

# Mola incompleta en embarazo de término: reporte de un caso clínico

Echazarreta-Sosa M<sup>1</sup>, Llauger-Montes JC<sup>2</sup>, Zúñiga Lara EM<sup>3</sup>,  
Mendieta Zerón H<sup>4</sup>

## Resumen

Se presenta caso clínico de femenino de 24 años, en la cual por ecografía obstétrica de primer trimestre se detectan datos sugestivos de mola incompleta, se realiza tamizaje de primer trimestre reportando, feto sin alteraciones estructurales, se ofrece interrupción del embarazo, mismo que la paciente rechaza por lo que se continua el embarazo hasta término de 37 semanas de gestación; donde se obtiene feto fenotípicamente sin malformaciones estructurales.

**Palabras clave:** enfermedad trofoblástica gestacional, placenta, embarazo, mola hidatiforme parcial, mola hidatiforme completa, gonadotropina coriónica humana.

## Abstract

A clinical case of a 24-year-old female is presented, in which data suggestive of an incomplete mole is detected by obstetric ultrasound of the first trimester, a first-trimester screening is carried out, reporting a fetus without structural alterations, an interruption of pregnancy is offered, same as the patient rejects so the pregnancy is continued until the end of 37 weeks of gestation; where a fetus is obtained phenotypically without structural malformations.

**Keywords:** gestational trophoblastic disease, placenta, pregnancy, partial hydatidiform mole, complete hydatidiform mole, human chorionic gonadotropin.

1. Residente de Ginecología y Obstetricia.
2. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia y en Medicina Materno-Fetal, Médico Adscrito al Servicio de Medicina Materno-Fetal, Hospital Materno-Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz" (HMPMPS), Toluca, México.
3. Médico General, Ciprés Grupo Médico, Toluca, México.
4. Médico Especialista en Medicina Interna, Maestro en Ciencias Médicas, Doctorado en Endocrinología, Jefe de Investigación, Hospital Materno-Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz" (HMPMPS) y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx).

Financiamiento: sin financiamiento.

Correspondencia: Dr. Hugo Mendieta Zerón  
Correo electrónico: drmendieta@yahoo.com

Recibido: 12/3/2021. Aceptado: 1/8/2021

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se define como una complicación poco común del embarazo caracterizada por la proliferación anormal de tejido trofoblástico; incluye un espectro de desórdenes pre-malignos (mola hidatiforme completa y mola hidatiforme parcial) y malignos (mola maligna invasora, coriocarcinoma, tumor de sitio placentario, tumor trofoblástico epitelial), estos últimos se agrupan bajo el término de neoplasia trofoblástica gestacional.<sup>1</sup>

La incidencia de la ETG varía según la zona geográfica. En México es de 2,4 por cada 1000 embarazos, la incidencia de la mola invasora ocurre en 1 de cada 40 embarazos molares y 1 de cada 150 000 embarazos normales. La ETG se puede presentar posterior a un embarazo molar, un embarazo normal o embarazo ectópico.<sup>2</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, primigesta, cursando embarazo espontáneo de 9.4 semanas de gestación (SDG), sin antecedentes médicos y quirúrgicos de interés. Acude al área de urgencias referida por facultativo en medio particular por imágenes ultrasonográficas sugerentes de ETG.

En el área de urgencias se realiza rastreo ultrasonográfico donde se visualiza feto único vivo con frecuencia cardíaca fetal presente dentro de parámetros de normalidad, líquido amniótico de adecuada cantidad; se visualiza en el área placentaria imagen de "signo de tormenta de nieve" la cual aporta datos sugestivos de ETG.

Se solicita ultrasonido por parte del servicio de radiología que reporta útero en anteversión, sin flexión, de bordes regulares, bien definidos, de ecogenicidad homogénea,

de aspecto morfológico normal, se aprecia saco gestacional bien delimitado de 30 x 7 x 1,7 mm, con presencia de embrión vivo, con frecuencia cardíaca de 174 latidos por minuto, con longitud cráneo caudal de 28,1 mm, que corresponden a 9,4 SDG; inferior al saco gestacional se aprecia imagen de ecogenicidad heterogénea en aspecto de panal de abeja por múltiples imágenes hipoeoicas en un aspecto de 86,7 x 38,3 mm, lo que se concluye como imagen compatible con embarazo molar incompleto, se decide su envío al servicio de medicina materna fetal para manejo especializado.

