



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL; MOLA COMPLETA CON FETO VIVO COEXISTENTE, REPORTE DE CASO

**GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE; COMPLETE
MOLE WITH LIVE COEXISTING FETUS, CASE REPORT**

Dr. Marco Antonio Verduzco Heredia

Hospital de la Mujer, México

Dra. Marisol de Jesús Niño García

Hospital de la Mujer, México

Dr. Becken Leonardo García Zalapa

Hospital de la Mujer, México

Dr Morelos Villaseñor Aguirre

Hospital de la Mujer, México

Dra. Frida Caballero García

Hospital de la Mujer, México

DSP. Alma Rosa Picazo Carranza

Hospital de la Mujer, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.11075

Enfermedad Trofoblastica Gestacional; Mola Completa con Feto Vivo Coexistente, Reporte de Caso

Dr. Marco Antonio Verduzco Heredia¹
drvh05@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-9013-1831>
Residente de cuarto año
Ginecología y Obstetricia Hospital de la Mujer
Morelia, México

Dra. Marisol de Jesús Niño García
mnino70@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-5408-2999>
Hospital de la Mujer, SSM
Morelia, México

Dr. Becken Leonardo García Zalapa
drbecken@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-7274-2058>
Universidad Michoacana
de San Nicolas de Hidalgo
Facultad de Odontología y Hospital de la Mujer
SSM, Morelia, México

Dr Morelos Villaseñor Aguirre
morelos_2000@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-1299-0438>
Hospital de la Mujer
Morelia, México

Dra. Frida Caballero García
fridacaballerogar@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-3729-804X>
Residente de tercer año
Ginecología y Obstetricia Hospital de la Mujer
Morelia, México

DSP. Alma Rosa Picazo Carranza
alma.picazo@umich.mx
<https://orcid.org/0000-0001-9954-0792>
Universidad Michoacana
de San Nicolas de Hidalgo
Facultad de Enfermería y Hospital de la Mujer
SSM, Morelia, México

RESUMEN

Objetivo. Describir el caso clínico de mola hidatiforme completa con feto vivo coexistente. Se presenta caso clínico de femenina 20 años de edad, embarazo gemelar molar de 16.6 semanas de gestación, hipertensa, agregando diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad, más anemia materna grado II, durante su estancia hospitalaria presenta ruptura espontanea de membranas con sangrado transvaginal abundante así como presenciad de actividad uterina de forma súbita, se realiza histerectomía en bloque ya que no cuenta con condiciones cervicales para realizar evacuación intrauterina posterior al evento obstétrico se cuantifica un sangrado total de 2500ml, choque hipovolémico grado IV, ingresa a unidad de cuidados intensivos y es valorada por oncología médica agregando diagnóstico de coriocarcinoma e iniciando manejo a base de quimioterapia, los resultados histopatológicos evidencia embarazo gemelar monocorial biamniotico; mola hidatiforme completa con feto coexistente, posterior a diez días de evolución favorable egresa a su domicilio con cita para seguimiento.

Palabras clave: mola hidatiforme, feto vivo, embarazo molar

¹ Autor principal.

Gestational Trophoblastic Disease; Complete Mole with Live Coexisting Fetus, Case Report

ABSTRACT

Aim. Describe the clinical case of a complete hydatidiform mole with a coexisting live fetus. A clinical case is presented of a 20-year-old female, molar twin pregnancy at 16.6 weeks of gestation, hypertensive, adding a diagnosis of preeclampsia with data of severity, plus grade II maternal anemia, during Her hospital stay presents spontaneous rupture of membranes with abundant transvaginal bleeding as well as the presence of sudden uterine activity. An en bloc hysterectomy is performed since she does not have cervical conditions to perform intrauterine evacuation after the obstetric event. A total bleeding of 2500 ml is quantified. grade IV hypovolemic shock, she entered the intensive care unit and was evaluated by medical oncology, adding a diagnosis of choriocarcinoma and initiating management based on chemotherapy, the histopathological results evidence a monochorionic diamniotic twin pregnancy; complete hydatidiform mole with coexisting fetus, after ten days of favorable evolution, he was discharged home with an appointment for follow-up.

