



# MOLA HIDATIFORME PARCIAL: Un caso extraordinario

García Campaña, E; Moreno Sánchez, C; Jiménez Velázquez, R; Muñoz Contreras, M; Sánchez Camps, M.L;  
Blanco Carnero, J.E; Delgado Marín, J.L  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

## INTRODUCCIÓN:

La mola parcial se define histológicamente como una hiperplasia del trofoblasto con degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas y evidencia fetal con dotación genética triploide.

## CASO CLÍNICO:

Secundigesta de 26 años con un aborto anterior, de origen marroquí, gestante de 16 semanas, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés salvo un hipotiroidismo en tratamiento. Acude a nuestro Servicio de Urgencias por vómitos de repetición desde el inicio del embarazo acompañados de dolor en hipogastrio. La paciente había consultado en dos ocasiones por metrorragia la semana anterior.

-Exploración física: Temperatura 36,6 °C; tensión arterial 136/65 mmHG, frecuencia cardiaca 116, alto grado de ansiedad y nerviosismo.

-Ecografía obstétrica: gestación única con signos de retraso del crecimiento intrauterino, holoprosencefalia, imágenes sonoluscentes distribuidas ampliamente por la placenta, que presentaba un tamaño aumentado y múltiples quistes tecaluteínicos en ambos ovarios.

Ante estos hallazgos, se consultó el screening del primer trimestre cuyo resultado era de bajo riesgo para síndrome de Down.

- Analítica: TSH 0,010 uUI/ml, T4 libre 2,98 ng/dl; B-HCG:1386870.0 mUI/ml.

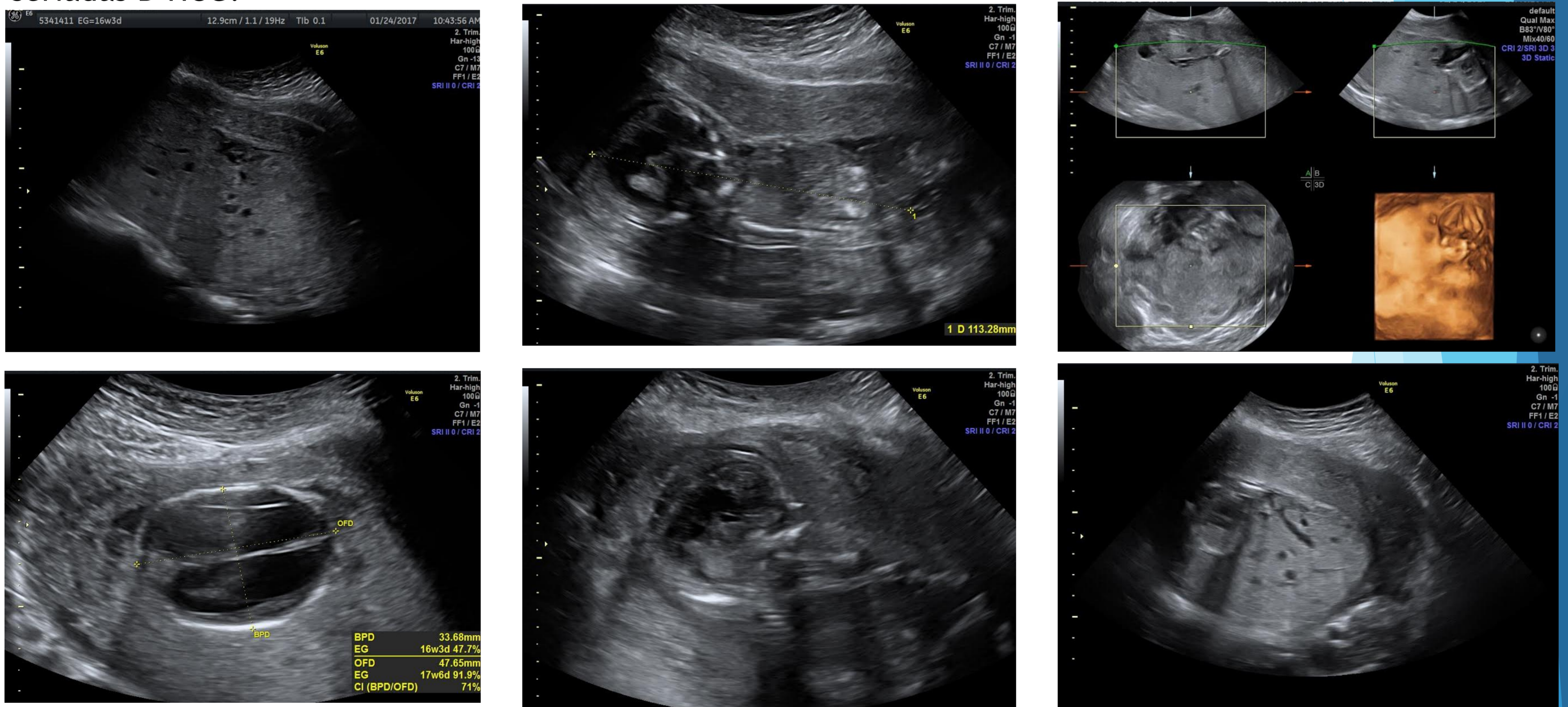
-Radiografía tórax: sin hallazgos patológicos.

Se informó a la paciente del diagnóstico de sospecha, pronóstico y actitud a seguir. Se decide interrumpir de la gestación mediante legrado por aspiración que cursó sin incidencias.

-Estudio genético: feto con dotación triploide para los cromosomas estudiados (13, 15, 16, 18, 21 y 22) y XXY para los cromosomas sexuales.

-AP: mola hidatiforme parcial

-B-HCG: en a las 24 horas después del legrado 329079.0 mUI/ml; a los 10 días del alta, 626.3 mUI/mL. Se pautó anticonceptivos orales y seguimiento en consultas de oncología ginecológica con determinaciones seriadas B-HCG.



## CONCLUSIONES:

Actualmente el diagnóstico de mola hidatiforme parcial se realiza con el estudio anatomopatológico de los productos del legrado en abortos precoces. Excepcionalmente la mola parcial evoluciona y debe sospecharse por clínica de hiperémesis e hipertiroidismo, la ecografía y B-HCG mayor a 200000. El diagnóstico de certeza viene dado por el estudio histológico y citogenético fetal. Se considera una enfermedad localizada, sin embargo es imprescindible un adecuado seguimiento hasta negativización de niveles de B-HCG para descartar una progresión a enfermedad trofoblástica persistente.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Medical termination of a partial hydatidiform mole and coexisting fetus during the second trimester: A case report. Wang Y, Qian H, Wang J. Oncol Lett. 2015 Dec;10(6):3625-3628.
- Sonographic diagnosis of partial versus complete molar pregnancy: A reappraisal. Savage JL, Maturen KE, Mowers EL, Pasque KB, Wasnik AP, Dalton VK, Bell JD. J Clin Ultrasound. 2017 Feb;45(2):72-78. doi: 10.1002/jcu.22410.
- Digynic partial hydatidiform mole with increased fetal nuchal translucency and ovarian hyperstimulation syndrome. Gaggero Cr, Bogliolo S, Sala P, Molinari C, Motzo M, Fulcheri E, Anserini P, De Biasio P. Clin Exp Obstet Gynecol. 2016;43(3):467-9.