

# Reporte de Caso

## Enfermedad trofoblástica gestacional (mola) en paciente con útero didelfo bicollis y tabique vaginal longitudinal: Revisión de la literatura y reporte de caso

### *Gestational trophoblastic disease (Mola) in a patient with didelfo bicollis uterus and longitudinal vaginal septum: Literature review and Case Report*

MARÍA ADELAIDA VÉLEZ<sup>1</sup> , KARINA ARDILA GÓMEZ<sup>2</sup> 

#### Resumen

**Objetivo:** Reportar el caso de una paciente que presenta enfermedad trofoblástica gestacional, tipo mola asociado a útero didelfo, bicollis y tabique vaginal longitudinal en una clínica de tercer nivel de la ciudad Cali, año 2020. **Presentación del caso:** Se presenta el caso de una paciente de 24 años sin antecedentes de importancia, con dolor hipogástrico y sangrado vaginal moderado con BHCG 226.773, perfil hepático normal, creatinina normal y ecografía que reporta alteración mülleriana de tipo útero bicorne, didelfo y gestación de viabilidad incierta de tipo mola, por lo que se remite para realización de vacum. Patología que comprueba la presencia de mola hidatiforme completa. **Conclusiones:** la presentación de enfermedad trofoblástica gestacional en este caso de mola completa asociada a una alteración mülleriana de tipo útero didelfo bicollis con tabique vaginal longitudinal es de una incidencia incierta, existen pocos casos en el mundo registrado de la concomitancia de dichas patologías. Por lo tanto, la sospecha clínica de las alteraciones müllerianas, la adecuada valoración ecográfica y el seguimiento de la BHCG establecerá un enfoque diagnóstico y terapéutico.

**Palabras Clave:** Enfermedad trofoblástica gestacional; Mola; Útero didelfo; Bicollis; Tabique vaginal longitudinal.

#### Abstract

**Objective:** To report the case of a patient with gestational trophoblastic disease, mola type associated with uterus didelphys, bicollis and longitudinal vaginal septum in a third level clinic in the city of Cali, year 2020. **Case presentation:** We present the case of a 24-year-old patient with no relevant history, hypogastric pain and

<sup>1</sup> Docente, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. Ginecóloga y obstetra, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia, Ecografista, Universidad de Buenos Aires, Argentina. e-mail: [madelaida8@gmail.com](mailto:madelaida8@gmail.com)

<sup>2</sup> Docente, Universidad Remington, Medellín, Colombia. Médico, Universidad Pontificia Bolivariana, Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. e-mail: [kariardila@gmail.com](mailto:kariardila@gmail.com)

Recibido: mayo 7 de 2021

Revisado: mayo 21 de 2021

Aceptado: mayo 29 de 2021

Cómo citar: Vélez MA, Ardila Gómez K. Enfermedad trofoblástica gestacional (mola) en paciente con útero didelfo bicollis y tabique vaginal longitudinal: Revisión de la literatura y reporte de caso. *Rev Colomb Salud Libre*. 2021; 16 (1): e617413.

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2021v16n1.7413>

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2021v16n1.7413>

moderate vaginal bleeding with BHCG 226.773, normal liver profile, normal creatinine and ultrasound that reports müllerian conditions of the bicornuate uterus, didelphys and pregnancy. of uncertain feasibility of the mola type, for which it is sent for the realization of a vacuum. Pathology that proves the presence of complete hydatidiform mole. **Conclusions:** the presentation of gestational trophoblastic disease in this case of complete mole associated with a müllerian lesion of the uterus didelphys bicollis type with longitudinal vaginal septum is of uncertain incidence, there are few cases in the world recorded of the concomitance of these pathologies. Therefore, clinical suspicion of Müllerian abnormalities, adequate ultrasound evaluation, and follow-up of the BHCG established a diagnostic and therapeutic approach.

**Keywords:** Gestational trophoblastic disease; Uterus didelphys; Bicollis; Longitudinal vaginal septum.

## Introducción

El útero didelfo es una anomalía mülleriana que se produce tras a una disfunción en la unión de los conductos müllerianos como resultado de una perturbación en la organogénesis, generando como resultado dos cavidades uterinas y dos cérvix que se fusionan en el segmento inferior del útero. Dicha malformación puede estar asociada con la presencia de: Septo vaginal longitudinal o septo unilateral, que al final da como resultado una hemivagina<sup>1</sup>.

La verdadera prevalencia asociada de enfermedad trofoblástica y alteración mülleriana es desconocida, la enfermedad trofoblástica gestacional puede tener implicación maligna progresiva (1 % de los tumores ginecológicos), siendo el embarazo molar la forma mas frecuente y benigna de estas hasta en un 80 % de los casos. Se documenta ecográficamente con un aumento del tamaño de uno de los polos uterinos del útero bicorne con una masa densa central ecogénica con múltiples lesiones vesiculares en su interior con aspecto de racimo de uvas, sin asociación con estructuras embrionarias en su interior<sup>1</sup>.