Keywords: hydatidiform mole, live fetus, molar pregnancy

Artículo recibido 15 marzo 2024

Aceptado para publicación: 20 abril 2024



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) en trastornos del desarrollo placentario (mola completa, parcial y mola invasiva) y neoplasias del trofoblasto (coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y tumor trofoblástico epitelioide), entre otros. Tipiani Rodríguez O, Solís Sosa C, Valdez Alegría GE, Quenaya Rodríguez RJ, Escalante Jibaja R, Cevallos Pacheco C, Ibarra Lavado O, Bocanegra Becerra YL (2020)

Para Muciño-García, E y colaboradores (2017) La mola hidatiforme se caracteriza por alteraciones en las vellosidades coriónicas que se manifiestan por proliferación anormal del trofoblasto y edema velloso. La enfermedad trofoblástica gestacional, mola parcial o incompleta representa 30% de las enfermedades trofoblásticas gestacionales, sin embargo, la incidencia de mola parcial con feto vivo es una manifestación poco frecuente, que ocurre en 1 de cada 100, 000 embarazos.

En México se ha reportado una incidencia de 2.4 por cada 1000 embarazos. Los reportes de enfermedad trofoblástica gestacional con feto vivo son muy raros. La mayoría son de casos de embarazo gemelar (dicigótico), concomitante con una enfermedad trofoblástica gestacional (mola completa) y un gemelo con cariotipo normal. Guía de práctica clínica SS-228-09 (2009)

La enfermedad trofoblástica gestacional incluye una variedad de alteraciones del desarrollo de la placenta que van desde cambios premalignos hasta tumores malignos del trofoblasto. Una de estas alteraciones es la mola hidatiforme, la cual puede ser de dos tipos: mola hidatiforme completa y la mola hidatiforme parcial. La mola hidatiforme completa se origina en la mayoría de los casos de la fertilización de un óvulo vacío por un espermatozoide haploide, resultando en un cariotipo paterno duplicado (46XX), con ADN de origen paterno y ADN mitocondrial de origen materno. Por otra parte, la mola hidatiforme parcial se origina de la fertilización de un óvulo por dos espermatozoides, de lo cual resulta un cariotipo triploide y presencia de tejido embrionario. Ambos tipos de mola se originan del trofoblasto velloso. Ávila-Vergara MA y colaboradores (2017)

Las principales y más frecuentes formas de la enfermedad trofoblástica gestacional son: embarazo molar, mola invasora, tumor del sitio de inserción placentaria y coriocarcinoma. La enfermedad molar constituye más de 85% de las variedades descritas la mola hidatiforme se le clasifica de la siguiente forma: Mola completa o clásica. No tiene feto o embrión y su cariotipo es 46 XX o 46 XY. Es de origen

paterno. Mola parcial o incompleta. Contiene feto, embrión o saco gestacional y su cariotipo es triploide. Es resultado de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides. Puede manifestarse como cariotipo 69 XXY (70%), 69 XXX (28%) y 69 XYY (3%).

Morales-García V, Bautista-Gómez, Vázquez-Santiago E, Santos-Pérez U (2011)

Ávila-Vergara MA y colaboradores (2017) refiere que tanto la mola hidatiforme completa como la mola hidatiforme parcial comparten un espectro clínico variable que se manifiesta por sangrado transvaginal, hiperémesis, hipertiroidismo, preeclampsia y por regla general, la longitud sínfisis pubis-fondo uterino (AFU) es mayor a la edad gestacional. En ambos tipos de mola, las concentraciones séricas de gonadotropina coriónica (hCG) están elevadas.

Se manifiestan con sangrado transvaginal (46%), tamaño uterino mayor al esperado para las semanas de embarazo (24%) e hiperémesis gravídica (14%). Sus complicaciones tardías son: anemia, preeclampsia, hipertiroidismo y problemas respiratorios (ver tabla 1 y 2). Coronado Martín, Pluvio & Gloria, Marquina & Marilo, Diestro & Sonsole, Alonso & Angel, Sanchez & Hardisson, David & Montoliu, Guillermina & Santaballa, Ana & Casado, Antonio & Domingo, Santiago & Gil-Moreno, Antonio & Lubrano Rosales, Amina & De Santiago, Javier. (2020).

