

DOI: 10.25237/revchilanestv55n2-17

Manejo anestésico de una paciente con embarazo molar completo en gestación gemelar: Reporte de caso

Anesthetic management of a patient with complete molar pregnancy in twin gestation: A case report

Josefina Rojas Tillería¹, Fernando Rojas Bravo^{1,*} , Rafael Jensen Escudero², Scherezade Sabat Villazón², Juan Luis Eguiguren Zalaquett², Naviha Lama Jamet¹

¹ Servicio Anestesiología, Clínica Universidad de los Andes. Chile.

² Servicio de Ginecología y Obstetricia, Clínica Universidad de los Andes. Chile.

Fecha de recepción: 22 de julio de 2025 / Fecha de aceptación: 14 de septiembre de 2025

ABSTRACT

The coexistence of a complete hydatidiform mole with a healthy fetus is a rare and high-risk clinical condition that presents significant anesthetic challenges. We present the case of a 38-year-old pregnant woman with a twin pregnancy consisting of a mole and a coexisting fetus, who was admitted with metrorrhagia, early-onset preeclampsia, severe anemia and dyspnea secondary to pulmonary metastases. General anesthesia was planned, including invasive monitoring, large-bore venous access, and the availability of massive transfusion. During uterine evacuation, an estimated blood loss of 3.5 liters was recorded, managed with the transfusion of four units of packed red blood cells and tranexamic acid. In the immediate postoperative period, the patient developed acute pulmonary edema and respiratory failure, requiring high-flow oxygen therapy, bilateral pleural drainage, and intensive care management. This case highlights the importance of anticipatory anesthetic planning and multidisciplinary management to reduce maternal morbidity and mortality associated with this uncommon condition.

Keywords: Hydatidiform mole, pregnancy, twin gestation, general anesthesia, critical care, uterine hemorrhage.

RESUMEN

La coexistencia de una mola hidatiforme completa con un feto sano es una condición clínica infrecuente y de alto riesgo, que implica desafíos anestésicos considerables. Presentamos el caso de una gestante de 38 años con embarazo gemelar mola-feto que ingresó con metrorragia, preeclampsia precoz, anemia severa y disnea secundaria a metástasis pulmonares. Se planificó anestesia general con monitorización invasiva, acceso venoso de gran calibre y disponibilidad de transfusión masiva. Durante la aspiración uterina se registró una pérdida sanguínea estimada de 3,5 litros, manejada con transfusión de cuatro unidades de glóbulos rojos y ácido tranexámico. En el posoperatorio inmediato la paciente desarrolló edema pulmonar agudo e insuficiencia respiratoria, requiriendo oxigenoterapia de alto flujo, drenaje pleural bilateral y cuidados intensivos. El caso subraya la importancia de la planificación anestésica anticipatoria y del manejo multidisciplinario para mitigar la morbilidad materna asociada a esta patología infrecuente.

Palabras clave: Mola hidatiforme, embarazo gemelar, anestesia general, hemorragia obstétrica, cuidados críticos.

Introducción

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un espectro de alteraciones proliferativas del trofoblasto, que incluye lesiones benignas y premalignas -como la mola

hidatidiforme- y formas francamente malignas, entre las que destaca la mola invasora, entidad que constituye el foco de este reporte[1]. La coexistencia de una mola completa con un feto sano en gestación gemelar es excepcional -aproximadamente 1 en 50.000 embarazos- y se asocia a una morbilidad

Fernando Rojas Bravo
fernandorjasbravo@gmail.com

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3294-2112>

ISSN: 0716-4076



materna significativamente mayor que la de los embarazos molares aislados[2]. Entre las complicaciones descritas destacan metrorragia masiva, preeclampsia precoz, hipertiroidismo mediado por β -hCG, insuficiencia respiratoria por embolización trofoblástica o diseminación pulmonar y evolución a neoplasia trofoblástica gestacional[3].

El manejo obstétrico estándar de una mola completa en coexistencia con un feto sano suele culminar en la evacuación uterina mediante aspiración guiada por ecografía, dada la elevada morbimortalidad materna asociada[1]. Desde la perspectiva anestésica, estos casos constituyen un reto de alta complejidad. Dicha evacuación puede acompañarse de pérdidas sanguíneas superiores a 2-3 litros y requerir transfusión masiva. La anestesia general, si bien es la técnica más utilizada, se ha vinculado a mayor sangrado que la anestesia regional, debido a la relajación uterina inducida por los agentes volátiles[4]. En series recientes, el 77,4 % de las pacientes con mola que se someten a aspiración uterina reciben anestesia general, decisión motivada por el gran tamaño uterino, los niveles elevados de β -hCG y la consiguiente comorbilidad[5]. A lo anterior se suma el riesgo de hipertensión severa, tormenta tiroidea y edema pulmonar agudo[1],[6], lo que exige planificación preoperatoria meticulosa, monitorización invasiva y disponibilidad de soporte ventilatorio y hemodinámico avanzado.