Sin embargo, se conoce la incidencia de anomalías en los conductos müllerianos entre 0,5 y 5,0%. Aproximadamente el 11% de las malformaciones uterinas son úteros didelfos<sup>2</sup>.

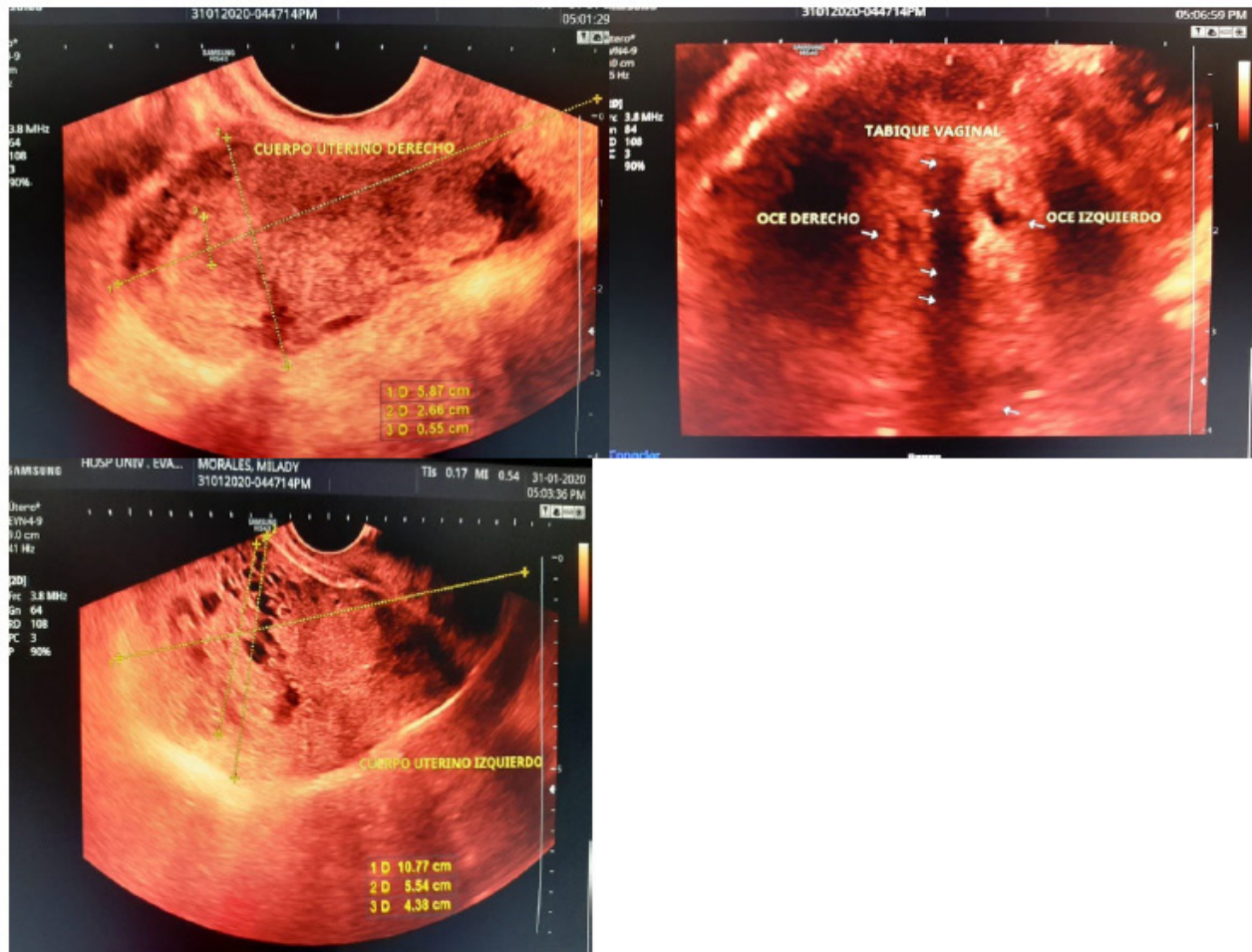
## Reporte de caso

Paciente de 24 años de edad, G2A1P0, sin antecedentes personales de importancia, que consulta al servicio de urgencias por cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en dolor en región hipogástrica tipo cólico con EVA 6/10 asociado a sangrado vaginal moderado, con FUR (04/11/2019) y con ecografía del 30 /12/2019 que reporta útero bicorne de 87x 45x 62 mm, ecogenicidad miometrial homogénea con embarazo de viabilidad incierta con cérvix 38 mm y reporte de paraclínicos: BHCG inicial de 100.000, paciente solicita salida acusando problemas familiares, posteriormente reingresa al mes a la institución por persistir con sangrado vaginal, por lo que se toma nueva BHCG 226.773, perfil hepático normal, creatinina normal.

