

# Embarazo Molar con Feto Vivo Normal en Útero Bicorne

## Reporte de un Caso

Hernández Lara Madai<sup>1</sup>, Cordero Daniel Leticia<sup>2</sup>, Robledo González Mónica<sup>2</sup>, Israel Armando Tino Parra<sup>3</sup>,  
Fernández Martínez Sergio Carlos<sup>4</sup>

Unidad de Medicina Familiar Número 22. IMSS Teziutlán Puebla.

### Resumen

La enfermedad trofoblástica gestacional es un grupo de alteraciones en la gestación de comportamiento benigno y maligno, caracterizada por una proliferación de células sincitiales y de Langhans del trofoblasto, degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas y producción de gonadotropina coriónica humana, con o sin embrión o feto. La gestación coexistente con feto vivo normal ha sido clasificada en 3 grupos, el primero un embrión degenera a mola, mientras el otro permanece normal. Un segundo tipo es una gestación gemelar en la que un embrión degenera a mola parcial mientras el otro permanece normal. El tercer caso es un feto normal único con placenta molar parcial. El embarazo molar representa el 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. Mientras que las malformaciones mullerianas son un grupo de alteraciones ginecológicas que presentan una sintomatología variable, la cual fluctúa entre amenorrea primaria, dispareunia, disfunción sexual, dolor, masas pélvicas, endometriosis, hemorragia uterina anormal, infección, aborto recurrente espontáneo y parto prematuro, e incluso puede ser asintomática, el diagnóstico temprano en los casos sintomáticos, permite un tratamiento quirúrgico adecuado de cada anomalía, con el fin de evitar complicaciones ginecológicas y obstétricas, tales como: esterilidad, hematometra, piometra, gestación ectópica en cuerno rudimentario y restricción de crecimiento intrauterino. El embarazo molar con útero con variante anatómica es una alteración poco frecuente. El diagnóstico temprano, seguimiento prenatal estrecho y tratamiento multidisciplinario representan factores importantes para la viabilidad del recién nacido.

### Abstract

Gestational trophoblastic disease is a group of alterations in gestation with benign and malignant behavior, characterized by proliferation of syncytial and Langhans cells of the trophoblast, hydropic degeneration of chorionic villi, and production of human chorionic gonadotropin, with or without embryo or fetus. Coexisting gestation with a normal live fetus has been classified into 3 groups, the first one an embryo degenerates to mole, while the other remains normal. The third case is a single normal fetus with a partial molar placenta. Molar pregnancy represents 30% of gestational trophoblastic diseases; however, the incidence of partial mole with a live fetus is a rare manifestation, occurring in 1 in every 100,000 pregnancies. Whereas Mullerian malformations are a group of gynecological alterations that present variable symptoms, which fluctuate between primary amenorrhea, dyspareunia, sexual dysfunction, pain, pelvic masses, endometriosis, abnormal uterine bleeding, infection, recurrent spontaneous abortion and premature delivery, and It can even be asymptomatic, early diagnosis in symptomatic cases allows adequate surgical treatment of each anomaly, in order to avoid gynecological and obstetric complications, such as: sterility, hematometer, pyometra, ectopic pregnancy in rudimentary horn and growth restriction intrauterine. Molar pregnancy with an anatomical variant uterus is a rare alteration. Early diagnosis, close prenatal follow-up and multidisciplinary treatment represent important factors for the viability of the newborn.

**Palabras clave:** Embarazo Molar, Útero Bicorne. Enfermedad Trofoblástica, Gestación.

**Keywords:** Molar Embrace, Bicornuate uterus, Trophoblast Disease, Gestation.

La coexistencia de mola completa y feto vivo a término es una entidad raramente reportada en la literatura científica. El diagnóstico de sospecha se establece con la ecografía y la confirmación se logra a través del estudio anatomopatológico de tejidos. Las pacientes con mola completa tienen un riesgo del 12-20% de

<sup>1</sup>Residente de Tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar U.M.F. No. 22

Teziutlán. <https://orcid.org/0000-0002-2952-5746>

<sup>2</sup>Profesor Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar U.M.F. No. 22 Teziutlán.