En la ultrasonografía se observan placentas con múltiples imágenes anecoicas, en forma de patrón en “copos de nieve” o “queso suizo”. En la mola completa pueden encontrarse quistes funcionales tecaluteínicos. Por el contrario, en las molas incompletas se observan partes fetales y la mola hidatiforme aparece en embarazos bicoriales-biamnióticos y se caracteriza por la coexistencia de una mola completa y un feto viable con placenta normal, que pocas veces llegan al término y se asocian con complicaciones obstétricas graves: aborto espontáneo, muerte intrauterina, malformaciones congénitas, parto pretérmino, preeclampsia e hipertiroidismo. Santiago-Sanabria L, Gómez-Romero A, Martínez-Villafaña E (2021) El diagnóstico diferencial en ambos tipos de mola son los estudios moleculares, citogenético e histopatológico de las vellosidades coriales. La decisión más crítica es interrumpir o continuar con el embarazo, que se basa en la estimación de las complicaciones presentes o potenciales que condicionan el riesgo de muerte materna, tales como hemorragia obstétrica, preeclampsia, o transformación maligna del trofoblasto. Las condiciones del embarazo y la edad gestacional que repercuten en la sobrevivencia fetal y neonatal Ávila-Vergara MA y colaborador (2017)

El riesgo de transformación a neoplasia trofoblástica gestacional es de 15 a 20% para las molas completas; por esto debe efectuarse una vigilancia estrecha. Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) los criterios para definir neoplasia trofoblástica gestacional son:

- Aumento del 10% en los valores de β -GCh (3 como mínimo) en 14 días.
- Valores de β -GCh en meseta (menos de 10%, con mínimo de 4 mediciones) en un lapso de 21 días.
- Contar con diagnóstico histopatológico de coriocarcinoma.

En cuanto a los niveles elevados de B-hCG (Valores normales de 1000-2000mUi/L) se asocia a con síntomas de hipertiroidismo y preeclampsia (niveles de $>100,000\text{mUi/L}$). La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone criterios de riesgo para valorar la resistencia a agente quimioterapéutico; el cual resulta en un puntaje 0-6 baja resistencia a un agente único, >7 alta resistencia a la monoterapia y >12 riesgo ultra alto asociado a una supervivencia mayor a 5 años del 65% (ver tabla 3). Guía de Práctica Clínica GPC (2009) Durante la búsqueda de la información diferentes autores concluyeron que al administrarse 1mg/kg de metotrexato via intramuscular, posterior a la evacuación intrauterina, con seguimiento estrecho de forma semanal hasta obtener niveles séricos negativos en dos ocasiones hasta los seis meses mejora el pronóstico de las pacientes respecto a riesgo de malignidad.

Reporte de caso clínico

Paciente femenina que acude al nosocomio sin antecedentes crónicos degenerativos u otros antecedentes obstétricos de importancia relacionados con el padecimiento actual, ingresa al servicio de urgencias obstétricas por sangrado transvaginal moderado con diagnóstico de embarazo gemelar molar de 16.6 semanas de gestación, durante su estancia presenta cifras tensionales de 160/100mmhg, taquicardia materna de 134 lpm, por lo que se agrega el diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad, sin datos clínicos de vasoespasmo, se solicitan laboratorio de control y estudios de gabinete (Biometría hemática completa, grupo y rh, química sanguínea 6, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, examen general de orina, perfil tiroideo, BHCG cuantitativa, ultrasonido obstétrico, Us de hígado y vías biliares, radiografía de tórax) se inicia antihipertensivo a base de calcioantagonista

asi como neuroproteccion con sulfato de magnesio, obteniendo cifras tensionales de 130/80mmhg, con paraclínicos: Hb 8.9dL, Hto 27.4%, Plaquetas 164,000uL, Plaquetas 9.1u/L "O" Positivo, Creatinina 0.67mg/dL, TGO 74U/L , TGP 68U/L, EGO: Proteinas 150mg/dl, Sangre: Positivo, FA 79U/L, DHL 306U/L, Fibrinogeno: 589mg/dL, TP: 16.9 INR:1.33, TTP:0.90, HGC BETA: 1076626mUI/mL, AFP: 35.2UI/mL, TSH: 0.00, T3 Total: >10,00nmol/L, T3 Libre: 32.0nmol/L, T4 Total: >320.0, nmol/L, T4 Libre: 81.1 nmol/L.