En consulta de materno fetal se hace ultrasonido de primer trimestre donde realiza tamizaje para cromosomopatías por medio de translucencia nuchal (Figura 1) y segundos marcadores los cuales se encuentran dentro de normalidad, con riesgos de 1 de 5000 para trisomía 21, 1 en 5000 para trisomía 18; 1 en 10,000 para trisomía 13, quedando en el grupo de riesgo bajo. En el área placentaria se visualiza imagen en copos de nieve (Figura 2) lo que indica presencia de mola parcial. En la evaluación dirigida de los ovarios, se observan de 28 x 21 ovario derecho y ovario izquierdo de 27 x 19 mm, sin presencia de quistes tecaluteínicos.

Se solicita cuantificación de gonadotropina coriónica humana (GCH) la cual se reporta inicialmente en valores de 180,944.77 mUI/ml, 48 horas posterior se solicita nueva cuantificación la cual se reporta con valores elevados de 225,464 mUI/ml. Se informa a la paciente la necesidad de realizar estudio invasivo para realización de cariotipo, sin embargo la paciente no acepta debido a los riesgos de perder la gestación, se continua control prenatal de manera habitual en el servicio de materno fetal donde se da manejo profiláctico para enfermedad hiper-

**Figura 1.**

Ultrasonido de primer trimestre. Tamizaje de translucencia nual .



tensiva con ácido acetilsalicílico 150 mg cada 24 horas por las noches, se indica monitoreo ambulatorio de cifras de presión arterial y se solicitan estudios de laboratorio complementarios para ETG, en los que se encuentran: citometría hemática con hemoglobina de 13,9 mg/dl, leucocitos  $10,9 \times 10^3$ , plaquetas 278 mil, grupo Rh +, glucosa 75 mg/dl, BUN 6.0, creatinina 0,56 mg/dl, bilirrubina total 0,83 UI, TGP 14 UI, TGO 21 UI, DHL 181, TP 12,7 s, TTp 28 s, INR 0,97, examen general de orina no patológico; dentro de los estudios de imagen radiografía de tórax y ecografía de hígado sin alteraciones, se da cita abierta a urgencias con datos de alarma y se cita en 4 semanas.

Posteriormente, a las 17 SDG, se realiza ecografía en la cual se visualiza feto único vi-

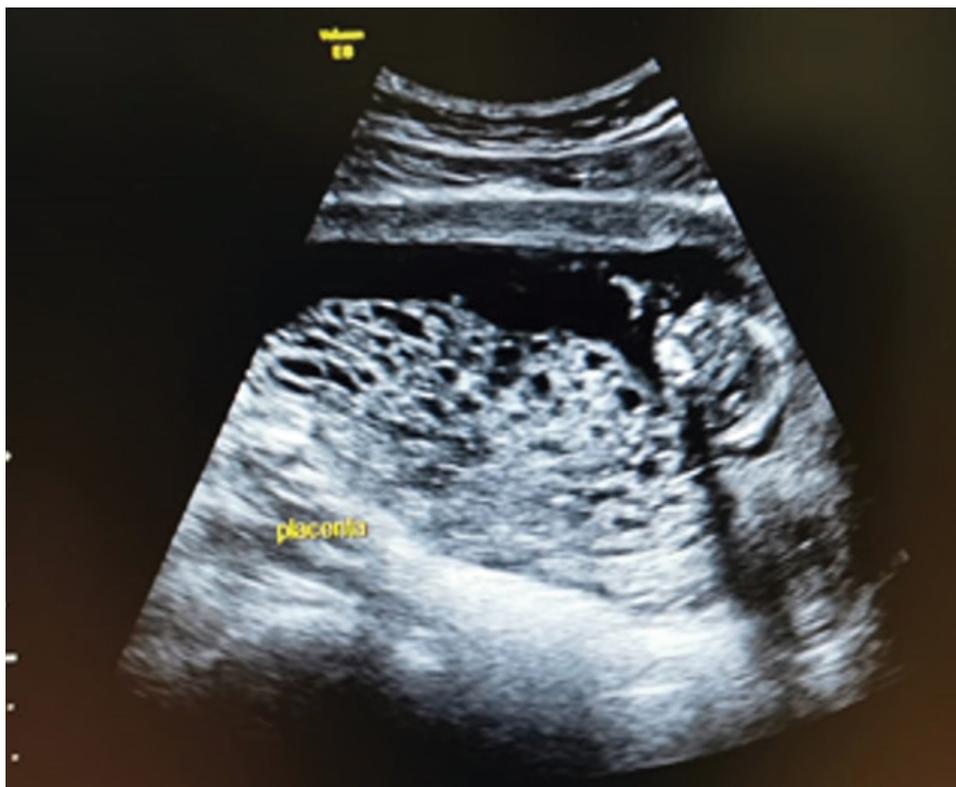
vo, con peso fetal estimado de 181 g, líquido amniótico cualitativamente normal, con placenta corporal posterior con múltiples vesículas las cuales dan imagen compatible con mola incompleta, trae consigo cuantificación de la cual se reportó en 243,188.96 mUI/ml. El monitoreo ambulatorio de cifras de presión arterial, se presenta en cerca del 90 % de las tomas en 100-60 mmhg.