<https://orcid.org/0000-0002-9646-3450> <https://orcid.org/0000-0002-1997-4118>

<sup>3</sup>Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar U.M.F. No. 22 Teziutlán.

<https://orcid.org/0000-0002-0256-7241>

<sup>4</sup>Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud U.M.F. No. 22

Teziutlán. <https://orcid.org/0000-0001-5651-8026>

desarrollar enfermedad trofoblástica persistente, de ahí la importancia del seguimiento estrecho. Presentamos un caso de diagnóstico precoz de mola completa coexistente con gestación normal.

## 1. CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 36 años de edad con embarazo de 35 semanas de gestación, acude al servicio de Urgencias por dolor obstétrico y sangrado transvaginal.

Antecedentes Heredo Familiares: Padre portador de DM2 con larga evolución, Madre portadora de Hipertensión Arterial Sistémica, con dos años de evolución.

Antecedentes Personales No Patológicos: Casada, católica, de profesión auxiliar contable, escolaridad licenciatura, habita casa propia hecha de material perdurables, habitada por dos personas, cuentas con dos habitaciones, cocina y baño, sin convivencia con animales, con adecuado manejo de excretas.

Antecedentes Personales Patológicos: Niega cronicodgenerativos. Alergias negadas, Cirugías negadas, Transfusionales Negadas. Toxicomanías Negadas.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: M:11años C: 28 x 5. G:3 A: 2 FUA: 2017. MP: Implante subdérmico (Retirado en 2020). FUM: desconoce.

Control Prenatal: Inicia control prenatal desde el primer trimestre del embarazo con cuatro consultas hasta el momento, con ingesta de folatos. No presenta laboratorios de control.

Padecimiento Actual: Acude por presentar sangrado transvaginal y dolor pélvico tipo obstétrico con tiempo de evolución de 6 horas, refiere actividad uterina con duración de cada contracción de 20 segundos cada 5 minutos, niega datos de vasoespasmo, niega hipomotilidad fetal, refiere sangrado transvaginal escaso.

Exploración Física: Signos vitales normales, Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, con adecuada coloración en tegumentos, normocéfalo, pupilas isocóricas normoreflexicas a la luz, narinas permeables, mucosa oral hidratada, tórax simétrico a la amplexión y amplexación, cardiaco rítmico sin agregados, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, no crepitantes no sibilancias, abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino de 37 cms, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, sin actividad uterina en el momento de la exploración, genitales de acuerdo a edad y género, se realiza tacto vaginal encontrado cérvix posterior dehiscente con escaso sangrado rojo rutilante al arrastre del guante.

Ultrasonido Obstétrico. 26 de junio del 2021: **Paciente con útero con probable variante anatómica (Bicorne vs Didelfo). En aparente cavidad derecha se señala** producto único vivo en situación longitudinal, presentación cefálica con el dorso hacia la derecha y hacia la izquierda de la línea media materna con movimientos activos y espontáneos al momento del presente estudio. La cabeza se mostró adecuadamente conformada sin datos de dilatación ventricular. La unión craneocervical se mostró íntegra al igual que el resto de la columna vertebral en todos sus segmentos. El tórax y el abdomen mostraron morfología y ecotextura característica sin alteración evidente. El corazón mostró sus cuatro cavidades con frecuencia cardíaca fetal de **143 latidos** por minuto. La somatometría fetal fue la siguiente: Diámetro biparietal 8.8 cm; circunferencia cefálica 32.5cm; circunferencia

abdominal 31.0 cm y longitud femoral de 6.7 cm, datos que promedian 35.3 semanas de gestación y un peso aproximado de **2575 g** según las tablas de Hadlock2.

La placenta se observó fúndica corporal anterior con grosor de 39 mm, con intensa calcificación de cotiledones a considerar grado 3 de maduración según Grannum, sin datos de desprendimiento. Líquido amniótico de ecogenicidad conservada con un índice de Phelan de 10.6. Cordón umbilical de tres vasos con adecuada saturación al Doppler color.