Posterior a los laboratorios se agrega diagnostico de anemia materna grado II OMS, Hipertiroidismo asociado a enfermedad trofoblastica gestacional, se transfunde 1 paquete globular para mejorar condiciones maternas, con adecuado control tensional 130/70mmhg, FC: 137lpm, presenta ruptura espontanea de membranas con salida franca de liquido amniótico, sangrado transvaginal abundante, cérvix permeable con 3 cm de longitud, actividad uterina, se solicita tiempo quirúrgico de urgencia, se realiza histerectomía obstétrica en bloque, sin incidentes o accidentes durante evento quirurgico se cuantifica sangrado de 1000ml y sangrado previo de 1500ml con un total de 2500ml clasificando como hemorragia obstétrica, choque hipovolémico grado IV, (se envia pieza quirurgica a servicio de patologia para estudio histopatologico) posteriormente ingresa a unidad de terapia intensiva, Neurologico: Escala de Glasgow 15 puntos, REM ++/++++, Respiratorio: Ventilacion espontanea con apoyo de oxigeno suplementario con mascarilla reservorio a 10lts por minuto manteniendo saturación de 90% con presencia de taquipnea 24 por minuto, movimiento de amplexion y amplexacion disminuidos, ruidos respiratorios con presencia de crepitos en ambos hemitórax no sibilancias, Gasometria Venosa: pH:7.3 pCO2:30, pO2:46, lactato 0.9, HCO3 15.8 EB:-9.3 SatO2: 80%, Cardiorespiratorio: Descontrol antihipertensivo 188/73mmhg TAM:103, en manejo antihipertensivo con calcioantagonista y betabloqueador, ruidos cardiacos rítmicos, aumentados en intensidad y frecuencia, FC:140 lpm, sin ruidos agregados, Nefrohidricos: mucosa oral semihidratada, sonda Foley permeable con uresis en las ultimas 12 horas de 150l índice urinario de 0.1ml, se realiza interconsulta a Oncologia Medica y Endocrinologia; Integrando diagnostico de Coriocarcinoma Iniciando manejo quimiotatico a base de (EMA-CO) Etoposido, Dactonomicina, Metotrexate, Leucovorin inicia con uresis de 40ml/hora secundario a administración de diurético de asa, con elevación de azoados y creatinina, con buen control glucémico, sin datos de alarma quirúrgica, con soporte multiorganico con vigilancia estrecha, sin

necesidad de vasopresor, se progresa a ventilación a parametros de protección pulmonar se toman laboratorios de control, saturación 94-98%, campos pulmonares bien ventilados, se inicia protocolo weaning con predictores positivos para extubacion de via aérea, tolero prueba con presión soporte y se extuba, se coloca mascarilla facial a 10lts por minuto con saturación de 99%, escala de glasgow 15 puntos, matiene rass 0, orina clara con índice urinario de 1.2ml/kg/hr con apoyo de diuretico de asa, se mantiene en vigilancia de consolidación de extubacion, manejo antihipertensivo, se valora nutrición enteral en próximas horas, se realiza manejo para hipernatremia,

