

Caso Clínico: Mola Hidatiforme Parcial. Resolución Obstétrica

Juan David Espinoza Cárdenas ¹, Álvaro Leonardo Beltrán Vidal ², María Daniela Pozo Ocampo ².

1. Ministerio de Salud pública Ecuador. Red complementaria de salud.
2. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Universidad del Azuay. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga - IESS.
3. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Instituto de Seguridad Social IESS, Cuenca-Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Juan David Espinoza Cárdenas
Correo Electrónico: david.gec@hotmail.com
Dirección: Víctor Manuel Alborno y Alicia Ordoñez
Código Postal: EC010210
Teléfono: [+593] 983815154

Fecha de Recepción: 25-10-2017
Fecha de Aceptación: 10-11-2017
Fecha de Publicación: 30-11-2017

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Espinoza J, Beltrán A, Pozo M. Caso Clínico: Mola Hidatiforme Parcial. Resolución Obstétrica. Rev Med HJCA 2017; 9(3): 291-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.3.cc.47>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2017 Espinoza J, et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La mola hidatiforme parcial es una enfermedad del tejido trofoblástico que se caracteriza por presentar sobrecrecimiento del mismo, con feto presente, sus manifestaciones tanto clínicas como de laboratorio indican que puede transformarse en tumor de características malignas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años de edad de 17.1 Semanas de Gestación (SG) por fecha de última menstruación (FUM), con presencia de sangrado rojo rutilante hace 9 horas, vómitos postprandiales durante todo embarazo, niveles de hormona gonadotropina coriónica fracción B (BHCG) 90000 mUI/ml, ecografía que reporta placenta multiquística en patrón de racimo de uvas con presencia de feto vivo.

EVOLUCIÓN: Paciente es sometida a un aborto terapéutico modo parto y legrado, presenta un valor de BHCG 25000 mUI/ml, se realiza evaluación periódica de BHCG, a los 15 días después del procedimiento presenta un nivel de BHCG de 470 mUI/ml, al mes presenta un valor de BHCG de 183 mUI/ml. Se optó por administrar manejo anticonceptivo mediante Drospirenona + Etinilestradiol mínimo por 6 meses, al segundo mes de BHCG disminuye a 86 mUI/ml, ecografía de control con reporte normal, a los 4 meses el valor de BHCG reportado es < 1 mUI/ml por lo cual oncología decide el alta médica definitiva.

CONCLUSIONES: Según datos bibliográficos la presentación de la enfermedad es muy similar a la del caso expuesto, siendo una rara afección del tejido trofoblástico, que mediante un pronto diagnóstico y manejo, tuvo un desenlace y evolución favorable, llegando a una resolución completa de la enfermedad.

PALABRAS CLAVES: MOLA HIDATIFORME, GONADOTROPINA CORIÓNICA, VELLOSIDADES CORIÓNICAS.

ABSTRACT

Case Report: Partial Hydatiform Mole Obstetric Resolution.

BACKGROUND: *The partial hydatid mole is a disease of trophoblastic tissue characterized by trophoblastic overgrowth with a fetus present, both clinical and laboratory manifestations that indicate being able to transform into a tumor of malignant characteristics.*

CASE REPORT *A 28-year-old patient 17.1 gestation weeks, with red bleeding 9 hours ago, postprandial vomiting throughout pregnancy, BHCG 90000 mUI/ml levels, ultrasound that reports a multicystic placenta in the form of a honeycomb of bees with presence of vivid fetus.*

EVOLUTION: *Patient is submitted to therapeutic abortion in the mode of delivery and curettage presents a BHCG value of 25000 mUI/ml, a periodic evaluation of BHCG is performed, 15 days after the procedure has a BHCG level of 470 mUI/ml, a monthly BHCG value of 183, it was decided to administer contraceptive management by means of Drospirenona + Etinilestradiol minimum for 6 months, the second month of BHCG decreases to 86 mUI/ml, control ultrasound with normal report, at 4 months the value of BHCG reported is < 1 mUI/ml for which oncology decides high definitive medical.*