En aparente cavidad endometrial izquierda se observó imagen ocupante de espacio con aspecto en racimo de uvas, con sutil aspecto en copos de nieve, sin cambios morfológicos, actualmente con diámetros de 13.9 x 7.9 x 6.1 cm, sin vascularidad evidente al Doppler color.

Cérvix de contornos regulares con diámetros de 6.9 x 6.5 cm.

### 1.1 Conclusión

Producto único vivo en aparente cavidad endometrial derecha de 35.3 **semanas** de gestación en promedio por ultrasonido de morfología y ecotextura característica con fecha esperada de parto por US: **28 de julio de 2021**. **Placenta** fúndica corporal anterior **grado 3** de madurez con intensa calcificación de cotiledones sin datos de desprendimiento.

Líquido amniótico de ecogenicidad conservada con índice de **Phelan de 10.6**

Imagen ocupante de espacio en aparente cavidad endometrial izquierda como fue descrita sugestiva de probable mola hidatiforme.

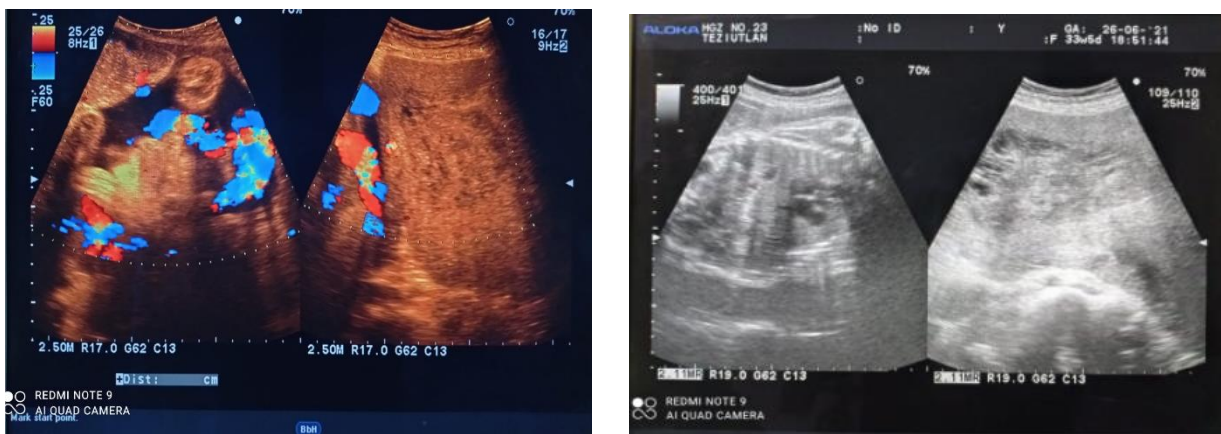


Imagen A

Imagen B

**Figura 1.** En imagen “A” e imagen “B” de color y escala de grises se observa imagen ocupante de espacio en cavidad izquierda con aspecto en racimo de uvas, y escasas imágenes en copos de nieve, con diámetros de 13.9x7.9x6.1 cm. Cavidad Endometrial derecha con feto de 35.3 semanas de morfología y ecotextura característica.

Puesto que se trataba de un embarazo con alta mortalidad y morbilidad y la paciente tenía paridad satisfecha se decide realizar cesárea- histerectomía a la semana 37 de gestación, obteniendo femenina de 2.700 gramos, con Capurro de 37 semanas y APGAR de 9/9. Con reporte de patología de proliferación anormal de trofoblasto,

vesículas y vellosidades hidrópicas. Se continuo seguimiento de paciente semanal con cuantificación de B-hCG para vigilancia de descenso de la misma en el servicio de Ginecología.