Paciente consciente, orientada, sin ventilación mecánica invasiva, son mascarilla con reservorio a 5 L/min, tolerando via oral, con uresis de 0.8ml/kg/hr de características macroscopicas normales, con doble esquema antibiotico, control tensional 130/70mmhg, Hb 14.8 dL, Hto 42.6%, Plaquetas 256,000uL Leucocitos 6.3uL, Creatinina 0.7 mg/dL, TGO 20U/L , TGP 26U/L, FA 63U/L, DHL 100U/L, BT:0.3mg/dL, Bilirrubina Directa:0.2mg/dL, Bilirrubina Indirecta:0.1mg/dL, Sodio:139mmol/L, Potasio: 4.1mmol/L, Cloro: 109mmol/L, Calcio:10.1mg/dL, Fosforo:4.8mg/dL, HGC BETA: 14637mUI/ml,

continua con evolución multiorganica favorable con adecuada tolerancia a ultimo ciclo quimioterapéutico ya valorada por servicio de Oncologia Medica, por lo que se decide egreso a domicilio y continuar seguimiento con protocolo para enfermedad de mola invasora, por lo que llevara un conteo de GHR para valorar respuesta a QT.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La paciente ingresa a unidad de urgencias obstetricas con un ultrasonido del primer trimestre evidenciando un embarazo de 13.5 semanas de gestacion con presencia de enfermedad molar completa con feto vivo coexistente, (ver imagen 1), posteriormente ingresa a unidad de tococirugia para completar protocolo de estudio, donde se identificaron cifras tensionales fuera de parametros normales clasificando como preeclampsia con datos de severidad (Ver tabla 2), asi como anemia materna, durante estancia intrahospitalaria la paciente presento ruptura espontanea de membranas asi como sangrado transvaginal abundante Coronado Martin, Pluvio & colaboradores (2020) por lo que pasa a quirofano de forma urgente para realizar histerectomia en bloque ya que no cuenta con condiciones cervicales para evacuacion intrauterina, durante transquirurgico se identifican quistes tecaluteinicos (ver imagen

2) se finaliza evento quirurgico sin incidentes o accidentes cuantificando un sangrado previo de 1500ml, asi como un sangrado transquirurgico de 1000ml con un total de 2500ml clasificando como hemorragia obstetrica, choque hipovolemico grado IV, por lo que ingresa a unidad de cuidados intensivos, se recaban estudios histopatologicos (Ver Imagen 3 y 4) donde se evidencia embarazo gemelar monocorial biamniotico; mola hidatiforme completa con feto coexistente(Ver Imagen 5), posteriormente es valorada por oncologia medica agregando manejo quimioterapeutico y posterior a diez dias de evolucion favorable la paciente egresa a su domicilio con cita programada a oncologia medica, actualmente la paciente se encuentra en seguimiento clinico con un estado favorable sin evidencia de complicaciones gineco-obstetricas, ni hallazgos oncologicos.