CONCLUSIONS: *According to bibliographical data the presentation of the disease is very similar to that of the exposed case, being a rare affection of the trophoblastic tissue, which through a prompt diagnosis and management had a favorable outcome and evolution, reaching a complete resolution of the disease.*

KEYWORDS: HYDATIDIFORM MOLE; CHORIONIC GONADOTROPIN; CHORIONIC VILLI.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional, al ser una triploidia, se caracteriza por la proliferación anormal del trofoblasto, desde el punto de vista histológico se dividen en: mola hidatiforme que se reconoce por la presencia de vellosidades y a su vez se subdivide en completa, incompleta e invasora. Y la neoplasia trofoblástica no molar, que carece de vellosidades, dentro de esta: coriocarcinoma, tumor trofoblástico placentario y tumor trofoblástico epiteloide [1].

Se estima que 1 de cada 1200 embarazos presentan enfermedad trofoblástica en Estados Unidos, en América del sur se presentan de 1.5 a 6 casos por cada 1000 embarazos, aumentando el riesgo en mujeres embarazadas < 16 años y > 36 años, duplicándose el riesgo en mayores de 40 años. Pacientes con mola completa previa el riesgo de padecer otra mola es del 1.5 % y con una mola parcial previa el riesgo aumenta al 2.7 %. La mortalidad en un diagnóstico y tratamiento temprano se acerca al 0 %. El 20 % de mujeres presentan mola hidatiforme completa, y el 2 al 3% de pacientes con mola hidatiforme parcial. La mayoría de mujeres con mola hidatiforme desarrollan malignidad, sin embargo, el diagnóstico y tratamiento oportuno permite que la tasa de mortalidad disminuya [1,2].

El diagnóstico de una enfermedad trofoblástica en el embarazo conlleva un problema tanto para el médico tratante como para la paciente; tanto la clínica de la enfermedad y exámenes complementarios sirven para el diagnóstico como: sangrado uterino como principal síntoma, hiperémesis gravídica, elevación exagerada de BHCG, placenta multiquística en patrón de racimo de uvas y quistes ováricos tecaluteínicos en el 25-60 % de las molas completas, son muy importantes [1,3].

El cuadro clínico en un embarazo molar ha cambiado notablemente en los últimos tiempos por lo que se busca atención prenatal temprana y se diagnostica de forma temprana mediante el uso de la ecografía.

En este caso se presenta una paciente diagnosticada con mola hidatiforme parcial con feto vivo, sin embargo, tras detectarse incremento notable de BHCG y la presencia de un nódulo pulmonar sugestivo de probable metástasis pulmonar, se decidió la finalización del embarazo.

De esta forma el médico se enfrenta a tomar la mejor decisión para resguardar tanto el bienestar fetal como materno, presentando esta enfermedad vínculo con otros trastornos que pueden comprometer la vida tanto materno-fetal como es: Preeclampsia, hiperémesis gravídica, enfermedad trofoblástica persistente, malignidad y metástasis, por lo cual muchas veces se decide la interrupción del embarazo resguardando la vida materna [4].

El manejo siempre tiene que ser explicado a la paciente, el procedimiento y manejo debe ser en conjunto requiriendo la necesidad del área de oncología y psicología debido a que la finalización del embarazo y los procedimientos a seguir afectan el estado psicológico de la paciente [5].

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad con embarazo de 17.1 SG por FUM, presenta sangrado transvaginal rojo rutilante de moderada cantidad hace 9 horas aproximadamente, a su llegada al hospital se encuentra asintomática, refiere que desde el inicio del embarazo presenta sensación de náusea que lleva al vómito por varias ocasiones durante el día, en su mayoría postprandial.

Paciente refiere que en controles previos se ha diagnosticado de placenta microquística, por lo que se decide ingreso a esta casa de salud.
El embarazo constó 10 Controles y 10 ecografías.

