pregnancy with one fetus and one complete mole. A case report. *Geburtsh Frauenheilk* 2016;76(7):819-22.
- Bruchim I, et al. Complete hydatidiform mole and a coexistent viable fetus: Report of two cases and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2000;77(1):197-202.
- Vaisbuch E, Ben-Arie A, Dgani R, Perlman S, Sokolovsky N, Hagay Z. Twin pregnancy consisting of a complete hydatidiform mole and co-existent fetus: Report of two cases and review of literature. *Gynecol Oncol* 2005 Jul;98(1):19-23.
- Krishnamoorthy K, Gerkowicz S, Verma U. Viable intrauterine pregnancy and coexisting molar pregnancy in a bicornuate uterus: A rare presentation. *J Clin Imaging Sci* 2016;6:26. DOI:10.4103/2156-7514.184541.
- Vimercati A, De Gennaro AC, Cobuzzi I, Grasso S, Abruzzese M, Fascilla FD, et al. Two cases of complete hydatidiform mole and co-existent live fetus. *J Prenat Med* 2013;7(1):1-4.
- Sheik S, Al-Riyami N, Mathew NR, Al-Sukaiti R, Qureshi A, Mathew M. Twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and a coexisting live fetus: Rare entity. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2015;15(4):e550-3.
- Rao AR, Dafle K, Padmashri G, Rao DR, Sivakumar NC. Pregnancy outcome with coexisting mole after intracytoplasmic sperm injection: A case series. *J Hum Reprod Sci* 2015;8(3):178-81.