## 2. INTRODUCCIÓN

Según la definición clásica de Hertig, la mola hidatiforme se caracteriza por: degeneración hidrópica, edema del estroma vellositario, ausencia de vascularización en las vellosidades coriales y proliferación del epitelio trofoblástico. Se conserva la estructura diferenciada vellositaria [1]. Los síntomas clínicos más frecuentes son el sangrado vaginal y la hiperémesis gravídica. Se clasifica en mola hidatiforme completa o incompleta y su incidencia es de 3 por cada 1000 embarazos y de 1-3 por cada 1000 embarazos, respectivamente [2]. Incluye cuatro formas clínico-patológicas: mola hidatiforme, mola invasora, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del sitio placentario [3].

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 [3].

## 3. EPIDEMIOLOGÍA

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. Otro escenario excepcional es la enfermedad trofoblástica gestacional (mola parcial) con feto vivo, cuya incidencia se estima en 1 por cada 100,000 casos [4].

El antecedente de un embarazo molar por sí solo aumenta el riesgo de un subsecuente embarazo molar, recurriendo en general en el 0.6 al 2.6% de los casos [4]. El riesgo de presentar un segundo embarazo es mayor si se trata de una mola completa, este riesgo aumenta después de un segundo embarazo molar y disminuye después de un embarazo normal [4].

En la población general un tercer embarazo molar es raro, con excepción de aquellas pacientes con predisposición genética a múltiples embarazos molares, siendo difícilmente distinguible por hallazgos patológicos de aquellos casos de embarazo molar de origen adrogenético con bajo riesgo de recurrencia. Entre los factores de riesgo de enfermedad trofoblástica gestacional destacan los antecedentes de: enfermedad trofoblástica gestacional en el embarazo previo, la edad de la madre mayor de 35 y menor de 20 años, pérdidas gestacionales y tener tipo de sangre A o AB [5].

## 4. INTRODUCCIÓN

El desarrollo normal del tracto reproductivo femenino implica una serie de procesos complejos caracterizados por la diferenciación, la migración, la fusión y la posterior canalización del sistema mülleriano. Las anomalías müllerianas se caracterizan por un fallo en el desarrollo, la fusión o la canalización de los conductos de Müller

y abarcan desde la agenesia de útero y/o trompas, a un leve defecto caracterizado por una leve indentación del fondo uterino [6].

Las malformaciones congénitas Mülllerianas son una entidad clínica de relevancia, más significativa en pacientes que se encuentran en edad reproductiva. La verdadera prevalencia de las malformaciones mülllerianas se desconoce, en vista de que muchas de estas son subdiagnosticadas debido a que varias pacientes son asintomáticas y su capacidad reproductiva no se deteriora, aunque se estima que se presenta en 6,7% de mujeres en edad fértil. [7]

## 5. FISIOPATOLOGÍA

La enfermedad trofoblástica gestacional suele asociarse con niveles extremadamente altos de hormona gonadotropina coriónica humana (B-hCG) [8]. La B-hCG se usa como marcador para enfermedad trofoblástica gestacional y niveles mayores de 100.000 mUI/ml sugieren una mola completa. Sin embargo, la presencia de falsos resultados bajos de B-hCG ha sido descrita en la literatura. Dichos niveles se explican por el «efecto gancho»; este fenómeno falsea los niveles de B-hCG por sobresaturación de los anticuerpos empleados para la detección de esta hormona y es más frecuente con niveles de B-HGC mayores de 500.000 mUI/ml [8]. Por todo esto, la B-HGC tiene un valor limitado cuando se usa de forma aislada para el diagnóstico de las gestaciones molares y siempre ha de evaluarse conjuntamente con los demás datos clínicos [8].

La mayoría de las molas hidatiformes son diploides androgénicas (dos conjuntos cromosómicos de origen paterno) y no presentan desarrollo embrionario. Se ha propuesto que el 90% surge de forma secundaria a la fertilización de un óvulo vacío con duplicación del contenido espermático, resultando en un complemento cromosómico 46 XX. En el 10% de los casos restante, se cree que existe una fertilización de un óvulo vacío por dos espermatozoides con la misma probabilidad de ser 46 XX o 46 XY [9].

