

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Preeclampsia grave y mola hidatiforme embrionada con feto vivo

Severe preeclampsia and embryonic hydatidiform mole with live fetus

Amarilis de la Caridad Clavijo Delgado^I, Yordanys Vázquez Mora^{II}, Rolando Pérez Buchillón^{III}.

RESUMEN

Introducción: la preeclampsia es un estado propio del embarazo humano que se presenta con posterioridad a las 18 de semanas de gestación. Su presentación antes de ese tiempo, si bien es rara, se asocia a enfermedad trofoblástica gestacional o embarazo molar. La enfermedad trofoblástica gestacional se caracteriza por una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales placentarias, habitualmente en ausencia del feto.

Objetivo: describir un caso de preeclampsia grave antes de las 20 semanas de gestación, asociado a un embarazo molar con feto vivo, inusual según las revisiones recientes de la literatura.

Presentación del caso: paciente de 31 años de edad y 15 semanas de gestación Acudió al Servicio de Urgencias de Ginecobstetricia del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" por presentar falta de aire intensa, dispepsia, y dolor en la base del pulmón derecho. Se le realizaron el examen físico y los complementarios. En el ultrasonido obstétrico se observaron un feto –pequeño para el tiempo de gestación–, placenta grande con degeneración hidrópica y anejos semejantes a quistes tecaluteínicos, y escaso líquido. El diagnóstico fue mola hidatiforme parcial con feto vivo.

Discusión: aunque en la mola parcial no es frecuente identificar anomalías fetales específicas, casi siempre se encuentra retardo en el crecimiento fetal. El aspecto ecográfico clásico de la mola parcial corresponde al de una placenta agrandada, de 4 cm o más de grosor, con espacios multiquísticos, avasculares y anecoicos.

Conclusiones: ante una preeclampsia grave precoz se debe establecer su posible relación con una mola hidatiforme parcial embrionada.

Palabras clave: MOLA HIDATIFORME/diagnóstico por imagen, PREECLAMPSIA/diagnóstico, GONADOTROPINA CORIÓICA/análisis, INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: preeclampsia is a state of human pregnancy that occurs after 18 weeks of gestation. Its presentation before that time, although rare, is associated with gestational trophoblastic disease or molar pregnancy. Gestational trophoblastic disease is characterized by a hydropic degeneration of the placental chorion villi, usually in the absence of the fetus.

Objective: to describe a case of severe preeclampsia before 20 weeks' gestation, associated with a molar pregnancy with a live fetus, an unusual case according to recent reviews in the literature.

Presentation of the case: a patient of 31 years of age and 15 weeks of gestation. She came to the Gyneco-Obstetrics Emergency Service of the Provincial General Teaching Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" for presenting dyspnoea, dyspepsia, and pain in the base of the right lung. Physical and complementary exams were carried out. In the obstetrical ultrasound were observe a fetus –small for the time of gestation–, a large placenta with hydropic degeneration and appendages similar to tecaluteinics cysts, and little liquid. The diagnosis was partial hydatidiform mole with live fetus.

Discussion: although specific fetal anomalies are not frequent in partial mole, fetal growth retardation is almost always found. The classic echographic aspect of the partial mole corresponds to that of an enlarged placenta, of 4 cm or more in thickness, with multi-cystic, avascular and anechoic spaces.

Conclusions: before precocious preeclampsia should be establish its posible relationship with an embryonic partial hydatidiform mole.

Keywords: HYDATIDIFORM MOLE/diagnostic imaging, PRE-ECLAMPSIA/diagnosis, CHORIONIC GONADOTROPIN/analysis, CASE REPORTS.

