

588 **Jon Iker Arambarri**
Jesús Hilario de la Rosa
Fernando Mozo de Rosales
Álvaro Gorostiaga

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Correspondencia:

Dr. J.I. Arambarri Beldarrain.
Cecilia Gallarzagotia, 3, 1.º derecha. 48340 Amorebieta-Etxano (Bizkaia). España.
Correo electrónico: joniker.arambarribeldarrain@osakidetza.net

Fecha de recepción: 19/5/2008.
Aceptado para su publicación: 1/9/2009.

Embarazo gemelar con feto sano y mola completa como origen de enfermedad trofoblástica gestacional persistente: caso clínico

Twin pregnancy with a healthy foetus and a complete hydatidiform mole as a cause of persistent gestational trophoblastic disease

RESUMEN

Describimos y analizamos el caso de una gestación múltiple bicigótica, consistente en un feto genotípica y morfológicamente sano junto a una mola hidatiforme completa, que desembocó en un parto prematuro en el segundo trimestre debido a complicaciones hipertensivas maternas. Tras la evacuación tanto del producto fetal como del tejido molar, la paciente desarrolló enfermedad trofoblástica gestacional persistente. Hemos querido centrar el caso en torno a esta última patología, y abordar los casos en que la enfermedad se presenta en un embarazo gemelar y exponer el curso diagnóstico y el posterior manejo médico de la fase persistente de la enfermedad trofoblástica gestacional.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad trofoblástica. Mola hidatiforme. Enfermedad trofoblástica gestacional persistente. Embarazo gemelar. Quimioterapia.

ABSTRACT

We describe and analyse the case of a multiple dizygotic pregnancy, formed by a genotypically and morphologically healthy foetus with a complete hydatidiform mole that ended in a preterm birth in the 2nd trimester due to maternal hypertension complications; after the evacuation of both foetus and the molar tissue, the patient developed a post-gestational Trophoblastic Neoplastic disease. We would like to focus on this pathology, looking at cases where the disease occurs in a twin gestation, explaining the diagnostic procedure and subsequent medical management of the persistent phase of gestational trophoblastic disease.

KEY WORDS

Trophoblastic disease. Hydatidiform mole. Persistent gestational trophoblastic disease. Twin pregnancy. Chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los casos de embarazos gemelares con presencia de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) concomitante son muy poco frecuentes en la práctica médica. Se estima que la incidencia es de, aproximadamente, 1 de cada 20.000 a 100.000 casos. Es, por tanto, una circunstancia obstétrica poco conocida, con lo que el profesional carecerá muy probablemente de experiencia respecto a su correcto manejo, en caso de presentársele la ocasión de tratarlo alguna vez. Hay que tener en cuenta que tales casos implican no sólo una atención obstétrica máxima, velando por eventuales complicaciones maternas (enfermedad hipertensiva gestacional, TEP por líquido amniótico, etc.) y fetales (muerte fetal, prematuridad), sino que también habría que prestar atención a la evolución de la ETG presente en el embarazo gemelar, tanto durante como después del nacimiento y la extracción fetoplacentaria. Esto sería debido a la tendencia a las complicaciones derivadas de la enfermedad molar, entre ellas el hipertiroidismo materno, las lesiones uterinas, el hidramnios de la bolsa afectada o la aparición de ETG persistente (ETGP) o posmolar.

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años, primigesta, con asma extrínseca y una fractura de fémur intervenida como únicos antecedentes destacables; sin antecedentes gineco-obstétricos. Su última regla fue el 12 de enero de 2007, con ciclos menstruales regulares. Acudió a la consulta obstétrica por el hallazgo, en la ecografía de las 12 semanas, de un hematoma subcorial que, valorado por nuestro servicio, se redefinió como una imagen centropacentaria de aspecto vesicular, por lo que la primera impresión diagnóstica fue de mola hidatiforme parcial. Por ello, se estudió y controló en el ámbito hospitalario.

Ante la sospecha, se realizó una determinación de gonadotropina coriónica beta (β -HCG) en sangre materna, que arrojó un resultado de 986.840 U/l, muy por encima de los valores esperables para la semana 16 de gestación (estimados en torno a los 10.000-30.000 para el segundo trimestre)¹. Este dato apoyó firmemente el diagnóstico de ETG en el contexto de un embarazo gemelar.

En cuanto al feto, la ecografía realizada en la semana 20 descartó malformaciones objetivables y el estudio citogenético del líquido amniótico arrojó un resultado normal. Con el diagnóstico de feto sano y mola hidatiforme coexistente (que se confirmó histológicamente como mola completa con el estudio de la masa tras su evacuación), se planteó la posibilidad de continuar el embarazo, que fue aceptada por la madre, por lo que continuó el control hospitalario de su gestación.

Tras dos trimestres de evolución sin incidencias, la gestante se presenta en la urgencias ginecológicas a las 23 + 6 semanas de gestación por un cuadro de dolor abdominal sin metrorragia; presentaba, además, una presión arterial > 140/90 mmHg de manera mantenida. Se decidió su ingreso, con diagnóstico de probable enfermedad hipertensiva más APP, para su estudio y control mediante batería analítica básica más ionograma, con control del balance hídrico, y para la administración de tratamiento hipotensor. A su vez, se procedió a la monitorización biofísica del feto, con ecografía al ingreso para biometría (acorde a FUR), estudio Doppler (normal), y cardiotocograma basal continuo.

Preceptivamente, se indicó tratamiento madurador para el feto.

A pesar de la actuación médica, la paciente presentó complicaciones en su evolución, con riesgo muy alto de evolucionar a una situación eclámpsica, por lo que se decidió la terminación del embarazo a las 36 h de su ingreso, por peligro materno. Se practicó una cesárea que resultó en el nacimiento de un feto vivo de 24 semanas y 630 g de peso, que necesitó reanimación neonatal e ingreso en la unidad de cuidados intensivos por su condición de gran prematuro, aunque presentó algunos cuadros patológicos de prematuridad (enfermedad de la membrana hialina, anemia, bajo peso, retinopatía de prematuridad, etc.). En la actualidad, evoluciona favorablemente y continúa los controles en el servicio de pediatría de nuestro hospital.

En el mismo acto quirúrgico (fig. 1) se practicó la evacuación uterina del tejido molar, mediante extracción manual y un legrado posterior, con legraroma, de la cavidad. Se practicaron varios lavados abdominales con suero fisiológico para arrastrar y limpiar todo el material vesicular liberado a la apertura del amnios. El tejido extraído (fig. 2) se envía al laboratorio de anatomía patológica para estudio,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3969529>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3969529>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)