Ante la ausencia de óvulos vacíos en los procedimientos de biología de la reproducción, se ha propuesto como mecanismo de formación, la reducción del contenido cromosómico a dos conjuntos de cromosomas (diploidización) posterior a una concepción triploide (tres conjuntos de cromosomas). La teoría se origina con la formación de una concepción con tres complementos cromosómicos, siendo dos de origen paterno y uno de origen materno (triploide diándrica), usualmente por la fertilización de un solo óvulo por dos espermatozoides o por un espermatozoide diploide (dos complementos cromosómicos). El cigoto triploide con tres pronúcleos puede mantener el estado de triploidía o puede tener una división celular anormal resultado en una mola completa diploide androgénica por pérdida del pronúcleo materno [9].

## 6. CLASIFICACIÓN MALFORMACIONES MÜLLERIANAS

Las malformaciones mülllerianas más frecuentes son: útero septado, bicorne, arcuato, didelfo, unicornes e hipoplasia uterina. El éxito en los resultados del embarazo varía en las principales malformaciones como el útero bicorne, doble y unicornes tabicado; el mejor resultado se ve en el útero bicorne, con una supervivencia en la mayoría de los fetos, y el unicornes tabicado presentaría los resultados menos favorables [10]. El útero doble presenta una sobrevida intermedia respecto a las otras anomalías, con tan solo 20 a 30 % de probabilidades de llevar el embarazo a término. La complicación más temible es la rotura uterina, que se produce al nivel del punto de unión de los dos cuerpos uterinos alrededor de las 28 semanas de gestación,



aunque el parto puede evolucionar repetidas veces con toda regularidad hasta el punto que la duplicidad uterina pase completamente inadvertida y solo por casualidad se le descubre más adelante [10].

La probabilidad del feto de nacer vivo es de 37% con una alta incidencia de complicaciones antenatales: aborto espontáneo 38,9%, hemorragia anteparto 33,3%, preeclampsia 11,1% y enfermedad trofoblástica gestacional persistente 16,7% [11].

## 7. CLASIFICACIÓN DE GESTACIÓN MOLAR COEXISTENTE CON FETO VIVO NORMAL

La gestación molar coexistente con feto vivo normal ha sido categorizada en 3 grupos. Lo más común es una gestación gemelar en la que un embrión degenera a mola mientras el otro permanece normal. Un segundo tipo es una gestación gemelar en la que un embrión degenera a mola parcial mientras el otro permanece normal. El tercer caso y más infrecuente es un feto normal único con placenta molar parcial [12]. Las molas parciales suelen asociarse con fetos triploides, siendo entonces evidente la indicación de terminar la gestación. El feto puede ser normal en una gestación molar con mola completa, por lo que el embarazo se puede continuar siempre que la salud de la madre permanezca estable [13].

Hasta el momento se han reportado 200 casos de gestación gemelar con mola hidatiforme completa documentados en la literatura, de los cuales solo 56 terminaron en parto de feto vivo y ninguno de esos partos fue logrado espontáneamente como en nuestro caso [13].

## 8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico prenatal de mola coexistente con feto vivo se basa en la clínica, examen físico, hallazgos ecográficos y datos bioquímicos. Los signos más frecuentes incluyen sangrado vaginal, dolor pélvico, útero agrandado para edad gestacional, hiperémesis, hipertiroidismo y preeclampsia precoz. Sin embargo, estas condiciones no están siempre presentes, lo que dificulta el diagnóstico enormemente [14]. El diagnóstico de mola completa coexistente con un feto vivo normal puede ser hecha por la evaluación clínica, medición de las concentraciones de gonadotropina coriónica humana y ultrasonido abdominal. El diagnóstico de sospecha se realiza a través de la ecografía, los hallazgos típicos de la mola completa consisten en una colección sólida con patrón quístico complejo que produce una apariencia de «tormenta de nieve» causada por las vesículas se encuentran en el rango de 1 a 30 mm de diámetro y se ven aumentadas de tamaño con la edad gestacional. Con la presencia de un feto coexistente puede ser más difícil hacer el diagnóstico, especialmente en el tercer trimestre [14].