- I. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Especialista de Primer Grado en Imagenología. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Especialista de Primer Grado en Ginecología. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un estado propio del embarazo humano que se presenta con posterioridad a las 18 de semanas de gestación, cuando ocurre la segunda migración trofoblástica. Ello trae como resultado una placentación anómala y un cortejo sintomático grave capaz de producir la muerte de la madre y del feto. Su presentación antes de ese tiempo, si bien es rara, se asocia a embarazo molar o enfermedad trofoblástica gestacional.⁽¹⁾

La enfermedad trofoblástica gestacional es una alteración del embarazo que se caracteriza por una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales placentarias, habitualmente en ausencia del feto. Desde el punto de vista histológico la enfermedad trofoblástica gestacional se caracteriza por adoptar diversas formas: mola hidatiforme, mola invasora, coriocarcinoma y tumor del sitio de implantación del trofoblasto.⁽¹⁾ Clásicamente se distinguen dos tipos de mola hidatiforme: parcial y completa. La mola completa se origina a partir de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado (cariotipo 46XX o 46XY), y la mola parcial a partir de un huevo fecundado por dos espermatozoides (cariotipos 69XXX, 69XXY o 69XYY).^(1,2)

En la mola parcial parte de la placenta se transforma en tejido molar, mientras el resto es capaz de nutrir al feto. En la completa, toda la placenta está formada por dicho tejido.⁽²⁾ La incidencia de mola parcial con feto vivo varía en el orden de 1/22 000 a 1/100 000 nacimientos.⁽³⁾ La coexistencia de una mola hidatiforme parcial y un feto vivo es poco frecuente,⁽¹⁾ así lo describe la literatura. Por tanto, el objetivo fue describir un caso de preeclampsia grave antes de las 20 semanas de gestación, asociado a un embarazo molar con feto vivo, caso muy inusual según revisión reciente de la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 31 años de edad, color de la piel blanca y 15 semanas de gestación. Acude al Servicio de Urgencias de Ginecología del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", el 16 de noviembre de 2014, con historia obstétrica anterior de dos gestaciones: un aborto provocado y un parto eutócico hace aproximadamente 10 años. Al interrogatorio refirió gestación de 15 semanas por fecha de la última menstruación y 15,3 semanas por el ultrasonido diagnóstico (USD) de marcador genético, falta de aire intensa no tolerada al decúbito desde hace aproximadamente tres semanas, cefalea de tres meses de evolución y moderada falta de aire, acompañada de rinorrea transparente. Lo anterior se interpretó como un proceso alérgico y se trató de esta manera. Refirió en el momento de la consulta dispepsia y dolor en base pulmonar derecha. Se realizaron los exámenes físico general y ginecológico, se le indicaron exámenes complementarios y se decidió valoración por los especialistas del Servicio de Medicina Interna.

Examen físico general:

Mucosas húmedas y normocoloreadas, tejido celular subcutáneo infiltrado en cara, ligeramente en las manos y miembros inferiores dos cruces (figura 1), además la región genital se observa friable y edematosa en los labios mayores y menores de la vulva.

Aparato respiratorio: frecuencia respiratoria (FR): 22/min, murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares, no se ocultan estertores ni secos ni húmedos.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardíaca (FC): 95/min, tensión arterial (TA): 140/90 mmhg.

Examen ginecológico:

Abdomen: globuloso, útero grávido con altura uterina de 16 cm, maniobra de peloteo fetal positiva. El abdomen es ligeramente doloroso a la palpación profunda, no se precisa visceromegalia.

Región vulvar e inguinal: se observan genitales externos edematosos (figura 1), no adenopatías inguinales.



Figura 1. Obsérvense el tejido infiltrado en la cara de la paciente y el aspecto edematoso de la región vulvar.

Exploración con espéculos vaginal: cuello largo central cerrado, presencia de secreción vaginal blanquecina, grumosa, adherente, no fétida que impresiona candidiasis.

Sistema nervioso central: paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, algo ansiosa, reflejos conservados.

Exámenes complementarios:

Hemograma con diferencial: leucocitos: $7,5 \times 10^9/L$, polimorfonucleares-0,10. linfocitos-0,88, monocitos-0,02 = 100/L.

Hemoglobina: 110 g/L, hematocrito: 0,33/L

Eritrosedimentación: 65 mm/H

Coagulograma completo: tiempo de sangramiento-2', tiempo de coagulación-8'

Rayos X de tórax anteroposterior (AP): índice cardiorácico normal, derrame pleural bilateral, lesiones de aspecto inflamatorio bibasales, más acentuadas en la base pulmonar derecha, ambos senos costofrénicos borrados y presencia de líquido a este nivel de escasa cuantía (figura 2).

