



# Embarazo gemelar: mola hidatidiforme y feto vivo. A propósito de un caso

José Colon<sup>1</sup>.

Antonella De Ponte<sup>2</sup>.

Ramón Serrano<sup>3</sup>.

Ayari Aponte<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Profesor Agregado UCV.  
Coordinador Docente de la EMJMV de la UCV. Coordinador General del  
Postgrado de Obstetricia y Ginecología, Sede Maternidad Concepción  
Palacios de la UCV. joseacolse@yahoo.es

<sup>2</sup>Especialista en Obstetricia y Ginecología.

<sup>3</sup>Médico Cirujano en el Programa de Especialización de Obstetricia y  
Ginecología UCV-Maternidad Concepción Palacios.

<sup>4</sup>Especialista en Obstetricia y Ginecología. Jefa (E) del Servicio de Patología  
del 1er Trimestre.

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -  
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 18 de Enero del 2016 a la Revista Vitae Academia  
Biomédica Digital.

## RESUMEN

Objetivo: describir la existencia de un embarazo gemelar conformado por una mola hidatidiforme y un feto vivo. Presentación del caso: se trata de una paciente de sexo femenino de 20 años de edad, II gestas I aborto, con embarazo gemelar de 19 semanas: molar con feto vivo, diagnosticado en “Maternidad Concepción Palacios”, se decidió la interrupción del embarazo a las 21 semanas por complicaciones maternas. Discusión: la mola hidatidiforme es

un embarazo anormal, que está caracterizado por un crecimiento excesivo del tejido placentario, en el caso de un embarazo gemelar, con la presencia de un feto coexistiendo es una entidad clínica muy rara, con una incidencia mundial estimada en 1: 22000 a 1: 100000 embarazos. La complicación más temida es preeclampsia considerada una indicación para la interrupción. Conclusión: Es un dilema médico el que se presenta en este tipo de casos, ya que se torna difícil elegir entre un manejo expectante o la interrupción inmediata del embarazo.

**PALABRAS CLAVE:** mola hidatidiforme, feto vivo, embarazo gemelar, enfermedad trofoblástica gestacional

TWIN PREGNANCY: HYDATIDIFORM MOLE AND LIVE FETUS. CASE REPORT.

### **SUMMARY**

Objective: To describe the existence of a twin pregnancy consisting of a hydatidiform mole and a live fetus. Case presentation: a female patient 20 years old, second pregnancy and a previous abortion, with a twin pregnancy of 19 weeks: molar with a live fetus, diagnosed in "Maternidad Concepcion Palacios", interruption was decided at 21 weeks due to maternal complications. Discussion: hydatidiform mole is an abnormal pregnancy that is characterized by an overgrowth of placental tissue, in the case of a twin pregnancy, the presence of a fetus coexisting is a very rare clinical entity, with an estimated 1 worldwide incidence 22000 to 1: 100000 pregnancies. The most feared complication is preeclampsia considered an indication for the interruption. Conclusion: it is a medical dilemma which occurs in such cases because it becomes difficult to choose between an expectant management or immediate termination of pregnancy.

**KEY WORDS:** hydatidiform mole, live fetus, twin pregnancy, gestational trophoblastic disease

## **EMBARAZO GEMELAR: MOLA HIDATIDIFORME Y FETO VIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **INTRODUCCIÓN**

La mola hidatidiforme es un embarazo anormal, que se caracteriza por un crecimiento excesivo del tejido placentario. Con base en la histopatología, se clasifica en mola hidatidiforme completa y parcial, aunque los criterios patológicos usados para definir estas dos entidades han cambiado con el avance del ultrasonido y la terminación temprana del embarazo molar. La placenta, en esta entidad, presenta inflamación y edema de las vellosidades coriónicas e hiperplasia trofoblástica; en la mola completa, en la cual las vellosidades son císticas y la hiperplasia trofoblástica es sobresaliente. En la mola parcial, las características pasan de vellosidades normales a las císticas con hiperplasia focal. La presencia de un feto coexistiendo con una mola completa, en el caso de un embarazo gemelar, es una entidad clínica muy rara. La presencia de tejido fetal asociado frecuentemente a la mola parcial, en la cual se puede hallar glóbulos rojos fetales y tejido embrionario.<sup>(1)</sup>

