

Alteraciones de la coagulación neonatal tras una gestación gemelar con mola hidatiforme completa

S. Arias Álvarez, A. Pérez Muñuzuri, M. Lojo Rodríguez, A. Baña Souto, J.R. Fernández Lorenzo
Servicio de Neonatología. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña)

Resumen

La enfermedad trofoblástica gestacional consistente en una mola hidatiforme completa con un feto gemelar vivo, es una complicación obstétrica infrecuente. Conlleva un riesgo importante de complicaciones para la madre y el feto, por lo que son pocas las gestaciones que se dejan evolucionar; de ahí que sea poco lo que conocemos acerca de la patología que puede afectar a estos recién nacidos.

Presentamos el caso de una gestación gemelar de estas características, que finalizó con cesárea la semana 32 + 3. Durante el ingreso, el recién nacido presentó datos de coagulación intravascular diseminada sin repercusión clínica, lo que requirió tratamiento con vitamina K, y con resolución espontánea. Descartadas otras posibles causas, se atribuyó a la gestación trofoblástica.

No hemos encontrado casos documentados en la bibliografía de alteraciones de la coagulación tras gestaciones trofoblásticas, probablemente debido a los pocos casos con evolución natural. Deberíamos prestar atención a este nuevo aspecto, ya que puede constituir un riesgo añadido para el neonato.

Palabras clave

Enfermedad trofoblástica, mola hidatiforme, coagulopatía, coagulación intravascular diseminada, recién nacido

Introducción

La forma más frecuente de enfermedad trofoblástica gestacional es la mola hidatiforme. Se describen dos tipos diferentes: mola hidatiforme parcial, con cariotipo triploide, y mola hidatiforme completa, con cariotipo diploide. La enfermedad trofoblástica gestacional consistente en una mola hidatiforme completa con un feto gemelar vivo, ocurre en 1/22.000 a 1/100.000 gestaciones⁴. Existen tres tipos diferentes de gestación molar con feto gemelar vivo: a) mola hidatiforme completa con feto dicigoto coexistente con un feto normal; b) mola hidatiforme parcial más un feto normal, y c) embrión con cambios hidrópicos difusos coexistente con un feto normal⁸. La evolución natural de este tipo de gestaciones conlleva un importante riesgo para la madre, con

Abstract

Title: Alterations in neonatal coagulation after twin pregnancies with complete hydatidiform mole

The gestational trophoblastic disease with a complete hydatidiform mole and a alive twin fetus is an infrequent obstetrical complication. As it carries an important risk of complications for both the mother and the fetus, since the gestations are only a few which we can see their evolution, as a result we know little about the pathology than can appear in the newborn.

We report a case of a twin pregnancy with these characteristics, which ended with a cesarean section at by 32+3 weeks of gestational age. During the admission, the newborn had data of disseminated intravascular coagulation without clinical manifestations, requiring treatment with K vitamin and a spontaneous resolution. As we discarded other causes, these alterations were attributed to the trophoblastic disease.

We haven't found on the literature other cases with coagulation disorders on trophoblastic gestations, maybe because of the infrequency of a natural evolution on these cases. We must take this new aspect into account, since it can constitute an added risk for the newborn.

Keywords

Trophoblastic disease, hydatidiform mole, coagulation disorders, disseminated intravascular coagulation, newborn

la probabilidad de desarrollar complicaciones agudas graves (enfermedad tromboembólica, preeclampsia severa) o enfermedad trofoblástica persistente⁷. Estos riesgos maternos también pueden poner en peligro al feto, por la propia patología gestacional y por la prematuridad que suelen presentar los pocos casos que sobreviven. Por las razones comentadas, son pocas las gestaciones en las que se decide la evolución natural, y de éstas, en escasas ocasiones se obtiene un recién nacido vivo⁶.

Descripción del caso

Presentamos el caso de una gestación gemelar consistente en una mola completa y un feto normal vivo. Se trata de un primer

TABLA 1

Revisión de la bibliografía publicada sobre los casos de mola completa coexistente con un feto vivo