ID: neumopatía inflamatoria, derrame pleural.



Figura 2. Derrame pleural bilateral.

Ultrasonido Doppler (USD) abdominal: hígado homogéneo que no rebasa el borde costal, vesícula estimulada, bazo y páncreas sin alteraciones. Ambos riñones sin dilatación ni litiasis, vejiga insuficientemente llena.

USD obstétrico: útero grávido con embrión vivo en su interior, latido cardíaco presente, movimientos fetales visibles. Diámetro biparietal (DBP) de 23 mm, para un tiempo de gestación (TG) de 13,1 semanas, placenta fúndica anterior. Llama la atención las múltiples imágenes quísticas que se extienden en todo el tejido placentario (figura 3), la mayor de 26x21 mm. En la proyección anexial, anejo derecho de aproximadamente 83x60 mm y el izquierdo aumentado de tamaño que mide 79 x 70 mm. Ambos anejos ocupados por varias imágenes ecolúcidas de aspectos quísticos, la mayor de 25x21 mm.

Estos hallazgos imagenológicos llamaron la atención dado al estado de la paciente, con un feto pequeño que no se correspondía con el tiempo de gestación, placenta grande, escaso líquido, degeneración hidrópica de la placenta, anejos que recuerdan quistes tecaluteínicos (figura 3).