## 9. TRATAMIENTO

El manejo de embarazo molar coexistente con feto normal sigue siendo controvertido. En ausencia de cariotipo fetal anormal, malformaciones o complicaciones maternas se puede continuar la gestación bajo control estricto, siempre que la madre acepte los riesgos existentes Steller et al. sugirieron que el riesgo de aparición de enfermedad trofoblástica persistente y de progresión a enfermedad metastásica era más alto en casos de mola completa coexistente con feto vivo que en la mola completa aislada, algunos autores recomiendan el uso de la amniocentesis para determinación del cariotipo fetal [15].

El uso de la amniocentesis debe ser beneficioso en la toma de decisiones. Se esperaría que un feto con triploidía tuviera malformaciones severas y por tanto se recomienda la culminación del embarazo. En fetos diploides y viables (46 XX o 46 XY de orígenes maternos y paternos) con placenta normal se puede permitir que el embarazo continúe [15].

En el caso de embarazo temprano, Bruchim recomienda su interrupción cuando el diagnóstico se hace en la primera mitad del embarazo, sin embargo, este autor aconseja un manejo expectante si no se detectan malformaciones y el cariotipo es normal [16]. Es poca la información sobre el manejo de los fetos vivos luego de la semana 22 hasta el parto. Lin reporta la necesidad de terminación del embarazo en 40 % de los casos por complicaciones médicas [16]. Posterior al parto se puede presentar enfermedad trofoblástica persistente, más frecuentemente en mola completa y feto vivo (21%), pero también descrita en el 1% en los casos de mola parcial. Por esta razón, se hace seguimiento semanal de la gonadotropina coriónica humana fracción beta (B GCH) una vez terminada la gestación hasta que sea negativa [16].

## 10. DISCUSIÓN

Existe un dilema importante, tanto para los médicos como para los padres, en la decisión de continuar o finalizar la gestación cuando se diagnostica este tipo de embarazo y, sobre todo, cuando la gestación ya está avanzada. Algunos autores recomiendan la finalización inmediata en los casos en que haya riesgo de desarrollar una preeclampsia o una enfermedad trofoblástica persistente [16]. Otros autores defienden que, en ausencia de anomalías fetales o preeclampsia, puede permitirse continuar la gestación, independientemente del riesgo de desarrollar enfermedad trofoblástica persistente, excepto en los casos en que la paciente tenga un riesgo muy elevado de manifestar esta enfermedad [17]. Sin embargo, la información citogenética, tanto de la mola como del feto, parece ser insuficiente en la decisión de si continuar o interrumpir la gestación. Otros autores sugieren que la disminución progresiva de los valores séricos de B-HCG y un cariotipo normal son requerimientos para un manejo expectante de esos casos hasta que alcancen una edad gestacional viable. Las indicaciones absolutas para una evacuación inmediata incluyen el desarrollo de preeclampsia, metrorragia importante difícil de tratar, hipertiroidismo y la evidencia de una embolización trofoblástica [17].

Casos como el reportado continúa siendo controversial. La posibilidad de supervivencia fetal debe ser contrapuesta a los riesgos esperados de complicaciones maternas, y por esta razón, varios de los casos reportados han sido manejados con la interrupción inmediata del embarazo. Sin embargo, algunos autores apoyan la idea del manejo conservador bajo estricta vigilancia y hospitalización de la paciente.

## REFERENCIAS

- [1] Andrea Espinoza Artavia, Roxana Fernández Vaglio, Thania Solar Del Valle, Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias Update in gestational trophoblastic pathology: hydatidiform mole and neoplasias. Revista Médica Sinergia Vol.4 Num: 5 - mayo 2019 pp: 44 – 5.
- [2] Carrillo Bermúdez, Lourdes, Alonso Llanes, Yaima, Gutiérrez Herrera, Miguel, Couret Cabrera, Martha Patricia, Festary Casanova, Aimeé, & Pino Rivera, Gwendolyn. (2018). Mola hidatiforme parcial del segundo trimestre. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 44(2), 1-11.
- [3] 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.