Referencia (año)	N.º de caso	Edad gestacional (semanas)	Evolución de la gestación (feto)	Complicaciones neonatales	Complicaciones gestacionales maternas	Enfermedad trofoblástica persistente
Honda et al. (1980) ¹	1	14	Legrado (aborto)	–	No	No
Ohmichi et al. (1986) ¹	2	17	Legrado (aborto)	–	No	Sí
Verjerslev (1986) ¹	3	22	Legrado (aborto)	–	No	No
	4	22	Parto vaginal (aborto)	–	No	No
Miller et al. (1993) ¹	5	16	Legrado (aborto)	–	Hiperemesis	Sí
	6	19	Histerectomía (aborto)	–	Preeclampsia	Sí
	7	19	Legrado (aborto)	–	No	Sí
Changchien et al. (1994) ¹	8	23	Cesárea (vivo)	ND	Preeclampsia	Sí
Steller et al. (1994) ⁹	9	21	Histerectomía (aborto)	–	No	Sí
	10	13	Legrado (aborto)	–	No	Sí
	11	13	Legrado (aborto)	–	No	Sí
	12	19	Parto vaginal (aborto)	–	No	No
	13	23	Parto vaginal (aborto)	–	No	No
	14	31	Parto vaginal (vivo)	ND	No	No
Nakagawa et al. (1995) ¹	15	36	Parto vaginal (vivo)	No	No	No
Baergen et al. (1996) ¹	16	11	Legrado (aborto)	–	No	No
Bristow et al. (1996) ¹	17	27	Parto vaginal (vivo)	ND	No	No
Soysol et al. (1996) ¹	18	14	Parto vaginal (aborto)	–	No	No
Harada et al. (1997) ¹	19	13	Legrado (aborto)	–	Preeclampsia	Sí
Hurteau et al. (1997) ¹	20	10	Legrado (aborto)	–	No	Sí
Shahabi et al. (1997) ¹	21	38	Cesárea (vivo)	No	No	No
	22	17	Parto vaginal (aborto)	–	Hipertiroidismo	Sí
Fishman (1998) ¹	23	18	Legrado (aborto)	–	No	No
	24	15	Histerectomía (aborto)	–	No	No
	25	34	Cesárea (vivo)	No	No	Sí
	26	15	Legrado (aborto)	–	No	No
	27	26	Parto vaginal (vivo)	No	No	Sí
	28	18	Legrado (aborto)	–	No	Sí
	29	23	Histerectomía (aborto)	–	No	Sí
Ishii et al. (1998) ¹	30	225	Parto vaginal (aborto)	–	Preeclampsia	Sí
	31	14	Legrado (aborto)	–	No	No
	32	22	Cesárea (vivo)	Fallecimiento (anomalías múltiples)	No	Sí
	33	15	Legrado (aborto)	–	No	No
	34	39	Cesárea (vivo)	No	No	No
	35	40	Parto vaginal (vivo)	No	No	Sí
Chao et al. (1999) ¹	36	24	Histerectomía (aborto)	–	Preeclampsia, hipertiroidismo	Sí
Hirose et al. (1999) ¹	37	13	Legrado (aborto)	–	Hipertiroidismo, disfunción hepática	No

(Continúa)

TABLA 1 (continuación)

Revisión de la bibliografía publicada sobre los casos de mola completa coexistente con un feto vivo						
Referencia (año)	N.º de caso	Edad gestacional (semanas)	Evolución de la gestación (feto)	Complicaciones neonatales	Complicaciones gestacionales maternas	Enfermedad trofoblástica persistente
Margolis et al. (1999) ²	38	16	Legrado (aborto)	–	No	No
	39	17	Histerectomía (aborto)	–	Preeclampsia	Sí
Amr et al. (2000) ¹	40	30	Parto vaginal (vivo)	No	No	No
Matsui et al. (2000) ¹	41	10	Legrado (aborto)	–	No	No
	42	12	Legrado (aborto)	–	No	No
	43	15	Legrado (aborto)	–	No	No
	44	15	Legrado (aborto)	–	Preeclampsia	Sí
	45	15	Legrado (aborto)	–	Preeclampsia	Sí
	46	15	Legrado (aborto)	–	No	Sí
	47	16	Legrado (aborto)	–	Preeclampsia	Sí
	48	18	Parto vaginal (aborto)	–	No	Sí
	49	20	Parto vaginal (aborto)	–	No	Sí
	50	20	Parto vaginal (aborto)	–	Preeclampsia	No
	51	35	Parto vaginal (vivo)	No	No	No
	Kashimura et al. (2001) ¹	52	14	Legrado (aborto)	–	No
Malhorta et al. (2001) ⁸	53	21	Parto vaginal (aborto)	–	No	No
Vaisbuch et al. (2005) ³	54	16	Legrado (aborto)	–	Preeclampsia	No
	55	21	Cesárea (vivo)	Fallecimiento (fallo hepático)	Preeclampsia	Sí
Marcorelles et al. (2005) ⁴	56	32	Cesárea (vivo)	No	Sangrado severo	No
	57	38	Parto vaginal (vivo)	No	No	No
	58	14	Parto vaginal (aborto)	–	Torsión ovárica	No
	59	21	Parto vaginal (aborto)	–	Preeclampsia	Sí
Ogura et al. (2006) ¹	60	17	Legrado (aborto)	–	Preeclampsia, hipertiroidismo	Sí
	61	20	Histerectomía (aborto)	–	Placenta previa con sangrado masivo	No
True et al. (2007) ⁵	62	26	Cesárea (vivo)	Hipotiroidismo secundario a tratamiento materno	Hipertiroidismo	No

ND: datos no disponibles.

embarazo de una madre sana de 30 años de edad. En la ecografía del primer trimestre se detectó una masa «en panal de abejas», compatible con una mola hidatiforme, así como un feto vivo en la placenta separada. Una vez comentados los riesgos con los padres, se decidió continuar con la gestación. La madre ingresó a las 24 semanas de edad gestacional con hiperemesis gravídica. A las 25 semanas sufrió una rotura prematura de membranas, que se cerró espontáneamente tras reposo y antibioterapia. A las 30 semanas presentó una amenaza de parto prematuro, que se solucionó con reposo y tratamiento tocolítico. Dado que el feto presentaba retraso del crecimiento intrauterino y oligoamnios, se decidió realizar una cesárea elec-

tiva a las 32 + 3 semanas de edad gestacional, previa pauta de maduración pulmonar completa. Nació con 1.720 g de peso y una puntuación en el test de Apgar de 9-10-10.