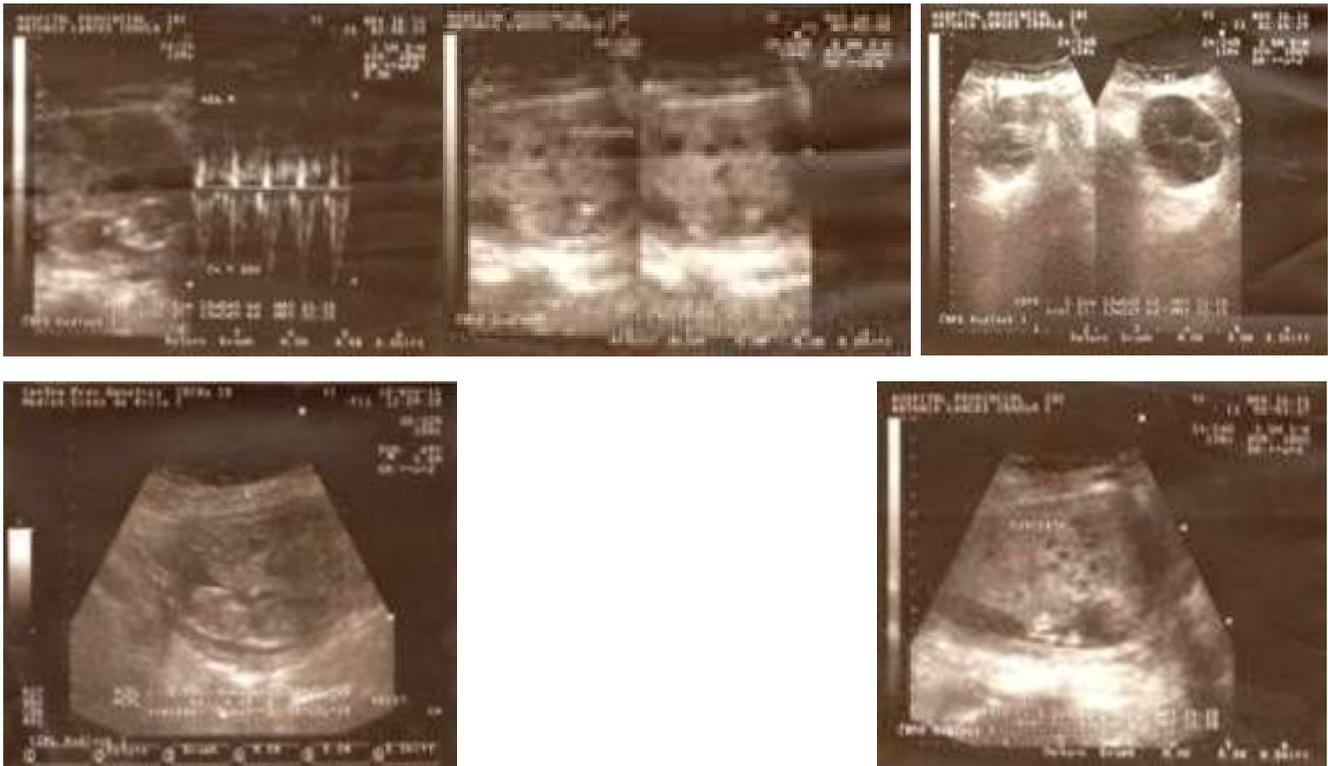


Figura 3. USD obstétrico en el que se observan el feto vivo, la placenta y los quistes tecaluteínicos.

ID: mola hidatiforme parcial con embrión vivo.

Se ingresó en la sala de Cuidados Perinatales, donde se intensificó el cuadro clínico inicial del ingreso: FR: 25/min, TA: 160/110, FC: 93/min, polipnea, prácticamente sin tolerar el decúbito por lo que se decidió valorar por el servicio de Terapia Intensiva y se trasladó a este servicio para mejorar la atención y el seguimiento. Se le realizaron exámenes complementarios de toda índole para descartar la presencia de metástasis o toma de órganos por la sospecha de un coriocarcinoma invasivo como presentación del embarazo molar.

Como dato relevante, se recibió el 17 de noviembre, la dosificación de gonadotropina coriónica humana (HCG, por sus siglas en inglés) de 2609600,0 mUI/ml, y demás complementarios con resultados dentro de los límites normales. Corroborándose de esta forma el diagnóstico de embarazo molar con embrión vivo. Posteriormente, se le realiza USD de genética cuyo informe reportó un útero con embrión de aproximadamente 13 semanas, placenta anterior grande con imágenes quísticas múltiples, la mayor de 9 mm, feto vivo con presencia de quistes tecaluteínicos,

el anejo derecho de 75x85 mm con tabique de 3 mm y el izquierdo de 73x64 mm con formación tabicada.

ID: mola parcial con embrión vivo.

Tres días después la paciente presentó un cuadro de hipertensión arterial mantenida, resistente a hipotensores en número de tres (por vía oral metildopa 250 mg dos tabletas cada seis horas, enalapril 20 mg media tableta cada 12 horas y nifedipino 10 mg una tableta cada seis horas), además de sulfato de magnesio 1 gramo por vía endovenosa según el método de Zuspan. Con edemas generalizados e impresión diagnóstica de mola hidatiforme parcial con embrión vivo, se realizó la discusión diagnóstica colectiva integrada por ginecólogos y terapistas, y se decidió interrupción del embarazo por vía transpelviana con la administración de misoprostol 200 mcg, tres tabletas vía vaginal. La paciente, luego del traslado a la sala de Parto, expulsó satisfactoriamente el feto y la placenta. Por las características externas identificadas en estos hallazgos, se planteó el diagnóstico macroscópico de embarazo molar.

Biopsia de endometrio fechada 28 de noviembre de 2014: B 424214. Material de legrado con un volumen muy abundante de contenido por coágulos sanguíneos y pequeños fragmentos de color amarillo que se corresponden con la degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas. Biopsia de feto y placenta de la misma fecha: B424314. Descripción macro: feto que mide 11 cm con cordón umbilical de 15 cm, en ambas caras de la placenta lesiones vesiculares que miden 0,5 y 1,5 cm, el resto de la placenta friable. El feto macroscópicamente no presenta malformaciones externas, F1, F2 y F3: mola hidatiforme completa con presencia de embrión (figura 4).



Figura 4. Degeneración hidrópica de la placenta y el feto.

