

## Mola hidatiforme parcial

### Partial hydatidiform mole

Dr. Lázaro López Baños,<sup>I</sup> Dr. José Adalberto Oliva Rodríguez,<sup>II</sup> Dr. José Pérez Trujillo,<sup>I</sup> Dra. Estela Paula Hernández Pérez,<sup>III</sup> Dra. Tamara Hernández Pérez<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Centro Provincial de Genética Médica. Artemisa, Cuba.

<sup>II</sup> Centro Provincial de Genética Médica. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Policlínico Docente "Tomás Romay". Artemisa, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el término enfermedad trofoblástica gestacional es una anormal proliferación del trofoblasto, que desde el punto de vista histológico se clasifica en mola hidatiforme, mola invasora, coriocarcinoma y tumor del sitio de implantación del trofoblasto.

**Objetivo:** describir las características clínicas y ultrasonográficas de una mola hidatiforme parcial o mola embrionada.

**Paciente:** se presenta un caso de 24 sem de gestación con el diagnóstico ultrasonográfico de mola hidatiforme parcial.

**Resultados:** se realizó cariotipo fetal y determinación de niveles de gonadotropina coriónica en suero materno. Se hallaron defectos congénitos en el feto, por lo que se ofreció asesoramiento genético a la pareja, que optó por la interrupción de la gestación.

**Conclusiones:** el diagnóstico prenatal fue confirmado por la anatomía patológica.

**Palabras clave:** enfermedad trofoblástica gestacional, mola hidatiforme parcial.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the term gestational trophoblastic disease is an abnormal proliferation of the trophoblast, which is histologically classified as hydatidiform mole, invasive mole, choriocarcinoma, and tumor trophoblast implantation site.

**Objective:** to describe the clinical and ultrasonographic partial hydatidiform mole or mole embrionada.

**Patient:** we report a 24- week - pregnancy case with ultrasonographic diagnosis of partial hydatidiform mole.

**Results:** fetal karyotype was performed and levels of chorionic gonadotropin in maternal serum were determined. We found congenital defects in the fetus, so genetic counseling was offered to the parents, who chose ending this pregnancy.

**Conclusions:** the prenatal diagnosis was confirmed by pathology.

**Key words:** gestational trophoblastic disease, partial hydatidiform mole.

---

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se ha descrito como varios procesos benignos y malignos poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana. En el pasado, la clasificación de este trastorno se basaba tanto en el criterio histológico como en el clínico, la experiencia demostró que el criterio histológico no es necesario si se establece un tratamiento efectivo.<sup>1</sup> Actualmente, el seguimiento se realiza de acuerdo a los hallazgos clínicos y las determinaciones seriadas de los niveles de gonadotropina coriónica humana.<sup>2</sup> En la actualidad, la ETG se ha definido como un espectro de alteraciones del trofoblasto que desde el punto de vista histológico se clasifican en mola hidatiforme (MH), mola invasora (MI), coriocarcinoma y tumor del sitio de implantación del trofoblasto (TSIT).<sup>3</sup>

La hipersecreción de gonadotropina coriónica (HCG) constituye un marcador tumoral sensible que se correlaciona bien con la progresión y persistencia de la enfermedad, excepto el TSIT que produce lactógeno placentario (hPL).<sup>4</sup> Tiene tendencias variables a la invasión local y a las metástasis y se encuentra entre las raras enfermedades que se pueden curar, incluso en casos de extensa diseminación.<sup>5</sup> Es importante realizar una correcta evaluación y atender los criterios diagnósticos en el manejo de la ETG, los que permiten definir la categoría de riesgo y asumir la conducta adecuada en cada caso.

En el presente trabajo se expone un caso de mola hidatiforme parcial, también llamada mola embrionada, con el objetivo de describir las características clínicas y ultrasonográficas de esta entidad ya que se reporta con poca frecuencia y representa un alto riesgo para el bienestar materno fetal.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente multipara de 39 años de edad, piel blanca, antecedentes de trastornos ansiosos, asma bronquial, historia obstétrica de 4 embarazos, 2 abortos provocados y 2 partos fisiológicos. En el embarazo actual, la fecha de última menstruación fue 20/12/2010 para una edad gestacional de 18 sem. Remitida de su área de salud por imagen ecográfica sugestiva de mola hidatiforme parcial. En la ecografía transabdominal se observa la presencia de gestación única, biometría fetal correspondiente a 18 sem de gestación, degeneración hidrópica placentaria (Figs. 1 y 2). Con estos hallazgos ecográficos, se realiza el asesoramiento genético y se indica amniocentesis para estudio de cariotipo fetal, previo a la firma del consentimiento informado por ambos miembros de la pareja.