El presente reporte describe el manejo anestésico integral de una paciente con embarazo gemelar y mola completa invasora complicada. Se detallan la preparación preoperatoria, la conducción anestésica y el cuidado crítico posoperatorio. El objetivo es aportar consideraciones que faciliten la atención segura de esta patología infrecuente y de alto riesgo.

Reporte de caso

Paciente de 38 años, multípara, con antecedente de parto prematuro por rotura prematura de membrana. Antecedentes médicos: epilepsia controlada con lamotrigina 250 mg/día e hipotiroidismo tratado con levotiroxina 75 μ g/día. Consultó de forma ambulatoria con 11 + 6 semanas de gestación por genitorragia escasa, disnea de esfuerzo y dolor hipogástrico.

Traía una ecografía que evidenciaba un embarazo gemelar con un feto sano y una mola hidatiforme de 12x20 centímetros, niveles séricos de β -hCG en 797.760 UI/L, y radiografía de tórax sin alteraciones. Al examen físico destacaba una presión arterial de 140/80 mmHg, palidez cutáneo-mucosa, y el útero aumentado de tamaño hasta supraumbilical (altura uterina 25 cm). Los análisis iniciales evidenciaron anemia severa (hemoglobina 7,5 gr/dL; hematocrito 23%), TSH en rango normal y creatinina de 0,7 mg/dL.

Dado el cuadro clínico, se realizó una TAC de tórax, abdomen y pelvis, que informó un embarazo molar de 12+0 semanas con importante vascularización de la pared uterina y contenido hemático en la cavidad endometrial. También evidenció derrame pleural bilateral, predominante a derecha, y engrosamiento intersticial pulmonar. Finalmente, se observaron múltiples nódulos pulmonares de hasta 12 mm, en su mayoría periféricas de aspecto secundario, hallazgos que obligan a descartar coriocarcinoma.

Los controles de laboratorio mostraron un aumento exponencial de β -hCG, superando 3.000.000 mUI/mL. Paralela-

mente desarrolló un cuadro de preeclampsia precoz, con hipertensión moderada y proteinuria de 1 g en 24 h. Clínicamente presentaba disnea de esfuerzos mínimos y desaturación que respondía a oxígeno por naricera, junto a metrorragia escasa persistente.

Se evaluó un manejo multidisciplinario y se discutió el caso con el comité de ética, anestesiología, alto riesgo obstétrico y oncología por eventual vaciamiento uterino. Se acordó inducción con misoprostol (400 mcg) y posterior vaciamiento aspirativo bajo anestesia general, con recuperación en unidad de paciente crítico (UPC).

Durante la evaluación preanestésica la paciente refirió alergia a contraste yodado, un adecuado control de su epilepsia y se constató una clase funcional > 4 METs. La vía aérea se clasificó Mallampati II sin predictores de dificultad. Signos vitales: presión arterial 129/82 mmHg, saturación 97% con O_2 3 L/min. En exámenes preoperatorios destacaba anemia severa (Hb 7,5 gr/dL) y derrame pleural bilateral moderado.

Con esto, se plantearon los siguientes objetivos anestésicos: (I) restaurar el transporte de oxígeno corrigiendo la anemia y optimizando la volemia previo a la intervención; (II) garantizar accesos venosos de gran calibre y monitorización invasiva para detección precoz de inestabilidad durante la cirugía; (III) anticipar y tratar la hemorragia masiva con hemoderivados y antifibrinolíticos; y (IV) limitar las respuestas hipertensivas y reducir el riesgo de edema pulmonar agudo. Dado lo anterior, se optimizó la volemia mediante la transfusión de dos unidades de glóbulos rojos y la administración profiláctica de ácido tranexámico profiláctico (2 g EV) preoperatoriamente.

Posterior a la instalación de misoprostol 400 μ g la paciente evolucionó con mayor sangrado y dolor, por lo que se administró ketorolaco 30 mg y fentanilo 25 μ g. Se decide ingreso a pabellón, en donde se canalizaron dos accesos venosos de gran calibre (16 G) y se instaló monitorización invasiva con una línea arterial radial y catéter venoso central yugular.