Luego de evacuado el útero de la paciente se le realizó un USD abdominal con el siguiente reporte: hígado homogéneo que no rebasa el borde costal, vesícula sin litiasis, páncreas sin alteraciones, baso normal. Ambos riñones de tamaño y posición normal sin pielocaliectasia, vejiga vacía. Se realizó además USD ginecológico con el siguiente reporte: útero aumentado de tamaño que mide 76 x 84 mm con cavidad libre, ambos anejos con presencia de quistes tecaluteínicos, anejo derecho de 42 x 34 mm, anejo izquierdo de 49,62 mm y tabique de 10,1 mm. Examen de seguimiento de gonadotropina coriónica (fechado el 25 de noviembre de 2014): 23310 mUI/ml

DISCUSIÓN

Desde el ingreso de la paciente el día 16 de noviembre hasta el egreso hospitalario el día 25, la evolución clínica se correspondió con el diagnóstico de mola hidatiforme con embrión vivo y la aparición de un cuadro hipertensivo importante y de difícil control, confirmado por ecografía y biopsia. Luego de evacuarse el útero, se confirma el descenso de las cifras tensionales y normalización de los exámenes complementarios.

La mola hidatiforme se caracteriza por una tumefacción quística de las vellosidades placentarias, acompañada de una proliferación trofoblástica variable. La razón más importante para diagnosticar correctamente las molas verdaderas es que éstas son las precursoras más frecuentes del coriocarcinoma y según aumenta la edad gestacional, se relacionan con la aparición precoz de preeclampsia grave. Todo lo cual se pudo comprobar en la evolución del caso presentado. Por ello, se sugiere siempre enviar las muestras del legrado uterino para estudio patológico.⁽⁴⁾ En la mola parcial no suelen identificarse anomalías fetales específicas, pero sí casi siempre retardo en el crecimiento fetal. El diagnóstico prenatal se basa en la ecografía, en las determinaciones seriadas

de HCG y en el cariotipo fetal, aunque el diagnóstico de certeza es el histológico.⁽⁵⁾ Clásicamente, las molas parciales se observan en la ecografía como placentas agrandadas, con grosor de 4 cm o más (entre las 18-22 semanas de gestación) y espacios multiquísticos, avasculares, anecoicos, por estasis de sangre materna entre las vellosidades.⁽⁶⁻⁸⁾

CONCLUSIONES

La descripción clínica, de laboratorio y anatomopatológica del caso diagnosticado y tratado, y el propio curso evolutivo de la enfermedad, contribuyen a preparar a los profesionales para ante una preeclampsia grave precoz establecer su posible relación con una mola hidatiforme parcial embrionada.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Baños L, Oliva Rodríguez JA, Pérez Trujillo J, Hernández Pérez EP, Hernández Pérez T. Mola hidatiforme parcial. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Sep 2012 [citado 16 Ene 2015];38(3):431-7. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin16312.pdf>
2. Jover Labiste M. Imágenes ecográficas de la mola hidatiforme parcial en el segundo trimestre del embarazo. MEDISAN [Internet]. Ene 2012 [citado 16 Ene 2015];16(1):121-6. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n1/san15112.pdf>
3. Sánchez Alarcón CE, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Proenza Macías J. Mola hidatiforme parcial con feto vivo en el tercer trimestre del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Dic 2010 [citado 16 Ene 2015];36(4):638-45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n4/gin17410.pdf>
4. Pacheco J, Alegre J, Paniagua G. Características clínicas y anatomopatológicas en mola hidatiforme. An Fac Med [Internet]. 2002 [citado 12 Ene 2015];63(4):275-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/379/37963405.pdf>
5. Pérez de Castillo J, Carmona de Uzcátegui ML, Moreno F, Tovitto G. Estudio anatomopatológico de un caso de mola parcial. Rev Obstet Ginecol Venez. Jun 2006;66(2):107-17.
6. Juárez Azpilcueta A, Islas Domínguez L, Durán Padilla MA. Mola hidatiforme parcial con feto vivo del segundo trimestre. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2010 [citado 16 Ene 2015];75(2):137-9. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n2/art11.pdf>
7. Veyerslev VO. Clinical management and diagnostic possibilities in hydatidiform mole with coexistent fetus. Obstet Gynecol Surv. Sep 1991;46:577-88.
8. Rathod S, Samal SK, Ghose S. Twin pregnancy with hydatidiform mole and coexisting fetus: A Case report and review of literature. Internat J Health Sci Res. 2014;4(7):275-9.

Recibido: 12 de febrero de 2015

Aprobado: 2 de diciembre de 2016

Dra. Amarilis de la Caridad Clavijo Delgado
Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200
Correo electrónico: daniela@ali.cav.sld.cu