**Fig. 1.** Imagen ultrasonográfica de mola hidatiforme (placenta con vesículas y feto).

Ante el posible diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional, se realizan estudios necesarios para su clasificación, estadificación y manejo: el hemograma resultó normal (Hto: 0.38), glicemia, coagulación y perfil hepático fueron normales. En el rayos X de tórax no se observaron lesiones. La ecografía hepática fue negativa. El cariotipo demostró una constitución cromosómica 46 XX en 12 metafases. La primera muestra de Beta hCG: se realizó a las 19 sem y mostró un valor de 12000 UI/L. La segunda se realizó con una semana de intervalo y la cifra fue de 10000 UI/L. La ecografía a las 22 sem informa dilatación de ventrículos cerebrales de 15 mm. Se realiza seguimiento ecográfico y en la sem 24 se diagnostica hidrocefalia. Se reevalúa la paciente y se brinda asesoramiento genético por segunda ocasión; ahora con un nuevo elemento: la presencia de un defecto congénito. La pareja después de transitar por el proceso del asesoramiento decide la interrupción del embarazo.



Fig. 2. Imagen ultrasonográfica de una placenta molar.

### Descripción del procedimiento quirúrgico

Se realiza histerectomía total abdominal, en bloque, a vasos cerrados, con doble anexectomía, extirpando el útero, con el feto y placenta en su interior y los anejos, para evitar el paso de fragmentos del trofoblasto al torrente circulatorio materno y no se produzcan siembras de este tejido molar en otros órganos. Todo el material extraído fue enviado para su estudio anatomopatológico, el que finalmente informó: mola hidatiforme parcial (Figs. 3 y 4), feto femenino con peso 340 g. Hidrocefalia.



Fig. 3. Pieza anatómica de una placenta molar y el feto.



Fig. 4. Pieza anatómica de una placenta molar.

El manejo clínico se basó en la clasificación de bajo riesgo, según los criterios clínicos para el embarazo molar y los hallazgos ecográficos, séricos, hormonales, radiográficos y el respeto al deseo reproductivo. El control posoperatorio inmediato fue normal, el control hormonal continuó dentro de valores normales. La evolución clínica fue satisfactoria, los estudios ecográficos sin evidencia de enfermedad residual.

Para la publicación de esta información se obtuvo consentimiento informado de la paciente, que permitió su divulgación con fines científicos.

## DISCUSIÓN

La ecografía realizada en el 1er. trimestre constituye una importante herramienta en el diagnóstico oportuno de la gestación molar, advierte de su presencia antes de la aparición de síntomas. Ecográficamente la forma de presentación más frecuente de la mola parcial es la sospecha por múltiples imágenes ecolúcidas descritas como "copos de nieve". Otros síntomas son la hiperémesis gravídica que no se presenta en todas las pacientes, la toxemia aparece en menor proporción y el hipertiroidismo clínico en algunos casos.<sup>6</sup>

La causa del trastorno no se conoce por completo. Puede haber factores de riesgo que potencien la aparición de una mola como un defecto en el huevo, anomalías en el útero o deficiencias nutricionales.<sup>7</sup> Aquellas mujeres menores de 20 años o mayores de 40 tienen un riesgo mayor. Otros factores de riesgo incluyen dietas bajas en proteínas, ácido fólico y caroteno.<sup>8</sup>

La MH se origina a partir de un huevo anormalmente fertilizado. Su frecuencia es variable, dependiendo del área geográfica. Se reporta una incidencia en 1,5 cada 1 000 embarazos para Estados Unidos de América y Europa, mientras que para ciertas regiones en Asia y Oceanía se comunican incidencias de hasta 1/125 embarazos.<sup>9</sup> Si bien para algunos representa un tumor benigno que se origina en el trofoblasto, para la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) no

constituye una neoplasia.<sup>10</sup> De acuerdo a las alteraciones genéticas y características histológicas se distinguen la mola completa (MC) y la mola parcial (MP).<sup>1,11</sup>

La MC ocurre usualmente cuando un huevo vacío es fertilizado por un espermatozoide que luego duplica su ADN. De modo que el ADN de esta, es puramente de origen paterno, debido a que los cromosomas derivan solo del espermatozoide sin la participación del huevo materno y es diploide porque tiene dos copias, uno de cada cromosoma. Un 90 % de los productos de este tipo de concepción son femeninos (cariotipo XX) y 10 % masculinos (XY). En una MC, el feto no se desarrolla, por lo que en el examen del embarazo no se observan signos de la presencia de tejido fetal. Las vellosidades coriónicas están aumentadas de tamaño. En este proceso se pone de manifiesto un fenómeno conocido como impronta genómica. La presencia de dos juegos de cromosomas paternos en una mola hidatiforme completa diploide origina un fallo en el desarrollo embrionario y favorece la proliferación del trofoblasto.<sup>12</sup>