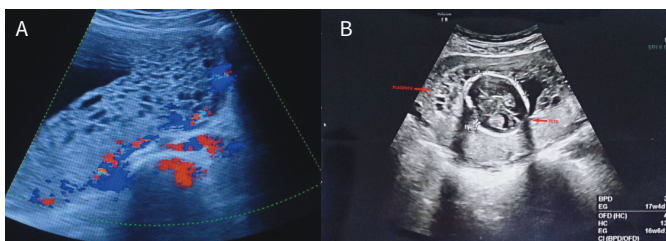
Al examen físico presenta: Tensión Arterial: 100/60 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 68 lpm, Frecuencia Respiratoria: 24 rpm, Temperatura:

36.4 °C, Saturación de Oxígeno: 94 %, Abdomen: Globuloso por útero gestante, Altura de fondo uterino (AFU): 14 cm, no presenta rigidez ni dolor, Genitales: Presenta leve sangrado genital, no presenta dilatación ni acortamiento cervical.

Exámenes complementarios: Nivel de BHCG: 90000 mUI/ml.

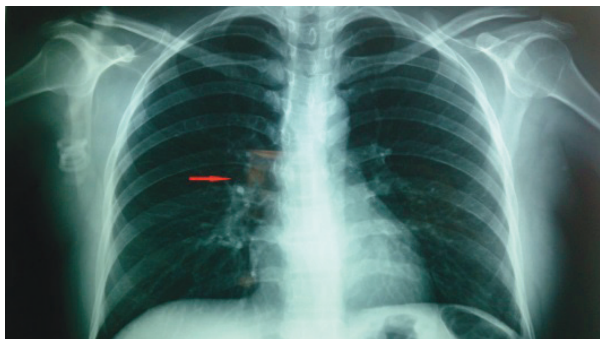
Ecografía obstétrica: se evidencia feto único vivo, latido cardíaco fetal: 151 Lpm, presentación indiferente al momento. Edad gestacional (EG) por fecha de última menstruación (FUM): 16.6 semanas, EG por ecografía: 17.2 semanas, peso: 188 gr. placenta posterior de inserción baja, se visualizan múltiples imágenes quísticas sugerente de patrón de racimo de uvas (Imagen 1).

Imagen 1. A) Ecografía con evidencia de placenta en patrón de racimo de uvas o tormenta de nieve, B) ecografía con presencia de placenta en racimo de uvas y presencia de feto.



La Radiografía de tórax (Rx) en donde se evidencia imágenes nodulares de aspecto granulomatoso en región parahiliar derecha (Imagen 2).

Imagen 2. Rx de tórax con nódulo de aspecto granulomatoso en región parahiliar derecha.



De esta manera se diagnostica el embarazo molar parcial de 17.2 SG + probable metástasis pulmonar por lo que se decide la terminación del embarazo mediante un aborto terapéutico modo parto + legrado uterino, histológicamente se evidencia proliferación trofoblástica confirmándose diagnóstico (Imagen 4 y 5). A las 24 horas post parto se decide el alta médica con manejo antiinflamatorio, Metilergometrina 1 tableta vía oral por 3 días y Ampicilina 1 gr vía oral cada 6 horas por 3 días, hierro vía oral una tableta por 30 días y cita por consulta externa en 15 días.

Imagen 3. Placenta con patrón en racimo de uvas



Imagen 4. Hematoxilina 2x, vellosidades hidrópicas.