La diferenciación evidente entre la mola parcial y la completa es que la presencia de un feto define a la mola hidatidiforme parcial, este feto, generalmente un crecimiento intrauterino restringido y múltiples malformaciones congénitas. Y generalmente no llega a feliz término; posee un cariotipo triploide (69 cromosomas), con un set extra de cromosoma haploide de derivación paterna, en contraste con el estudio citogenético de la mola hidatidiforme completa, que muestra un cariotipo diploide, androgénico (46 cromosomas), todo de origen paterno, con ausencia completa de tejido embrionario o fetal identifiable. El riesgo de persistencia de la mola parcial y completa se ha determinado en 4 % y 20 % respectivamente. (2- 3)

El embarazo gemelar, compuesto por una mola hidatidiforme completa y un feto, es un evento inusual, con una incidencia mundial estimada en 1: 22000 a 1: 100000 embarazos, siendo reportados, desde 1903 hasta 1991, tan solo 113 casos. Esta situación se diferencia de la mola parcial, en vista que involucra dos concepciones diferentes, una con feto y placenta normal comprendiendo un gemelo, y una mola completa en otro saco. En vista de lo raro e inusual de la situación, se suele diagnosticar tardíamente, entre las 13 y 20 semanas, con una altura uterina superior a la esperada para la edad gestacional, niveles séricos de  $\beta$ -hCG elevados, que pueden variar en rangos de 839563 mIU a 232135 mIU, y una tasa mayor de persistencia comparada con un embarazo molar simple. (4-7)

Es un dilema médico el que se presenta en este tipo de casos, ya que se torna difícil elegir entre un manejo expectante o la interrupción inmediata del embarazo, ante la posibilidad de que se desarrolle cerca del término el feto con características normales, aunque la mayoría de los casos resulta en intervención terapéutica con interrupción del embarazo, inmediatamente al realizar el diagnóstico. La consideración de manejo expectante hasta la viabilidad del feto requiere que la paciente se mantenga clínicamente estable, esta situación depende de la progresión de crecimiento de la mola completa, si la tasa de crecimiento es rápida, se producirá sangrado genital desde el inicio del embarazo, si el crecimiento es lento, puede permitir la prolongación del embarazo. (3)

La presencia de preeclampsia asociada a embarazo gemelar con la coexistencia de una mola completa, es otra complicación que es considerada una indicación para la interrupción. Los casos reportados en la literatura, que han logrado llegar al término, plantean la posibilidad de una mola con crecimiento lento y sin la presencia de preeclampsia. (3) A continuación traemos a discusión el caso de una paciente femenina de 20 años de edad, II gestas I aborto, con embarazo gemelar de 19 semanas: molar con feto vivo, diagnosticado en la "Maternidad Concepción Palacios":

## CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años de edad, II gestas I aborto, quien durante su control prenatal en la Institución se realiza ecosonograma obstétrico transvaginal evidenciando embarazo gemelar: molar con feto vivo. Se decide el ingreso el 22/07/2008, concomitantemente refiere sangrado

genital moderado con coágulos. Antecedentes familiares: no pertinentes. Antecedentes ginecobióticos: II gestas I aborto espontáneo en 2006, sin estudio histopatológico, fecha de última menstruación el 11 de marzo de 2008, con embarazo actual de 19 semanas. Examen físico de ingreso, presión arterial de 140/79 mmHg. pulso de 80 ppm., temperatura de 37°C, frecuencia respiratoria de 18 rpm. hemodinámicamente estable, abdomen globoso a expensas de útero gestante con una altura uterina de 26cm, feto único situación transversa, FCF: 144 por minuto; genitales externos de aspecto y configuración normal, al espéculo se evidencia sangrado escaso con coágulos a través el orificio cervical externo (OCE), al tacto cuello anterior largo blando permeable a OCE, reflejos osteotendinosos normales, miembros inferiores sin edema. Se solicitan los estudios pertinentes y se evalúa en conjunto con el servicio de Prenatal, Cirugía, Medicina interna, y Psiquiatría. El ultrasonido reporta un embarazo gemelar biconal-biamniótico con feto vivo y mola hidatidiforme sugestiva completa, quistes teca luteínicos bilaterales. Se evidencia una B-hCG de 600 000 mUI/ml que fue aumentando semanalmente. Su evolución posterior fue tórpida, presentando cifras tensionales altas, síntomas y signos neurológicos, con alteración de las prueba hepáticas, por lo cual se interrumpe el embarazo a las 21 semanas en agosto de 2008, previo consentimiento informado y en reunión conjunta con los diferentes servicios involucrados. Se realiza microcesárea, obteniendo recién nacido vivo masculino, de peso 280 g. y 500 cc. de material vesicular pardo, que se envían al servicio de Anatomía Patológica (Figura 1).