Se cita para realización de ultrasonido estructural a la semana 23 de gestación, donde se reporta feto sin alteraciones anatómicas, con crecimiento armónico de acuerdo con la edad gestacional dada.

Se continuó con control prenatal por parte del servicio de medicina materno fetal sin reportar alteraciones en ecografías posteriores realizadas, se continuó con monitори-

**Figura 2.**

Imagen en “Copos de Nieve” en el área placentaria



zación de las concentraciones de GCH, con disminución significativa reportándose para el día 14 de abril de 2020 13,600.10 mUI/ml, resto de estudios dentro de parámetros de normalidad pero en el monitoreo ambulatorio de cifras de presión arterial con tendencia a presentar 105-60 mmHg.

A la semana 36 de gestación se solicita nueva cuantificación de GCH la cual se reporta en esta ocasión 3,170 mUI/ml, resto de laboratorios sin alteraciones.

Ya con embarazo de término se programa cesárea electiva con el objetivo de disminuir la presencia de actividad uterina y con esto el riesgo de embolismo pulmonar, realizándose el día 4 de agosto de 2020, obteniendo recién nacido femenino con peso de 2730 g, talla 45 cm, Apgar 8-9, Capurro 38 SDG, Sil-

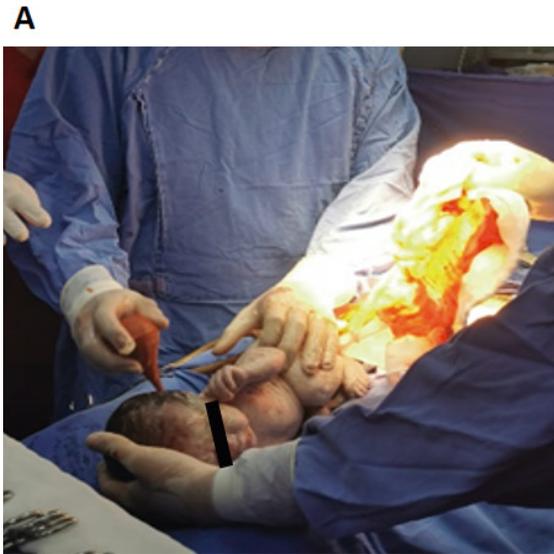
verman 0, con hora de nacimiento de 08:50 h, reportándose un sangrado de 250 ml, visualizando placenta con múltiples formaciones quísticas (Figura 3), tras recuperación anestésica sube al área de hospitalización de obstetricia, donde evoluciona de manera favorable, egresándose del servicio madre e hija sin complicaciones.

Se egresa con cita a consulta externa de materno fetal en 7 días para retiro de puntos, así como evaluación postquirúrgica, donde se observa útero bien involucionado, loquios escasos serohemáticos no fétidos, se brinda asesoría sobre riesgos de recurrencia, así como de métodos de planificación familiar.