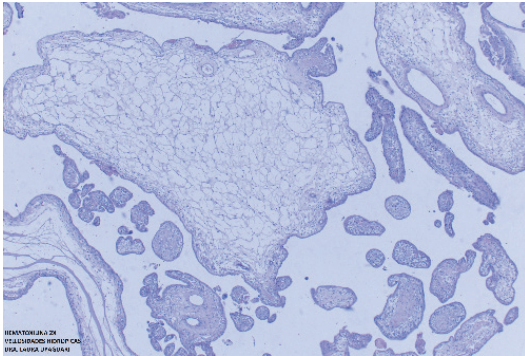
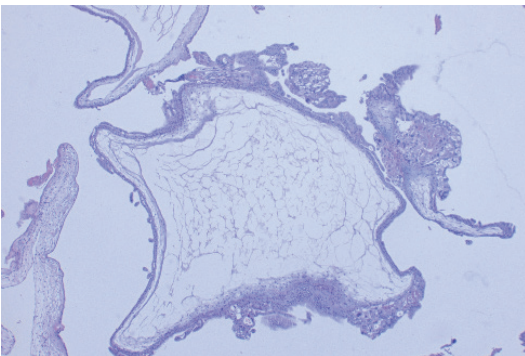


Imagen 5. Hematoxilina 4x, vellosidades con proliferación del trofoblasto.



EVOLUCIÓN

La paciente un día después de someterse al aborto terapéutico modo parto y legrado presentó un valor de BHCG 25000 mUI/ml, se decide por parte de oncología una evaluación periódica de BHCG para observar su descenso, a los 15 días después del procedimiento presenta un nivel de BHCG de 470 mUI/ml sin ameritar tratamiento oncológico, al mes presenta un valor de BHCG de 183 mUI/ml, se opta por administrar manejo anticonceptivo mediante Drospirenona + Etinilestradiol mínimo por 6 meses, al segundo mes los niveles de BHCG disminuyen a 86 mUI/ml. Se realizó ecografía de control con reporte normal, a los 4 meses el valor de BHCG reportado es < 1 mUI/ml por lo cual oncología decide el alta médica definitiva.

DISCUSIÓN

El embarazo molar tiene datos histopatológicos típicos como es la presencia de edema del estroma veloso y proliferación trofoblástica; para clasificarlo como mola parcial o completa se utiliza la magnitud de los cambios histopatológicos, las diferencias cariotípicas y la presencia o no de elementos embrionarios, como se evidenció macroscópicamente en el presente caso, presencia de placenta multiquística y de un embrión vivo que corrobora con el diagnóstico de mola parcial [2,6] (Imágenes 1 y 3).

La enfermedad molar parcial se caracteriza por presentar cromosómicamente triploidia (69XXX o 69XXY), con mucho menos frecuencia 69 XYY por fecundación por dos conjuntos haploides paternos que provienen de dispermia, en un ovulo haploide y duplicación cromosómica. Con menos frecuencia un espermatozoide 46 XY diploide no reducido fecunda a un ovulo haploide. Ésta patología puede

presentar un embrión, feto viable o restos fetales, se asocia a hiperplasia trofoblástica. El feto por lo general muere, pero de no ser así padecen retraso notorio del crecimiento, anomalías congénitas o ambas [2].

A diferencia de la mola completa la cual presenta diploidia XX o XY, no se asocia a restos fetales ni embrión, pero sí presenta hiperplasia trofoblástica. Los genes paternos tienen más control sobre el crecimiento placentario o trofoblástico, en tanto que los genes maternos más control sobre el crecimiento fetal, aquí la explicación del porque al existir diploidia de origen paterno existe una proliferación trofoblástica excesiva [7].

El sangrado uterino anormal es el principal indicio para el diagnóstico de un embarazo molar, causado por la separación de la decidua, manifestado en el 75 % de pacientes. A la vez datos clínicos tales como: hiperémesis gravídica, síntomas de hipertiroidismo, trastornos hipertensivos (Preeclampsia), también pueden manifestarse por varias ocasiones y síntomas que concordaban con hiperémesis gravídica, lo que corrobora con la literatura. Muchos de los síntomas son secundarios a la elevación notable de la hormona BHCG, sin embargo en la enfermedad molar parcial se presenta en menor intensidad que en la enfermedad molar total [5]. Un nivel de BHCG > 100.000 mUI/ml indica crecimiento exuberante de tejido trofoblástico, lo que es muy sugestivo de patología molar, no obstante en la mola parcial puede no ser el crecimiento de BHCG tan notable, no sobrepasa los 100000 mUI/ml, como se evidenció en esta paciente con un nivel de BHCG de 90000 mUI/ml [8].