Al examen genital externo se evidencia normo configurados, al tacto vaginal doble cérvix, especuloscopia donde se confirma la duplicidad cervical además de tabique vaginal en tercio superior de vagina evidenciado de forma complementaria con hallazgos ecográficos (Figura 1), clínicos y paraclínicos.

Paciente con mola asociada a enfermedad mülleriana que requiere ser remitida a un nivel de mayor complejidad para realización de extracción de mola por Vacum, en la institución nivel III donde se confirman hallazgos descritos, inician maduración cervical y posteriormente realizan evacuación con vacum, realizada en seguimiento de la paciente sin complicaciones, egreso, y posterior reporte de patología que confirma: mola hidatiforme completa con BHCG que disminuye en el seguimiento bioquímico posterior.

Figura 1. Visualización ecográfica del cuerpo uterino derecho e izquierdo, tabique vaginal, orificio cervical externo derecho e izquierdo



Fuente: Imagen propiedad de los autores.

## Discusión

Las anomalías del conducto mülleriano son alteraciones anatómicas congénitas que se producen a causa de una perturbación en la fusión de los conductos müllerianos que ocurre aproximadamente a las 6 semanas de gestación cuando los conductos müllerianos comienzan a emparejarse y crecer caudalmente y cruzar los conductos de Wolf para unirse en la línea media en donde se producen tres fases ( fusión, reabsorción e inducción vaginal) provocándose de forma ordenada desde la semana 9 hasta la semana 22 de gestación ; En el útero didelfo existe un paro embriológico durante la semana 8 de gestación que finalmente afecta los conductos müllerianos y metanefricos<sup>3</sup>.

Estas alteraciones se asocian con mayor riesgo de infertilidad, trastornos menstruales y complicaciones obstétricas, desestimando el riesgo de enfermedad trofoblastica y oncológica concomitante<sup>4</sup>.

Además, en este caso la paciente tiene alteración mulleriana de tipo útero bicorne bicollis mas la presencia de un Tabique Vaginal Longitudinal (TVL) que se presenta por la no división entre los ductos müllerianos fusionados de abajo hacia arriba, la forma completa se asocia hasta un 45 % de los úteros didelfos.

Con respecto a la presentación de la enfermedad trofoblastica tipo mola completa cuya etiología se produce por

una gametogénesis y fertilización anormal (alteración asociada en NLRP7 en el cromosoma 19q13 y KHDC3L en el cromosoma 6). El 80-90% de las molas completas es el resultado de la fertilización de un ovulo vacío con un espermatozoide haploide el cual posteriormente duplica sus cromosomas. Los factores de riesgo mas importantes para desarrollar un embarazo molar son los extremos de edad reproductiva (mujeres < 15 años o > 45 años) y el antecedente de un embarazo molar previo. El riesgo de desarrollar un segundo embarazo molar tras uno previo es de 1- 2%; existen otros factores de riesgo asociados como la etnia, la raza (asiáticas, blancas) y el uso de anticonceptivos<sup>5</sup>.

La progresión de la mola hidatiforme completa y parcial hacia una Neoplásica Trofoblástica Gestacional (HTG) se presenta en aproximadamente un 15 y 20% de los casos respectivamente, cuya presentación histológica tiene formación de cisternas, proliferación trofoblastica y ausencia de partes fetales. La atipia citológica y las figuras mitóticas son también comunes.<sup>6</sup>

Los síntomas clínicos de la mola completa son sangrado vaginal en un 46 % y dolor abdominal. Debido a la contribución del diagnostico ecográfico y a su enfoque temprano durante el primer trimestre con métodos ultrasonográficos muchas de las molas se presentan asintomáticas y la mejoría en el diagnostico asociado a estudios paraclínico como la HCG cuyos niveles usualmente se encuentran mayores a los de un embarazo normal (> 100,000 mui/ml) se ha evidenciado que en las molas completas vs las parciales los niveles de HCG son mayores en la primera.<sup>7</sup>

Con respecto al abordaje terapéutico de esta entidad teniendo en cuenta los deseos de fertilidad de la paciente el método de elección es la evacuación del embarazo molar por medico de succión independiente del tamaño de los polos uterinos, verificando que se encuentre en el polo uterino en el cual se encuentre la mola se debe tener muy presenta

la alteración mulleriana para asegurar la extracción completa de la mola, al comenzar este abordaje se recomienda una infusión de oxitócica y mantenerla algunas horas posterior para mejorar la contractilidad uterina con el fin de promover la evacuación de restos de tejido y disminuir el riesgo posterior de hemorragia obstétrica por parte de la paciente. Otra de las medidas importantes durante el abordaje terapéutico es la administración de inmunoglobulina anti - D en pacientes Rh negativas a la hora del procedimiento ya que el factor RhD se expresa en el trofoblasto<sup>8</sup>.