El reporte del servicio de patología reporta disco placentario de 20 x 18 x 3 cm, cor-

**Figura 3.**

A) Nacimiento del bebe vía cesárea y B) Placenta con formaciones quísticas



**Figura 4.**

Apariencia macrosómica de la cara materna de placenta.



dón central de 23 x 1 cm, con peso de 780 g. Placenta de tercer trimestre de gestación, fragmentada y deformada, monocorial monoamniótica, cara materna lobulada rojo vinoso de aspecto hemorrágico; se identifican 17 cotiledones (Figura 4), en la cara fetal membranosa café claro opaca, los vasos

son tortuosos congestivos, cordón umbilical trivascular, al corte se identifican múltiples lesiones quísticas de aproximadamente 0,5 cm de eje de contenido hialino. Concluyendo, el diagnóstico de EFG: mola parcial; vellosidades coriónicas con dilatación hidrópica vellosa, calcificación distrófica vellosa.

Se realiza seguimiento de enfermedad trofoblástica gestacional con monitoreo de fracción beta a los 7, 14 y 21 días posterior al nacimiento con descenso progresivo, negativización de la fracción beta de hGC desde el día 21 postcesárea, posteriormente monitoreo mensual con controles negativos, última fracción beta GCH registrada del 3 de febrero de 2021 de 0,47 mUI/ml (negativa).

## DISCUSIÓN

Las molas hidatiformes son placentas inmaduras edematosas, causadas por una proliferación del trofoblasto vellosa acompañado de inflamación de las vellosidades cori-

nicas por una gametogénesis y fertilización anormal, se consideran tumores trofoblásticos benignos y corresponden al 80% de ETG. A pesar de ser consideradas benignas, pueden llegar a ser consideradas premalignas y tienen el potencial de volverse malignas e invasivas.<sup>3</sup>

Normalmente son diagnosticadas en la primera mitad del embarazo, el síntoma más común es el sangrado anormal, otros son: niveles de GCH anormalmente elevados para la edad gestacional, crecimiento uterino mayor a la edad gestacional, latidos fetales abolidos, hiperemesis, quistes tecaluteínicos e hipertensión inducida por el embarazo en el primer trimestre, en nuestra paciente la ETG se diagnosticó en el primer trimestre de la gestación, la cual no presentó quistes tecaluteínicos, el crecimiento uterino fue proporcional a las semanas de gestación y no presentó eventos hipertensivos durante la gestación.

Actualmente, la incidencia de estos eventos ha disminuido gracias a la detección oportuna por ultrasonido.<sup>4</sup> Los principales factores de riesgo son: edad (mayor de 35 años o menor de 21 años), antecedente de aborto espontáneo, antecedente de embarazo molar, tabaquismo, infertilidad, inseminación artificial y dietas deficientes en carotenos y grasas animales.<sup>5</sup> Asimismo existen estudios que evalúan la relación del trabajo físico del padre con el riesgo de desarrollar embarazo molar, en estos se concluye que el trabajo físico y el contacto con tierra y polvo aumenta la incidencia de mola hidatiforme. En nuestra paciente no se identificaron factores de riesgo asociados a la ETG.<sup>6</sup>

Las molas hidatiformes se clasifican en parciales y completas, la principal diferencia entre ambas es la presencia o no de tejido embrional/fetal. La mola completa es el

tipo más común, ésta ocurre cuando un óvulo vacío es fertilizado por un espermatozoide, aproximadamente 90% de las molas hidatiformes completas tienen un cariotipo 46XX y el otro 10% son 46XY; su origen es en el trofoblasto veloso, tienen una apariencia de un racimo de uvas, en este tipo de mola no existe tejido fetal, el útero normalmente tiene un tamaño mayor a la edad gestacional y los niveles de GCH están muy elevados. Este tipo de mola tiene más riesgo de desarrollar complicaciones.