Suelen encontrarse niveles alterados de hormonas tiroideas tendiendo al hipertiroidismo, con T4 elevada y TSH baja, a pesar de esto es raro encontrar una tirotoxicosis, los niveles de T4 libre se normalizan con rapidez una vez evacuado el embarazo molar.

La preeclampsia grave y la eclampsia son relativamente frecuentes en los embarazos molares grandes, sin embargo rara vez se observa gracias al diagnóstico y evacuación oportuna, la predilección por la preeclampsia se explica por la masa trofoblástica hipóxica que libera factores antiangiogénicos que activan la lesión endotelial [1]. Niveles de Inhibina A y Activina A han sido evidenciadas de 7 a 10 veces más alto de lo normal, la disminución post finalización del embarazo y evacuación indica mejoramiento, sin embargo en este medio no existe dicho examen, por lo que no se realizó a esta paciente. Exámenes de imagen son muy importantes para el diagnóstico, mediante la valoración ecográfica uterina, se puede valorar la morfología placentaria observándose un patrón multiquístico en forma de racimo de uvas, muy sugestivos de patología molar, en el caso de una mola parcial puede observarse un feto vivo o restos fetales, sin embargo al principio del embarazo estos cambios ecográficos se evidencian en menos del 50 % de las molas hidatiformes y en ocasiones puede confundirse con leiomiomas con degeneración quística [9,10] (Imagen 1).

En el caso expuesto la paciente presentó múltiples microquistes que concordaban con una imagen en racimo de uvas, más la presencia de un feto vivo. De esta manera asociando datos clínicos, de laboratorio y corroborando con la literatura se llegó al diagnóstico de un embarazo molar parcial (Imagen 1).

Si el diagnóstico y manejo no son oportunos la paciente puede tener varias comorbilidades, tales como: Trastornos hipertensivos, enfermedad tromboembólica, muerte fetal intrauterina, enfermedad trofoblástica persistente, enfermedad maligna con una incidencia de metástasis trofoblástica de 1-5.6 % [6].

Se debe realizar un control mediante Rx de tórax en pacientes que se sospecha de patología maligna, para valorar si existe metástasis pulmonar, debido a que el pulmón es el primer órgano en compro-

meterse [10]. En este caso se realizó una Rx de tórax en la cual se observó una imagen sugestiva de un nódulo pulmonar.

El manejo frente a una patología molar parcial muchas veces es dirigida al bienestar tanto fetal como materno, si el feto es viable se puede extender el embarazo con el riesgo de las complicaciones expuestas anteriormente, por esta razón muchas veces se toma la decisión de la terminación del embarazo, ya sea mediante, inducción parto, dilatación y curetaje, por cesárea o histerectomía. Según estudios la inducción de labor de parto es la mejor forma de terminar el embarazo en el segundo trimestre [6].

En esta paciente al tener un diagnóstico presuntivo de mola parcial, con la detección de un nódulo pulmonar y por el riesgo que este conlleva, se optó por la terminación del embarazo a las 17 SG (Imagen 2).

Para la confirmación diagnóstica se realiza pruebas histológicas de una muestra placentaria, en el caso expuesto se confirmó la presencia de una mola hidatiforme parcial, por presencia de proliferación trofoblástica (Imagen 4 y 5).

Se debe medir BHCG después de la finalización del embarazo con el fin de controlar los niveles de esta hormona, la primera medida en las primeras 48 horas post evacuación, se controla cada 1 a 2 semanas hasta que 3 pruebas consecutivas sean normales, el intervalo promedio de resolución son de 7 semanas para las molas parciales y 9 semanas para las completas, posteriormente se controlará cada mes durante 3 a 6 meses.