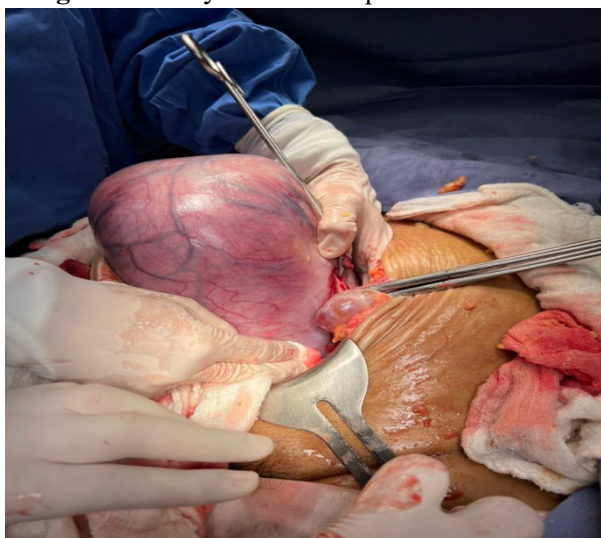
ILUSTRACIONES

Imagen 1 Ultrasonido del Primer Trimestre



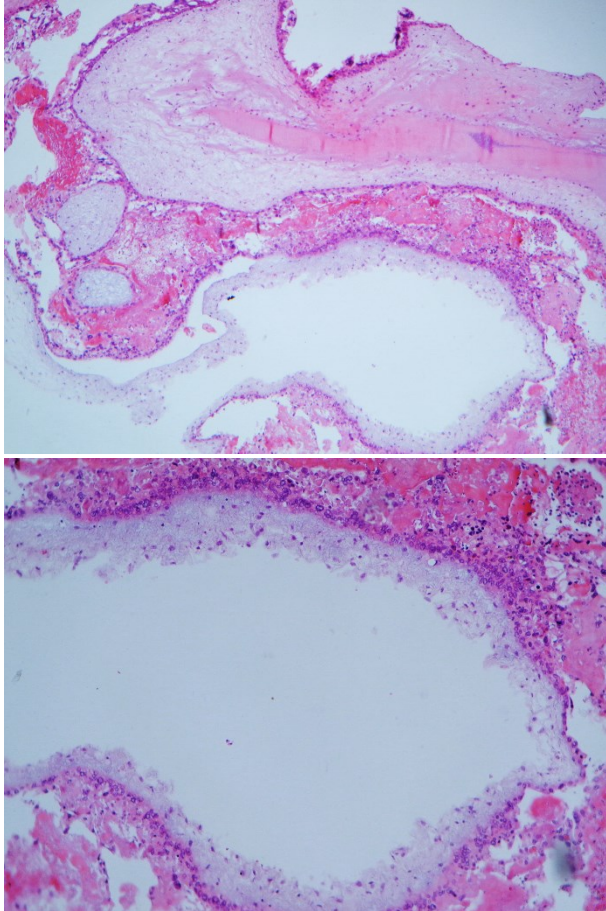
Nota: identifica feto de 13.5 semanas de gestacion así como enfermedad molar completa coexistente

Imagen 2 Utero y ovario con quistes tecaluteinicos



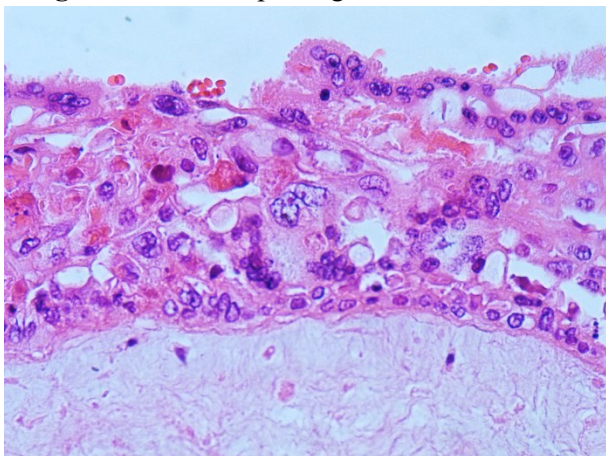
Nota: tamaño uterino aumentado en relación a embarazo de 16.6 con aumento de vascularidad y ovario con quistes tecaluteinicos

Imagen 3 Corte histopatológico



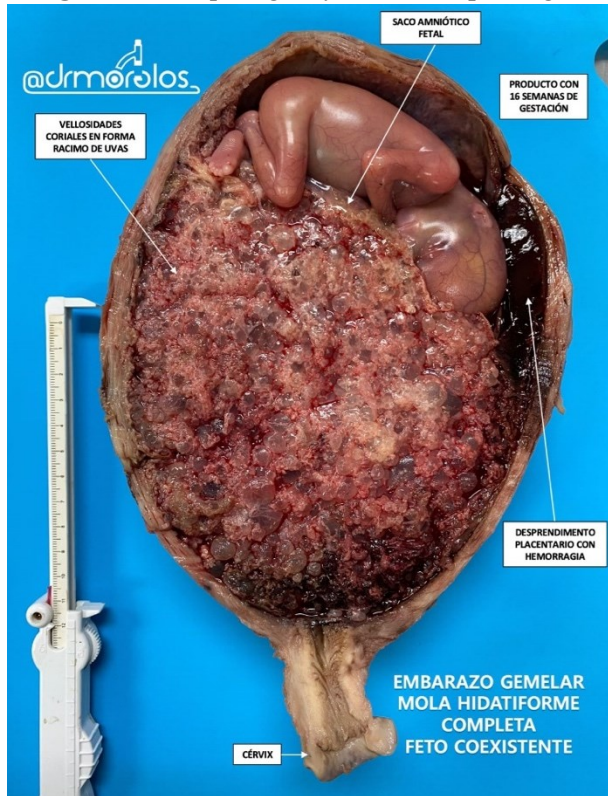
Nota: Vellosidades con abundante líquido con formación de cisternas. Al rededor se identifica proliferación trofoblástica localmente festoneado.