La mola hidatiforme parcial ocurre cuando un óvulo vacío es fertilizado por 2 espermatozoides, presenta cariotipo triploide 69XXX, 69XXY o 69XYY aunque puede llegar a tener cariotipo diploide, su origen es en el trofoblasto veloso; se caracteriza por vellosidades placentarias con edema focal, las cuales varían en tamaño y forma, hay tejido fetal presente, existe posibilidad de que nazca un bebé a término y causa pocas complicaciones médicas, en nuestra paciente no se tomó cariotipo ya que ella no lo aceptó y el tamizaje ultrasonográfico colocó a la paciente en grupo de riesgo bajo para cromosomopatías y el embarazo se llevó a término sin complicaciones, fenotipo al nacimiento fue normal. La incidencia de ambos es de aproximadamente 0,57-1,1 por cada 1000 embarazos.<sup>7</sup>

Las molas parciales normalmente son diagnosticadas como abortos diferidos o incompletos, después gracias a un reporte de patología se puede dar el diagnóstico definitivo.<sup>8</sup> Si se llega a diagnosticar tardíamente (aproximadamente a las 14-16 SDG) pueden encontrarse signos y síntomas de hipotirodismo, incluyendo taquicardia y temblores, estos son causados por los altos niveles de hormona GCH. Otra de las secuelas tardías es la preeclampsia, cuando una paciente llega con signos y síntomas de preeclampsia y

menos de 20 semanas de gestación se debe sospechar de un embarazo molar.

La coexistencia de degeneración molar de la placenta y feto en una misma gestación es hecho infrecuente que se puede presentar en el 0.005 – 1% de todos los embarazos, siendo esta asociación todavía más rara en gestaciones múltiples, en estos se llega a presentar un alto índice de preeclampsia.<sup>9</sup> Cuando coexiste un feto y la degeneración hidatiforme de la placenta, la diferencia entre mola completa e incompleta cobra un interés relevante para evaluar la agresividad y pronóstico que dicha enfermedad posee, por lo que las molas incompletas deben ser diferenciadas de los embarazos gemelares dicigóticas constituidas por mola completa y feto normal. Los pacientes que desarrollan una mola parcial acompañada de un embarazo con un feto viable pueden llegar a complicarse con restricción al crecimiento intrauterino y oligohidramnios,<sup>10</sup> en nuestra paciente el embarazo se finalizó a la semana 37 por cesárea electiva, con el objetivo de evitar la actividad uterina y los riesgos de embolismo pulmonar, el volumen de líquido amniótico se encontraba en percentiles normales y la curva de crecimiento en percentil 21 para edad gestacional y sexo. El ultrasonido es el principal método para el diagnóstico de mola hidatiforme, su apariencia es de panal de abejas, con mayor ecogenicidad de las vellosidades coriónicas, el borde entre el tejido placentario normal y el panal de abejas no está bien definido, hay aumento del diámetro transversal del saco gestacional: estos cambios en la forma del saco gestacional pueden ser parte de la embriopatía de la triploidía, la mayoría de los fetos están muertos o mal formados.<sup>11</sup> En algunos casos un feto puede identificarse, puede ser viable y, a menudo, tiene un crecimiento restringi-

do, hay líquido amniótico, pero el volumen puede reducirse. En esta paciente el ultrasonido fue utilizado como una herramienta indispensable de seguimiento prenatal, primeramente para identificar las características placentarias y diagnosticar mola hidatiforme parcial, así como para la evaluación del desarrollo y crecimiento fetal, medición de líquido amniótico así como pruebas de bienestar fetal en el 3<sup>er</sup> trimestre.

Otro método diagnóstico es el cariotipo placentario molar, sin embargo no está disponible para la mayoría de las pacientes. El diagnóstico es confirmado definitivamente después de la expulsión de la placenta con una examinación histológica.<sup>12</sup>

La terminación de un embarazo con mola hidatiforme depende de la semana de gestación y de si existe alguna condición sobreagregada. Se recomienda hacer cesárea ya que las contracciones uterinas repetitivas que suceden durante el parto vía vaginal aumentan la posibilidad de apretar el tejido hidatiforme con la cavidad abdominal lo cual aumenta el riesgo de embolismo pulmonar.<sup>13</sup> En esta paciente el embarazo se interrumpió a la semana 37 de gestación por vía abdominal sin complicaciones durante el evento quirúrgico y durante su seguimiento en puerperio mediato, tardío y 6 meses posterior al nacimiento.