Se recomienda anticoncepción por 6 meses como mínimo, para evitar niveles altos de BHCG por el embarazo nuevo que pueden producir confusión pronóstica. El Acetato de Medroxiprogesterona es una opción para las mujeres que tienen dificultad para cumplir con el uso de anticonceptivos orales. Un dispositivo intrauterino no debe ser utilizado antes de que la BHCG se normalice debido al riesgo de perforación uterina por la subinvolución del útero o mola invasiva [1, 8, 9]. En casos en que la medición de BHCG no disminuya > 10 % por 3 semanas o que persista niveles elevados por más de 6 meses se considera patología trofoblástica persistente, ameritando recibir quimioterapia a base de Metotrexate [9, 11], en el caso citado el descenso de BHCG fue importante después del procedimiento con un valor de 25000 mUI/ml, a los 4 meses el valor de BHCG fue <1 mUI/ml por lo cual se decidió el alta definitiva.

Hay que recatar que en el caso expuesto la paciente tuvo signos claros tanto clínicos, de laboratorio y de imagen que no fueron detectados previamente en casas de salud particulares, de esta manera acude al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el que se detectó de forma adecuada el sobrecrecimiento trofoblástico, gracias a los profesionales que estuvieron a cargo y a las facilidades diagnósticas del hospital, se confirmó el diagnóstico de mola hidatiforme parcial, la cual se resolvió de forma completa e indicó manejo anticonceptivo y psicológico.

CONCLUSIONES

La mola hidatiforme parcial es una patología poco frecuente en este medio pero no menos importante, se encuentra dentro de las causas principales del sangrado uterino dentro del primer trimestre, de esta forma su pronto diagnóstico es vital para el posterior manejo y repercusiones en la salud de la paciente, teniendo en cuenta que puede progresar a una patología maligna con posterior metástasis, el caso presentado va muy en relación a los presentados en la bibliografía, el cual fue manejado de forma apropiada, llevando a una resolución total de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

El diagnóstico de embarazo molar no siempre resulta fácil, la tríada diagnóstica comprende la clínica (anamnesis y examen físico de la paciente); ecografía y exámenes de laboratorio; sin embargo el diagnóstico definitivo de Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) es histopatológico, por lo tanto es importante que todos los tejidos obtenidos postevacuación uterina de un aborto completo e incompleto, en todos los casos y obligadamente, deban enviarse a estudio histopatológico, con lo cual se evitará omitir el diagnóstico de ETG o inclusive neoplasia trofoblástica gestacional (NTG).

En las pacientes con sospecha de ETG previo a la evacuación se deben realizar los siguientes estudios:

- Biometría Hemática y recuento plaquetario.
- Tiempos de Coagulación.
- Pruebas de funcionamiento renal y hepático.
- Grupo y factor Rhesus (Rh) (no olvidar inmunización con Antiglobulina D en caso que factor Rh sea negativo).
- Niveles de BHCG y seguimiento.
- Radiografía de Tórax.
- Ecografía Obstétrica.

El seguimiento post evacuación de ETG incluye:




- Exploración ginecológica en cada consulta (tamaño uterino, inspeccionar presencia de metástasis a nivel vaginal).
- BHCG sérica semanal hasta su negativización y posteriormente mensual hasta los 6 meses, cuando no se obtiene resultados negativos descartar NTG.
- Rx de tórax en búsqueda de metástasis.
- Cuando los niveles de BHCG permanezcan elevados o en meseta sin evidencia de ETG por clínica o estudios radiológicos, considerar:
- Nuevo embarazo.
- Resultado falso positivo de BHCG.
- ETG quiescente

Al realizar la vigilancia de ETG el riesgo de recaída es del 3 %, la mayoría ocurre dentro del primer año de seguimiento, los métodos anticonceptivos orales son los métodos de elección, es aconsejable evitar el embarazo durante el primer año posttratamiento, se recomienda realizar ecografía precoz o temprana en caso de embarazo subsiguiente y estudio patológico post parto de placenta y control de BHCG a la sexta semana postparto.