Tras el ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales, se detectó un llamativo exantema petequeal de predominio facial. En el estudio de coagulación presentaba datos de coagulación intravascular diseminada: TTPA alargado (no se detectó coágulo), fibrinógeno disminuido (137 mg/dL), dímero D aumentado (2.331 ng/mL), actividad de la proteína C y la antitrombina III baja (10 y 29%, respectivamente). A pesar de ello, no presentó otras manifestaciones clínicas.

Los estudios de coagulación seriados realizados a la madre durante el embarazo no habían mostrado alteraciones. Se descartó una etiología infecciosa, ya que no presentó signos clínicos ni analíticos de infección durante el ingreso. El exantema petequeal desapareció durante los 3 primeros días de vida, y las alteraciones de la coagulación se fueron normalizando de manera progresiva en los estudios seriados realizados durante el ingreso. Se administró vitamina K intramuscular en una dosis diaria mientras duró la coagulopatía. Descartadas otras posibles causas (principalmente infecciosas), y dada la mejoría progresiva de las alteraciones de la coagulación, éstas se atribuyeron a la gestación trofoblástica.

Discusión

La mola hidatiforme con feto gemelar vivo es una patología obstétrica infrecuente. Si bien en la bibliografía encontramos numerosos artículos que describen las posibles complicaciones maternas, existen escasas referencias sobre las posibles complicaciones en el recién nacido, dadas las pocas ocasiones en que la gestación finaliza con un recién nacido vivo. En cuanto al manejo obstétrico, se recomienda continuar con la gestación si existe un feto gemelar vivo con cariotipo normal, mientras no aparezcan complicaciones maternas significativas. Dado que las complicaciones maternas son habituales, no son bien conocidos los posibles problemas que pueden presentar estos recién nacidos.

A partir de la presentación de este caso, hemos revisado la bibliografía existente, sin encontrar alteraciones de la coagulación previamente indicadas en recién nacidos vivos de gestaciones trofoblásticas. Describimos los resultados de esta búsqueda bibliográfica en la tabla 1. Sí se ha descrito riesgo tromboembólico y de coagulación intravascular diseminada en la gestante, secundario a la liberación de factores procoagulantes por el endotelio alterado. En este caso, creemos que dichos factores pudieron afectar al recién nacido.

Hemos querido presentar este caso, dado que es el único que encontramos en la bibliografía con alteraciones de la

coagulación en un recién nacido fruto de una gestación molar. El hecho de no hallar casos similares se debe probablemente a las pocas gestaciones de estas características que terminan con un recién nacido vivo. En el futuro deberíamos prestar atención a este nuevo aspecto, ya que puede constituir un riesgo añadido para el recién nacido de gestación trofoblástica. ■

Bibliografía

1. Ogura T, Katoh H, Satoh S, Tsukimori K, Hirakawa T, Wake N, et al. Complete mole coexistent with a twin fetus. *J Obstet Gynaecol Res.* 2006; 32: 593-601.
2. Margolis K, Maher M, Sidhu M. Complete hydatiform mole with coexisting normal fetus: report of two cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1999; 39(4): 511-513.
3. Vaisbuch E, Ben-Arie A, Dgani R, Perlman S, Sokolovsky N, Hagay Z. Twin pregnancy consisting of a complete hydatiform mole and coexisting fetus: report of two cases and review of literature. *Gynecol Oncol.* 2005; 98: 19-23.
4. Marcorelles P, Audrezet M, Le Bris M, Laurent Y, Chabaud J, Ferec C, et al. Diagnosis and outcome of complete hydatidiform mole coexisting with a live twin fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005; 118: 21-27.
5. True D, Thomsett M, Liley H, Chitturi S, Cincotta R, Morton A, et al. Twin pregnancy with a coexisting hydatiform mole and liveborn infant: complicated by maternal hyperthyroidism and neonatal hypothyroidism. *J Paediatr Child Health.* 2007; 43: 646-648.
6. Sebire N, Foskett M, Paradinas F, Fisher R, Francis R, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatiform mole and healthy co-twin. *Lancet.* 2002; 359: 2.165-2.166.
7. Khaskheli M, Khushk I, Baloch S, Shah H. Gestational trophoblastic disease: experience at a tertiary care hospital of SINDH. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2007; 17(2): 81-83.
8. Malhortra N, Deka D, Takkar D, Kochar S, Goel S, Sharma MC. Hydatiform mole with coexisting live fetus in dichorionic twin gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001; 94: 301-303.
9. Steller MA, Genest DR, Bernstein MR, Lage JM, Goldstein DP, Berkowitz RS. Natural history of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus. *Obstet Gynecol.* 1994; 83: 35-42.