La MP o embrionada ocurre si un ovocito normal y haploide es fertilizado por dos espermatozoides o por un solo espermatozoide y solo los cromosomas paternos se duplican. Por esta razón el ADN es de origen tanto paterno como materno. Pueden ser triploides (69, XXX o 69 XXY) o pueden incluso ser tetraploides.<sup>6</sup> Las partes fetales usualmente se pueden apreciar en el examen general. Constituye el 10 % de las molas,<sup>13</sup> no suele asociarse con hiperémesis gravídica ni con hipertiroidismo, aunque si la gestación alcanza el 2do. trimestre, puede asociarse a preeclampsia.<sup>14</sup> La presencia de un conjunto cromosómico materno, además de dos conjuntos cromosómicos paternos, es compatible con el inicio del desarrollo fetal, pero también con más proliferación trofoblástica que en la placenta normal.<sup>15</sup> En este caso se planteó como diagnóstico final mola hidatiforme parcial con desarrollo de un feto cromosómicamente normal.

Se ofreció asesoramiento genético a la pareja que decidió la interrupción de la gestación al confirmarse la presencia de malformación fetal asociada a la mola hidatiforme parcial, ambos diagnósticos prenatales fueron confirmados por Anatomía Patológica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kavanagh JJ, Gershenson DM. Gestational trophoblastic disease: hydatidiform mole, nonmetastatic and metastatic gestational trophoblastic tumor: diagnosis and management. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, editors. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Chap 35. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007.
2. Goldstein DP, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, editors. *Abeloff's Clinical Oncology*. 4th ed. Chap 94. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008.
3. Burger RA, Creasman WT. Gestational trophoblastic neoplasia. In: DiSaia PJ, Creasman WT, editors. *Clinical Gynecologic Oncology*. St. Louis: Mosby, Inc St; 2002. p. 185-210.
4. Kurman RJ, Young RH, Norris HJ, Main CS, Lawrence WD, Scully RE. Immunocytochemical localization of placental lactogen and chorionic gonadotrophin in the normal placenta and trophoblastic tumors, with emphasis on intermediate

trophoblast and the placental site trophoblastic tumor. Int J Gynecol Pathol. 1984;3:101-21.

5. Berkowitz RS, Golstein DP. The management of molar pregnancy and gestational trophoblastic tumours. In: Knapp RC, Berkowitz RS, editors. Gynecologic Oncology, 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill; 1992. p. 328-38.

6. González-Merlo, J. Obstetricia 5ta ed. España: Elsevier; 2006 p. 478. [consulta 24 Nov 2010]. Disponible en: [http://books.google.es/books?id=N\\_v49qVtSRUC](http://books.google.es/books?id=N_v49qVtSRUC)

7. Mola hidatiforme. Enciclopedia médica en español 2006. Medline Plus, edic. en español. [consulta 7 Marzo 2008]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000909.htm>

8. Goldstein DP, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG, editors. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Chaps 94. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2008.

9. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic diseases. In: Hoskins WJ, Pérez CA, Young RC, editors. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000. p. 1117-37.

10. Kohorn EI. The new FIGO 2000 staging and risk factor scores system for gestational trophoblastic disease: description and critical assessment. Int J Gynecol Cancer. 2001;11(1):73-7.

11. Hancock BW, Tidy JA. Current management of molar pregnancy. J Reprod Med 2002;47(5): 347-54.

12. Jeffers MD, O'Dwyer P, Curran B. Partial hydatidiform mole: a common but underdiagnosed condition. A 3-year retrospective clinicopathological and DNA flow cytometric analysis. Int J Gynecol Pathol. 1993;12(4):315-23.

13. Neoplasia Trofoblástica Gestacional. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. 2010;26:192-8.

14. Eltmate CM, Genest DR, Wise L. Placental site trophoblastic tumor: a 17-year experience at the New England Trophoblastic Disease Center. Gynecol Oncol. 2001;82(3):415-9.

15. Juárez AA, Durán PM, Islas DL, Martínez MS. Mola parcial con feto vivo, análisis clínico, morfológico y genético. Rev Mex Pediatr. 2009;76(5):212-4.

Recibido: 15 de marzo de 2012.

Aprobado: 30 de marzo de 2012.

*Lázaro López Baños*. Centro Provincial de Genética Médica. Artemisa, Cuba. Correo electrónico: [lalob@infomed.sld.cu](mailto:lalob@infomed.sld.cu)

---