La realización del aspirado uterino se recomienda sea realizado con cánula de succión de 12-14 mm con el objetivo de disminuir el riesgo de lesión uterino, preservación de órgano y evacuación completa de la lesión, en pacientes con paridad satisfecha se recomienda la histerectomía ya que disminuye la necesidad de quimioterapia subsecuente al eliminar el riesgo de invasión biometría en caso de enfermedad trofoblastica persistente, ya que en las que se considere que tiene algo riesgo de recurrencia por ejemplo las pacientes en las cuales este es su segundo embarazo molar, se puede administrar metotrexate o actinomicina D de forma profiláctica después de la evacuación del embarazo molar ya que se ha evidenciado una asociación en la disminución de la incidencia de la NTG<sup>9</sup>.

Con respecto al seguimiento de las pacientes con embarazo molar en útero didelfo bicollis y TVL se recomienda realizar medición cuantitativa de HCG, hemograma, pruebas de la coagulación, perfil hepático, renal, electrolitos, RH, VIH, serología, hepatitis B, Rx de tórax y ultrasonografía. la medición de la HCG debe realizarse semanal hasta dos semanas después de que se normalice, posteriormente se debe realizar mediciones mensuales por dos a 6 meses y posteriormente cada 2 meses por 6 meses mas, con la indicación de uso de ACOS por lo menos 6 meses después de que los niveles de HCG se normalicen<sup>10</sup>.

## Conclusión

la asociación de enfermedad trofoblástica gestacional en este caso de mola completa asociada a una alteración mülleriana de tipo útero didelfo bicollis con tabique vaginal longitudinal es de una presentación incierta, existen pocos casos en el mundo registrado de la concomitancia de dichas patologías.

Es importante la sospecha clínica de las alteraciones müllerianas y la adecuada valoración ecográfica para establecer el adecuado enfoque tanto diagnóstico como terapéutico de dicha entidad.

## Declaración conflictos de interés

Los autores no declaran conflicto de interés.

## Fuente de Financiación

Autores.

## Agradecimientos

A la paciente, sus familiares y personal de la Clínica en donde se realizó este hallazgo, gratitud por su colaboración para el desarrollo de este trabajo.

## Referencias

1. Artavia, A. E., Vaglio, R. E. F., & Del Valle, T. S. (2019). Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. *Revista Médica Sinergia*, 4(5), 44-59.
2. López-Olmos, J., & del Rio, J. V. (2014). Útero didelfo, bicollis y tabique vaginal longitudinal, causa de aborto habitual. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 41(3), 134-137.
3. Stamatopoulos, N., Espada Vaquero, M., Leonardi, M., Nadim, B., Bailey, A., & Condous, G. (2020). Pre-operative classification of molar pregnancy: How good is ultrasound? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
4. Berkowitz, R. S., & Goldstein, D. P. (2009). Molar pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 360(16), 1639-1645.
5. Vercellini P, Daguati R, Somigliana E, Viganò P, Lanzani A, Fedele L. Asym- metric lateral distribution of obstructed hemivagina and renal agenesis in women with uterine didelphys: institutional case series and a systematic literature review. *Fertil Steril*. 2007;87:719e24.
6. Chan YY, Jayaprakasan K, Tan A. Reproductive outcomes in women with congenital uterine anomalies: a systematic re- view. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011; 38: 371-382.
7. Junqueira BL, Allen LM, Spitzer RF, Lucco KL, Babyn PS, Doria AS. Müllerian duct anomalies and mimics in children and adolescents: correlative intraoperative assessment with clinical imaging. *Radiographics*. 2009; 29: 1085-1103.
8. Ballester AN, Pérez-Caballero FA, Climent PS, Ramón CD, Castellón ES (2014) Anomalías de los conductos de Müller: conceptos básicos e imagen. *Radiología* 56: 22.
9. Grimbizis, G, Campo, R, Sánchez, J. Congenital malformations of the female genital tract: the need for a new classification system. *Fertility and Sterility*. 2010;94(2): 401-403.
10. Grimbizis, G, Gordts, S, Di spiezio, A. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Human Reproduction*. 2003;28(8): 2032-2044.