Imagen 4 Corte histopatológico



Nota: Proliferación del trofoblasto rodeando vellosidades deciduales en forma de cisterna.

Imagen 5 Pieza quirúrgica y corte histopatológico



Nota: Macroscópica Post-Histerectomía en Bloque

Tabla 1 Características de mola

Principales características de la mola completa y parcial

Característica	Mola completa	Mola parcial
Presentación clínica	Sangrado vaginal en segundo trimestre (media, 16 semanas). * Útero aumentado de tamaño	Sangrado vaginal, aborto subclínico o incompleto en el final del primer trimestre o inicio del 2.º trimestre
hCG sérica pretratamiento	> 100.000 mIU/ml (>90%)	< 100.000 mIU/ml (> 90%)
Edema vellositario	Generalizado	Focal
Proliferación de trofoblasto	Difusa, circunferencial	Focal
Contorno vellositario	Redondeado	Festoneado
Desarrollo fetal	Ausente	Ocasional
Atipia trofoblástica	Marcada	Ligera
Estroma vellositario	Muy edematoso, frecuentes cisternas e inclusiones trofoblásticas. Ausencia de desarrollo vascular y de hematíes nucleados	Ocasionales cisternas, pseudo-inclusiones trofoblásticas. Desarrollo vascular y presencia de hematíes nucleados (no siempre evidentes)
Apoptosis en estroma vellositario	Prominente	Limitada
Expresión de p57	Ausencia de tinción nuclear en el citotrofoblasto y células estromales vellositarias	Tinción nuclear en el citotrofoblasto y células estromales vellositarias
hCG tisular	Intensa (3+)	Débil (1+)
Genotipado del ADN	Genoma diploide (exclusivamente paterno) (46 XX)	Genoma triploide diándrico (69 XXY)
Riesgo de desarrollo de coriocarcinoma	2-3%	Muy bajo

*La mola completa temprana suele presentarse como aborto subclínico en las 6-12 primeras semanas de gestación.

Nota: Guía de Asistencia Práctica* Enfermedad trofoblástica gestacional Gestational trophoblastic disease Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Prog Obstet Ginecol 2020;63(3):165-184

Tabal 2 Síntomas de enfermedad tofoblástica

Síntomas	Mola completa	Mola parcial
Sangrado vaginal	42%	15%
Útero aumentado de tamaño	24%	4%
Hiperemesis	13%	4%
Hipertiroidismo bioquímico	16%	5%
Hipertiroidismo clínico	2%	2%
Anemia Hb < 11 mg/dl	13%	3%
Preeclampsia	1%	3%

Nota: Guía de Asistencia Práctica* Enfermedad trofoblástica gestacional Gestational trophoblastic disease Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Prog Obstet Ginecol 2020;63(3):165-184

Tabal 3 Clasificación de riesgo de malignidad FIGO-OMS

Factores pronósticos	Puntuación			
	0	1	2	3
Antecedente de embarazo molar	Mola parcial	Mola completa	Recurrente	-
Tamaño uterino para la edad Gestacional (meses)	≥ 1	>1	>2	>3
Niveles de fracción β hCG (mUI/ml)	<50,000	>50,000-100,000	>100,000-1000,000	>1000,000
Diámetro de Quistes tecaluteínicos (cm)	-	<6	6-10	>10
Edad de la paciente (años)	-	<20	≥ 40	>50
Complicaciones asociadas: Hipertiroidismo, hiperémesis, preeclampsia, embolización trofoblástica, coagulación intravascular diseminada	-	≥ 1	-	-

Interpretación: pacientes con < 4 puntos **BAJO RIESGO** para desarrollar NTG ≥ 4 = **ALTO RIESGO** para desarrollar NTG