- [4] 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>.
- [5] C.I. Galaz-Montoya, G. Razo-Aguilera, P. Grether-González, M. Aguinaga-Ríos. (2015). Aspectos genéticos de la mola hidatidiforme. Genetic aspects of hydatidiform mole. *Perinatología y Reproducción Humana*. Volumen 29, Issue 3, July–September 2015, Pages 113-117
- [6] Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2014) Anomalías congénitas del útero Vol. 57. Núm. 4. páginas 191-200 (abril 2014).
- [7] PEREZ AGUDELO, LUIS ERNESTO. ANOMALÍAS MÜLLERIANAS: REVISIÓN. *rev.fac.med [en línea]*. 2007, vol.15, n.2, pp.251-260. ISSN 0121-5256.
- [8] DURON GONZALEZ, Rodrigo and BOLANOS MORERA, Pamela. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Med. leg. Costa Rica [online]*. 2018, vol.35, n.1, pp.30-43. ISSN 2215-5287.
- [9] Sara Tato Varela, María Nieves Cabezas Palacios. (2015). Mola completa coexistente con feto vivo normal: caso clínico y revisión de la literatura. Vol. 58. Issue 6. pages 287-290 (June - July 2015)
- [10] Valdés Yong, Magel, & Hernández Núñez, Jonathan. (2015). Diagnóstico ecográfico de embarazo en útero doble. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(2), 180-189.
- [11] Ravello G, I., Sáez C., J., Poblete V., A., Altamirano, R., & Solari D, M. (2019). Reporte de un caso: Embarazo gemelar con un feto vivo y mola completa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(2), 136-141.
- [12] Molina Maldonado, Juan Carlos, Torrico Aponete, William Alexander, & Torrico Aponete, Edgar. (2010). COEXISTENCIA DE MOLA HIDATIFORME PARCIAL CON FETO VIVO DE TERMINO. *Gaceta Médica Boliviana*, 33(2), 51-54. Recuperado en 09 de noviembre de 2021.
- [13] LABARCA-ACOSTA, María; TORRES-CEPEDA, Duly y REYNA-VILLASMIL, Eduardo. Mola hidatiforme completa y feto vivo a término coexistente: Reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez [online]*. 2014, vol.74, n.1, pp. 62-65. ISSN 0048-7732.
- [14] HUAMAN G, Moisés; QUIROGA DE MICHELENA, María Isabel; ST. MARTIN, Brad y HUAMAN, Moisés. *Rev. Perú. ginecol. obstet. [online]*. 2016, vol.62, n.3, pp.269-277. ISSN 2304-5132. Diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas: Chorionic villous sampling and amniocentesis for fetal karyotyping Biopsia de vellosidades coriales y amniocentesis para cariotipo fetal.
- [15] Andrés Mauricio Camacho-Montaño, Reinaldo Niño-Alba. 2020. Mola Parcial Con Feto Vivo, Complicado Con Restricción De Crecimiento Intrauterino Y Preeclamsia Severa. Reporte De Caso Y Revisión De La Literatura. Wed, 30 Sep. 2020 en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*.
- [16] Freddy Maita Quispe, Alfredo Villarroel Goitia. Erwin Hochstatter. Andrea Gonzales Vargas. 2015. Embarazo gemelar bicorial, uno con mola completa y el otro con feto vivo con displasia septo-óptica. *Gac Med Bol* 2015; 38 (2):62 – 65.
- [17] Raquel García Rodríguez, Margarita Medina Castellano, M. Ángeles Nieto Naya. 2008. Gestación gemelar bicorial biamniótica con un feto vivo y una mola parcial del otro gemelo. *Elsevier. Progresos de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 51. Núm. 2. páginas 104-108 (febrero 2008)

Correo autor: [sergio.fernandezm@imss.gob.mx](mailto:sergio.fernandezm@imss.gob.mx)