

## Casos Clínicos

# MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL CON FETO VIVO DEL SEGUNDO TRIMESTRE

Arturo Juárez Azpilcueta <sup>1</sup>, Luis Islas Domínguez <sup>2</sup>, Marco Antonio Durán Padilla <sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, <sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica, <sup>3</sup> Servicio de Pediatría, Hospital General de México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

## RESUMEN

La mola hidatidiforme es un embarazo que se caracteriza por una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y habitualmente la ausencia del feto. La mola parcial se caracteriza por ser resultado de una triploidía diándrica y por la presencia de cambios hidatiformes progresivos lentos con capilares vellosos funcionantes, que afectan solamente a algunas de las vellosidades; se asocia con un feto o embrión anormal identificable (vivo o muerto), membranas o eritrocitos fetales. Se analiza un caso de mola parcial con feto de 18 semanas.

PALABRAS CLAVE: *Mola hidatidiforme parcial*

## SUMMARY

Hydatidiform mole is a pregnancy that is characterized by hydropic degeneration of placental villi and usually the absence of fetus. The partial mole is characterized as a result of triploidy diandric and the presence of slow progressive changes with hydatidiform villous capillaries functioning that affect only some of the villi, in addition to being associated with an identifiable abnormal fetus or embryo (dead or alive), fetal membranes or erythrocytes. We analyze a case of partial hydatidiform mole with a fetus of 18 weeks.

KEY WORDS: *Partial hydatiform mole*

## INTRODUCCIÓN

Clásicamente la mola hidatiforme se ha dividido en dos grupos principales: la mola completa y la mola parcial. La mola clásica o completa no presenta feto o embrión y contiene un cariotipo 46 XX o 46 XY. Mientras que la mola parcial o incompleta se acompaña de embrión, feto, o saco gestacional con un cariotipo triploide, 69 XXY (1).

Se presenta el caso clínico de mola hidatidiforme parcial con feto vivo de 17 semanas.

## Caso clínico

Primigesta de 19 años, sin control prenatal previo, sin antecedentes de importancia. Acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital General de México, por presentar sangrado transvaginal activo y dolor lumbar moderado, Cursa con amenorrea de 18 semanas confiable. La ecografía obstétrica reporta embarazo molar con cambios quísticos del espesor del parénquima placentario, compatibles con mola hidatiforme asociada a feto

vivo, con fetometría de 18 semanas (Figura 1). A la exploración con espejo vaginal se detecta la presencia de sangrado activo, y presencia de tejido de aspecto molar, cérvix con 3-4 cm de dilatación y borramiento del 90%. Se decide conducción del trabajo de aborto hasta la expulsión del contenido uterino. Se practica aspiración endouterina sin complicaciones bajo sedación. Puerperio sin complicaciones, postoperatorio de evolución normal. El reporte histopatológico demostró mola hidatiforme parcial con feto de sexo masculino de 17 semanas, sin malformaciones externas. Vesículas con aspecto de racimo de uva que pesan 480 g, con perímetro cefálico de 9 cm, perímetro torácico 8 cm, perímetro abdominal 8,5 cm (Figura 2). Seguimiento normal a 2 años con sub unidad beta HCG.

## DISCUSIÓN

La mola hidatidiforme se ha dividido en dos grupos principales: mola completa y mola parcial. En 1976, Vassilakos y Kajii clasificaron por vez



*Figura 1.* Se observa mediante ecografía, mola parcial con feto vivo por fetometría corresponde a 17-18 semanas.

primera la mola hidatiforme en completa o parcial y describieron la morfología y las características citogenéticas de cada una (2). La mola hidatiforme parcial tiene un cariotipo triploide 69 XXY como resultado de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides, y puede manifestarse como cariotipos 69XXY (70%), 69XXX (27%) y 69XYY (3%).

La incidencia de mola parcial con feto vivo varía y es del orden de 1 por 22.000 a 1 por 100.000 nacimientos (3,4). En la mola parcial o embrionada, se observan dos tipos de mola hidatiforme asociada a un huevo o a un feto: huevo triploide dispermico con mola parcial y feto, o gemelar verdadero. En el primer ejemplo, el feto esta generalmente malformado y no viable, el riesgo de malignización es débil. En el segundo caso, un feto cromosómicamente normal esta asociado a mola, siendo las probabilidades de nacimiento vivo del 40%, con riesgo de proliferación trofoblástica del 10%.

La mola parcial suele cursar sin incremento del volumen uterino y excepcionalmente se complica con hipertiroidismo, insuficiencia respiratoria o quistes luteínicos prominentes, como es el caso de la mola completa. La toxemia gravídica es igualmente excepcional (5). Las características histológicas que se utilizan en el diagnóstico de mola hidatiforme parcial son: a) la hiperplasia focal del sincitiotrofoblasto, b) el edema focal de las vellosidades con formación de cavidades, c) el contorno fenestrado de las vellosidades, d) las inclusiones trofoblásticas dentro del estroma, e) la existencia de vasos en la vellosidad con eritrocitos fetales y f) la presencia de un embrión o feto o fragmentos de estos y membranas fetales.



*Figura 2.* Imagen macroscópica muestra feto con presencia de tejido molar.

Es importante determinar el grado de hiperplasia trofoblástica en el estudio histológico de la placenta con degeneración hidrópica, porque dependiendo de este hallazgo y de su estudio genético, se puede realizar el diagnóstico diferencial entre una mola completa y una mola parcial, aun cuando sean observadas células sanguíneas dentro de las vellosidades coriales (4,6,7,8). La resolución de la mola embrionada por huevo dispermico será la interrupción del embarazo espontánea o provocada, con seguimiento seriado de subunidad beta HCG hasta su negativización (9).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Czernobilsky B, Barash A, Lancet M. Partial Moles: a clinicopathologic study of 25 cases. *Obstet Gynecol* 1982;59:75-7.
  2. Vassilakos P, Kajji T. Letter: Hydatidiform mole: two entities. *Lancet* 1976;1(7953):259.
  3. Sauerbrei EE, Salem S, Fayle B. Coexistent hydatidiform mole and live fetus in the second trimester. *Radiology* 1980;135:415-17.
  4. Pérez de Castilla J, Carmona de Uzategui M, Moreno I. Estudio anatomopatológico de un caso de mola parcial. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2006;66:1-4.
  5. Grases FJ, Tresserra CF. Enfermedad trofoblástica de la gestación. Revisión. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2004;64:101-13.
  6. Fisher R, Paradina F, Sotriou B, Foskett M, Newlands E. Diploid hydatidiform moles with fetal red blood cells in molar villi. *J Pathol* 1997;181:189-95.
  7. Howat A, Beek S, Fox H, Harris S, Hill A, Nicholson C, et al. Can histopathologists reliably diagnose molar pregnancy. *J Clin Pathol* 1993;46:599-602.
  8. Juárez AA, Durán PM, Islas DL, Martínez MS. Mola parcial con feto vivo, análisis clínico, morfológico y genético. *Rev Mex Pediatr* 2009;76(5):212-214.
  9. Veyerlev VO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. *Obstet Gynecol* 1991;46:577-88.
-