CONTRIBUCIONES DE AUTORES

DP, JE, AB: Recolección de la información, revisión bibliográfica, redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Juan David Espinoza Cárdenas Médico General graduado en la Universidad del Azuay.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6856-6922>
- Álvaro Leonardo Beltrán Vidal Médico General, R3 de Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Azuay - Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2549-5009>
- María Daniela Pozo Ocampo Ginecóloga Obstetra, Docente de la Facultad de Ciencia Médicas de la Universidad del Azuay.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2178-396X>

ABREVIATURAS

BHCG: Gonadotropina Coriónica Humana Fracción Beta, cm: centímetros, EG: Edad Gestacional, ETG: Enfermedad trofoblástica gestacional, FUM: Fecha de última menstruación, gr: gramos, lpm: Latidos por minuto, min: minutos, mmHg: Milímetros de mercurio, mU/ml: miliunidades internacionales por mililitro, NTG: Neoplasia trofoblástica gestacional, Rh: Factor Rhus, rpm: Respiraciones por minuto, Rx: Rayos X, SG: Semanas de gestación.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece cordialmente a los servicios de Imagenología y Patología Estructural del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, a la Doctora Laura Uyaguari, por interpretación de placas histológicas y por su colaboración para el desarrollo del presente caso clínico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento informado por parte de la paciente para la publicación del caso clínico y sus imágenes.


CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores reportan que no existen conflictos de interés



CÓMO CITAR ESTE ARTICULO

Espinoza J, Beltrán A, Pozo M. Caso Clínico: Mola Hidatiforme Parcial. Resolución Obstétrica. Rev Med HJCA 2017; 9(3): 291-295. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2017.9.3.cc.47>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/review/1475084/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, Casey M, Sheffield J, Williams obstetricia. 24th ed. Dallas, Texas, E.E.U.U.: Mc Graw Hill, 2015. p.396-401.
2. Goldstein DP, Horowitz NS. Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. 2017;1-23.
3. Philip B. Hyperemesis Gravidarum: Literature Review. Wis Med J. 2003;102(3):46-51.
4. Vogin G, Golfier F, Hajri T, Leroux A, Weber B. A HELLP syndrome complicates a gestational trophoblastic neoplasia in a perimenopausal woman: a case report. BMC Cancer [Internet]. BMC Cancer; 2016;16(1):573. Available from: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-016-2641-2>
5. Management THE, Gestational OF, Disease T. Green-top Guideline. 2010;(38):1-11.
6. Wang Y, Qian H, Wang J. Medical termination of a partial hydatidiform mole and coexisting fetus during the second trimester: A case report. Oncol Lett. 2015;10(6):3625-8.
7. Goldstein DP, Horowitz NS, Goff B, Vora SR. Official reprint from UpToDate  www.uptodate.com ©2017 UpToDate  Hydatidiform mole: Management. 2017;
8. Gueye M. Diagnosis, Treatment and Outcomes of Gestational Trophoblastic Neoplasia in a Low Resource Income Country. Int J MCH AIDS [Internet]. 2016;5(2):112-8. Available from: <http://mchandaids.org/index.php/IJMA/article/view/108>
9. Lima L, Parente R, Maestá I. Clinical and radiological correlations in patients with gestational trophoblastic disease. Radiologia [Internet]. 2016;49(4):241-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842016000400009&script=sci_arttext
10. Gupta K, Venkatesan B, Kumaresan M, Chandra T. Early Detection by Ultrasound of Partial Hydatidiform Mole With a Coexistent Live Fetus. 2015;(October):208-12.
11. Goldstein DP, Horowitz NS, Goff B, Vora SR. Hydatidiform mole: Management. 2017;1-16.