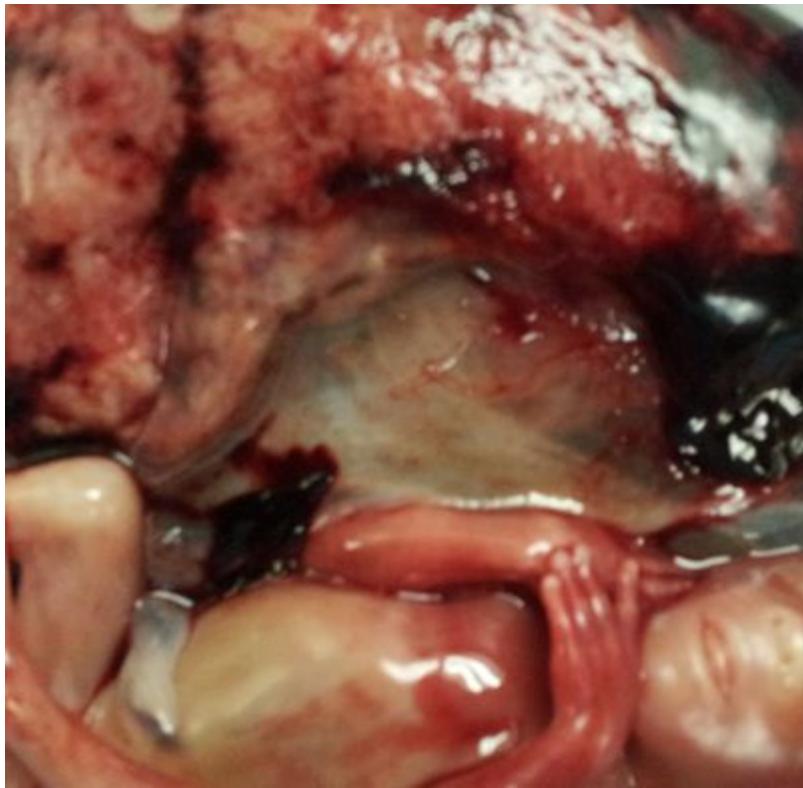


Figura 1.

La evolución posterior fue en franca mejoría, en vista de las cifras de B-hCG y las complicaciones posteriores, se decide un ciclo de quimioprofilaxis con Methotrexate®, previa solicitud de estudios de extensión, que resultaron normales. Se decide el egreso por mejoría y control ambulatorio. El estudio de anatomía patológica concluyó: feto masculino sin malformaciones internas ni externas y mola hidatidiforme completa. Posteriormente se realizó

control post vaciamiento, el cual observo descenso progresivo de B-hCG hasta negativizarse. Se controla con anticonceptivos orales combinados y planifica sus posteriores embarazos, obteniéndose recién nacidos normales en 2010 y 2013 por cesárea, la última con esterilización quirúrgica con consentimiento informado. Hasta la actualidad, en control anual sin patologías.

## DISCUSIÓN

La coincidencia de mola hidatidiforme completa con un feto es una rara coincidencia en la clínica obstétrica, de manejo es controversial, sobre todo cuando el embarazo es deseado. Los síntomas característicos de mola hidatidiforme incluyen sangrado genital, crecimiento uterino anormal, valores de  $\beta$ -hCG exageradamente aumentados o elevados, aparición de hipertensión y preeclampsia antes de veinte semanas de embarazo. El diagnóstico de la coexistencia de mola hidatidiforme completa y feto, se realiza frecuentemente, posterior a la evaluación ecosonográfica, logrando el diagnóstico en la mayoría de los casos o reportando anomalías placentarias.<sup>(8)</sup>