## CONCLUSIONES

La existencia de un feto vivo es un caso raro que ocurre en aproximadamente 1 de cada 22,000 embarazos o 1 en cada 100,000, por lo que es un caso excepcional, de los cuales existen muy pocos reportados en la literatura médica. Sin embargo, aunque la incidencia de esta condición es muy rara, es muy importante reconocer y diagnosticar la mola

hidatiforme parcial a tiempo para un mejor tratamiento del paciente. En este caso clínico desde el inicio se monitorizó a la madre y al feto, y se hizo un seguimiento clínico estrecho para evaluar la viabilidad del feto y detectar a tiempo cualquier complicación.

#### Conflicto de Intereses

No existe ningún conflicto de interés.

#### Ética

Se obtuvo consentimiento verbal y escrito de la paciente, para publicar el caso con fines de enseñanza, y se ha mantenido el todo momento el anonimato, apeándonos además a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (México).

#### Bibliografía

1. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Oct;143 Suppl 2:79-85.
2. Alanis P, Cruz P. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Evidencias y recomendaciones. IMSS. México; 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/228GER.pdf>
3. Ning F, Hou H, Morse AN, Lash GE. Understanding and management of gestational trophoblastic disease. *F1000Res.* 2019 Apr 10;8:F1000 Faculty Rev-428.
4. Soper JT. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management. *Obstet Gynecol.* 2021 Feb 1;137(2):355-370.
5. Fisher RA, Sebire NJ. Hydatidiform Moles. En: Brenner's Encyclopedia of Genetics. Second Edition. Elsevier Inc.; 2013. p. 598-601.
6. Shamshiri Milani H, Abdollahi M, Torbati S, Asbaghi T, Azargashb E. Risk Factors for Hydatidiform Mole: Is Husband's job a Major Risk Factor? *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017 Oct 26;18(10):2657-2662.
7. Goldstein DP, Berkowitz RS, Horowitz NS. Gestational Trophoblastic Disease. In: Abeloff's Clinical Oncology. 6a Edición. Elsevier; 2020. p. 1544-59.
8. Shaaban AM, Rezvani M, Haroun RR, Kennedy AM, Elsayes KM, Olpin JD, et al. Gestational Trophoblastic Disease: Clinical and Imaging Features. *Radiographics.* 2017 Mar-Apr;37(2):681-700.
9. Zilberman Sharon N, Maymon R, Melcer Y, Jauniaux E. Obstetric outcomes of twin pregnancies presenting with a complete hydatidiform mole and coexistent normal fetus: a systematic review and metaanalysis. *BJOG.* 2020 Nov;127(12):1450-1457.
10. Kanagalakshmi K. Partial molar pregnancy with a live fetus. *Univ J Surg Spec.* 2019;11(5):1-4. Disponible en <http://ejournal-tnmgrmu.ac.in/index.php/surgery/article/view/11889>
11. Zeng C, Chen Y, Zhao L, Wan B. Partial Hydatidiform Mole and Coexistent Live Fetus: A Case Report and Review of the Literature. *Open Med (Wars).* 2019 Nov 10;14:843-846.
12. Vimercati A, de Gennaro AC, Cobuzzi I, Grasso S, Abruzzese M, Fascilla FD, et al. Two cases of complete hydatidiform mole and coexisting live fetus. *J Prenat Med.* 2013 Jan;7(1):1-4.
13. Zhang RQ, Zhang JR, Li SD. Termination of a partial hydatidiform mole and coexisting fetus: A case report. *World J Clin Cases.* 2019 Oct 26;7(20):3289-3295.

Simple y natural



# miranda

Acetato de Nomegestrol 2,5 mg - Estradiol 1,5 mg



Primer ACO Monofásico  
**con estrógeno Natural\***  
y en esquema 24/4

- Alta efectividad anticonceptiva
- Muy buen control del ciclo
- Buen perfil metabólico

Eficacia anticonceptiva demostrada  
en mujeres de 18 a 50 años\*\*

\* Estrógeno similar al producido endógenamente por la mujer. \*\* Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011 Dec;16(6):430-43

# ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR

## damsel®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.03 mg

La presentación  
que justifica el cambio



## damsella®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.02 mg

A su medida:  
**Natural y Personal**

Gador   
Al Cuidado de la Vida