Nota: Guía de practica clínica diagnostico y tratamiento de enfermedad tofoblástica gestacional S-228-09

CONCLUSIONES

El embarazo gemelar molar es extremadamente raro pero de gran importancia a tomar en cuenta las complicaciones maternas durante el embarazo y el puerperio ya que las neoplasias trofoblásticas gestacionales son aquellas que profileran de forma anormal del tejido trofoblástico y pueden asociarse a mola invasora, coriocarcinoma, tumor placentario de sitio tofolbastico y tumor trofoblástico

epiteloides, La mola invasora y el coriocarcinoma se caracterizan por niveles elevados de hCG, mientras que las restantes tienen niveles bajos, entre ellos el más común es el coriocarcinoma.

El embarazo gemelar con mola hidatiforme completa y feto único vivo es sumamente raro, con incidencia extremadamente baja: 0.01% de los embarazos. Es poco lo que se sabe acerca de su atención adecuada, por la falta de evidencia disponible. Gran parte de la bibliografía médica se basa en reportes de casos aislados, en donde la mayoría cursa con mal pronóstico de la gestación y alta probabilidad de complicaciones para la madre y el feto. Las pacientes con embarazo molar y feto vivo coexistente tienen alto riesgo de complicaciones, como la preeclampsia, que se reporta en 34% de los casos. De igual forma, hay que anticipar que la paciente puede tener una hemorragia severa, que puede requerir histerectomía y transfusión de hemocomponentes. Para la decisión del tratamiento deben valorarse las semanas de gestación, la edad de la madre y las concentraciones de β -GCh porque, de continuar con el embarazo, es muy probable que sobrevengan diversas complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ávila-Vergara MA, Cardona-Osuna ME, Guzmán-Gutiérrez LE, Espínola-Magaña KM, Caballero-Rodríguez CB, Di Castro-Stringher P, Vadillo-Ortega F. Mola hidatiforme coexistente con feto vivo después de las 20 semanas de gestación: presentación de dos casos. *Ginecol Obstet Mex.* 2017 diciembre;85(12):853-861.

Coronado Martín, Pluvio & Gloria, Marquina & Marilo, Diestro & Sonsole, Alonso & Ángel, Sánchez & Hardisson, David & Montoliu, Guillermina & Santaballa, Ana & Casado, Antonio & Domingo, Santiago & Gil-Moreno, Antonio & Lubrano Rosales, Amina & De Santiago, Javier. (2020). Guía de Asistencia Práctica* Enfermedad trofoblástica gestacional. *Progresos de Obstetricia y Ginecología.* 63. 165-184.

Guía de Práctica Clínica GPC Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL Evidencias y Recomendaciones. (n.d.). 2009.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/228GER.pdf>

Llivicura-Suczhañay, J. A., & Mejía-Campoverde, L. H. (2023). Histerectomía por embarazo molar completo. Reporte de caso. *MQRInvestigar*, 7(3), 1208–1221.

<https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.1208-1221>



- Morales-García V, Bautista-Gómez, Vásquez-Santiago E, Santos-Pérez U. Embarazo molar parcial: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(7):432-435
- Muciño-García, E, Hinojosa-Rodríguez, KA, López-Rioja, MJ, Salgado-Benítez, E, Pérez-Lara, SA, Zebadúa-Jiménez, VH, & López-Recio, Y. (2017). Embarazo molar con feto vivo y éxito perinatal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(11), 772-777. <https://doi.org/10.24245/gom.v85i11.1629>
- Santiago-Sanabria L, Gómez-Romero A, Martínez-Villafaña E. Embarazo gemelar con mola hidatiforme completa y feto vivo coexistente. *Ginecol Obstet Mex*. 2021; 89 (9): 727-734. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.5070>
- Tipiani Rodríguez O, Solís Sosa C, Valdez Alegría GE, Quenaya Rodríguez RJ, Escalante Jibaja R, Cevallos Pacheco C, Ibarra Lavado O, Bocanegra Becerra YL. Invasive hydatidiform mole coexistent with normal fetus. Case report. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2020;66(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2253>