Una de las teorías fisiopatológicas de la coexistencia del embarazo gemelar con una mola coexistiendo con feto de características normales, es en los tratamientos de fertilidad, con la utilización de inductores de ovulación, que llevan a superovulación, en algunos casos se ha demostrado la liberación de óvulos vacíos, pudiendo producirse una mola completa en conjunto con un embarazo normal. Actualmente se encuentran reportados en la literatura más de 200 casos de embarazo molar coexistente con feto vivo, aunque la fertilización asistida no incrementa el riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional, en aquellas pacientes quienes después de esta técnica se presente esta dualidad se intentará siempre un tratamiento conservador lo que trae un dilema clínico de difícil solución La persistencia de la enfermedad trofoblástica gestacional, se ha determinado entre el 4 % y 20 % para mola parcial y completa respectivamente, pero en los casos que se ha asociado con coexistencia de feto vivo, se ha determinado una persistencia mayor a la esperada, descrita en casi un 55 % de los casos reportados en la literatura, las que llegaron a enfermedad trofoblástica persistente, requirieron múltiples ciclos de quimioterapia combinada, a fin de lograr la remisión de la enfermedad.<sup>(8-10)</sup>

La fertilización asistida no incrementa el riesgo de padecer enfermedad trofoblástica gestacional. En el caso de un diagnóstico precoz, se requiere de un estudio genético oportuno que incluya cariotipo fetal, en caso de que el resultado sea normal, se puede llevar a término el embarazo.<sup>(11-13)</sup>

El manejo de estos casos es una controversia, aunque la comunidad médica se ha percatado que las pacientes pueden continuar su embarazo si no hay anomalías fetales o complicaciones maternas severas, en algunos casos se han logrado fetos sobrevivientes. La continuación del embarazo por lo tanto está ligado a las complicaciones, como sangrado genital refractario, trastornos hipertensivos, hipertiroidismo, rotura prematura de membranas, aumento notable de valores séricos de  $\beta$ -hCG, embolismo trofoblástico, sospecha de

metástasis pulmonar, en cuyos casos la interrupción del embarazo en lo más apropiado. (9, 14-17)

Para la interrupción del embarazo en edades gestacionales menores de 28 semanas se aconseja la inducción, y la utilización de aspiración manual endouterina, curetaje, uso de prostaglandinas y en algunos casos la microcesárea. (9)

En conclusión para poder realizar el diagnóstico prenatal de embarazo gemelar con mola hidatiforme se requiere de la realización de un ecosonograma transvaginal, valores anormalmente elevados de  $\beta$ -hCG con un cariotipo fetal normal, cuando se sospecha de la coexistencia de la entidad se debe solicitar Doppler de placenta, para realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías placentarias, tal como el acretismo placentario. Las opciones de manejo son controversiales, sobre todo cuando el embarazo es deseado, pero se deben tomar en cuenta las posibles complicaciones en cada caso. El manejo expectante de las complicaciones y realizar un plan de trabajo orientado hacia el bienestar materno y fetal. La resolución del embarazo debe realizarse preferiblemente vía cesárea, con un equipo multidisciplinario, con prevención de las hemorragias postparto. (18-21)

## REFERENCIAS

- 1.-Fisher R, Hodges M, Newlands E. Familial recurrent hydatidiform mole: a review.[J Reprod Med.](#) 2004; 49 (8): 595 - 601.
- 2.-Verjerslev L. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. [ObstetGynecolSurv.](#) 1991; 46 (9): 577 – 88.
- 3.- Bristow R, Shumway J, Khouzami A, Witter F. Complete hydatidiform mole and survivingcoexistenttwin. [ObstetGynecolSurv.](#) 1996; 51 (12): 705 - 9.
- 4.-Steller M, Genest D, Bernstein M, Lage J, Goldstein D, Berkowitz R. Natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus. [Obstet Gynecol.](#) 1994; 83 (1): 35 - 42.
- 5.-Steller M, Genest D, Bernstein MR, Lage J, Goldstein D, Berkowitz R. Clinical features of multiple conception with partial or complete molar pregnancy and coexisting fetuses. [J Reprod Med.](#) 1994; 39 (3): 147 - 54.
- 6.-Azuma C, Saji F, Takemura M, Ohashi K, Kimura T, Miwake A, et al. Triple pregnancy involving complete hydatidiform mole and two fetuses: genetic analysis by deoxyribonucleic acid fingerprint. [Am J Obstet Gynecol.](#) 1992; 166: 664 – 8.
- 7.-Block M, Merril J. Hydatidiform mole with coexistent fetus. [Obstet Gynecol.](#) 1982; 60 (1): 129 - 34.
- 8.- [Bruchim I](#), [Kidron D](#), [Amiel A](#), [Altaras M](#), Feigin M. Complete hydatidiform mole and a

coexistent viable fetus: report of two cases and review of the literature. *GynecolOncol*. 2000; 77 (1):197 - 202.

9.- Peng M, Li L, Zheng J, Ding Y, Yu L, Huang J. Termination of twin pregnancies with hydatidiform moles: a case series of four patients. *Iran J PublicHealth*. 2014; 43 (7): 1000 - 6.

10.-Aguilera M, Rauk P, Chebre R, Ramin K. Complete hydatidiform mole presenting as a placenta accrete in a twin pregnancy with a coexisting normal fetus. Case report. *Case Rep Obstet gynecol*. 2012; 2012: 405085.

11.-Kwon H, Park E, Kim S, Chae H, Won H, Kim B. A case of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus following IVF-ET. *J Assist Reprod Genet*. 2002 Mar; 19(3):144-8.

12.-Moini A, Ahmadi F, Eslami B, Zafarani F. Dizygotic twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and a coexisting viable fetus. *Iran J Radiol*. 2011; 8 (4): 249-52.

13.-Ferraz T, Bartosch C, Ramalho C, Carvalho F, Carvalho B, Brandao O, et al. Complete mole in a dichorionic twin pregnancy after intracytoplasmic sperm injection. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(1): 39-43.

14.-Makrydimas G, Sebire N, Thornton S, Zagorianakou N, Lolis D, Fisher R. Complete hydatidiform mole and normal live birth: a case of confined placental mosaicism: case report. *Hum Reprod* 2002; 17(9):2459-63.

15.- Bovicelli L, Ghi T, Pilu G, Farina A, Savelli L, Simonazzi G, et all. Prenatal diagnosis of a complete mole coexisting with a dichorionic twin pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2004. 19(5):1231-4.

15.- Lee S, Kim M, Chung J, Yang J, Lee Y, Chun Y. Clinical fundings of multiple pregnancy with a complete hydatidiform mole and coexisting fetus. *J Ultrasound Med* 2010; 29(2): 271-80.

17.-Shazly S, Ali M, Abdel A, Alsokkary A, Khodary M, Mostafa N. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus following ovulation induction with a non-prescribed clomiphene citrate regimen: case report. *J Med Case Rep*. 2012; 6:95.

18.- Vimercati A, de Gennaro A, Cobuzzi I, Grasso S, Abruzzese M, Fascilia F, et al. Two cases of complete hydatidiform mole and coexistent live fetus. *J Prenat Med*. 2013; 7 (1): 1-4.

19.- Buke B, Topcu H, Bulgu E, Eminov, Kazandi M. Complete hydatidiform mole presenting as placenta previa in a twin pregnancy with a coexisting normal foetus: case report. *J Turk GerGynecol Assoc*. 2014; 15(4): 256-8.

20.- Rai L, Shripad H, Guruvare S, Prashanth A, Mundkur A. Twin pregnancy with hydatidiform mole and co-existent live fetus: lessons learnt. *Malays J Med Sci*. 2014; 21 (6): 61-4.

21.- Peng M, Li L, Zheng J, Ding Y, Yu L, Huang J. Termination of twin pregnancies with hydatidiform moles: a case series of four patients. *Iran J Public Health*. 2014; 43(7): 1000-6

22.- Labarca M, Torres D, Reyna E. Mola hidatiforme completa y feto vivo a término coexistente.

Reporte de caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2014;74(1):62-5

Vitae Academia Biomédica Digital | Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela  
Julio-Septiembre 2016 N° 67 DOI:10.70024 / ISSN 1317-987X