La inducción anestésica se realizó con propofol 100 mg, fentanilo 250 μ g y rocuronio 50 mg; la intubación orotraqueal se efectuó sin dificultades. El mantenimiento se realizó con sevoflurano (0,9-1 MAC) en aire/ O_2 (FiO₂ 0,5), suplementado con dosis adicionales de propofol (50 mg en dos oportunidades). Además, se administró paracetamol 1 g, parecoxib 40 mg y dexametasona 8 mg para analgesia y profilaxis de náuseas. La estabilidad hemodinámica se sostuvo con cuatro bolos de fenilefrina 100 μ g y cuatro de efedrina 6 mg para mantener la presión arterial media entre 65 y 75 mmHg; no se utilizaron infusiones vasopresoras continuas.

Se realizó la aspiración de contenido uterino con tubo endotraqueal N° 5,5, y una posterior extracción de restos de mola residuales y feto sin LCF bajo ecografía, con un tiempo quirúrgico de 50 minutos. Cursó con una pérdida sanguínea estimada de 3,5 L y diuresis de 400 mL. Durante el acto quirúrgico se administraron 4 unidades de glóbulos rojos, 1 L de solución fisiológica y 1 L de Ringer lactato, alcanzando un balance negativo de -0,3 L al cierre. Además, se administró carbetocina 100 μ g post vaciamiento. Finalizado el procedimiento, con gasometría y parámetros hemodinámicos adecuados, la paciente fue extubada sin incidentes y trasladada a la UPC.

Durante la recuperación, desarrolló insuficiencia respiratoria aguda por apremio ventilatorio con necesidad de oxígeno al 40%. En el estudio con ecoscopia pulmonar y TAC de tórax se

evidenció edema intersticial, signos de edema pulmonar agudo y derrame pleural bilateral, lo que requirió la instalación de un drenaje percutáneo bilateral. De forma concomitante aparecieron cifras hipertensivas sostenidas, que se controlaron con sulfato de magnesio (1 g/h), captopril 25 mg VO, metildopa 750 mg/día VO, furosemida 40 mg EV y labetalol EV. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que informó función sistólica conservada e insuficiencia mitral moderada. Por su parte, la función renal permaneció indemne.

La evolución posterior fue favorable: los valores de β -hCG descendieron a 279.970 UI/L al séptimo día y a 13.108 UI/L al día 28. Fue dada de alta de la UPC al décimo día posoperatorio y del centro clínico al vigésimo primero, sin secuelas hemodinámicas ni respiratorias.

La biopsia confirmó una mola hidatiforme completa invasora. Se realizaron estudios de diseminación con RNM de cerebro (sin lesiones) y PET-CT que confirma presencia de lesiones pulmonares múltiples bilaterales secundarias, en su mayoría subcentimétricas. Ante esto, el comité oncológico clasificó el cuadro como neoplasia trofoblástica gestacional de alto riesgo. Se indicó el esquema EMA-CO: etopósido, metotrexato y dactinomicina los días 1-2, seguida de ciclofosfamida y vincristina el día 8, con ciclos cada dos semanas. Se complementó con leucovorina 15 mg intramuscular, tratamiento multidisciplinario con psicología y unidad de cuidados integrales oncológicos del centro.

La paciente completó cuatro ciclos con buena tolerancia y, al tercer mes, la β -hCG de control alcanzó 10 UI/L y la ecografía mostró el útero en involución con miometrio hipervascularizado.

Discusión

La gestación molar gemelar constituye un escenario obstétrico de alta complejidad por la confluencia de hemorragia masiva, sobrecarga hemodinámica y disfunción multiorgánica, lo cual condiciona el diseño de una estrategia anestésica anticipatoria. En nuestra paciente, la decisión de emplear anestesia general se sustentó en la recomendación de series recientes: cuando el tamaño uterino excede las 16 semanas o coexiste hipertensión grave, la probabilidad de requerir conversión a anestesia general se multiplica por once en comparación con pacientes de útero pequeño[5]. Además, metaanálisis previos han demostrado un sangrado intraoperatorio significativamente mayor cuando se utilizan agentes inhalatorios frente a técnicas intravenosas o regionales, hecho atribuible a la relajación uterina mediada por los halogenados[4]. No obstante, la anestesia general brinda mayor control de la vía aérea y permite implementar ventilación protectora precoz ante la eventualidad de embolización trofoblástica.

La magnitud de la pérdida sanguínea (3,5 L) concuerda con la literatura, que describe volúmenes > 2 L en hasta 20% de las evacuaciones molares. La profilaxis antifibrinolítica con ácido tranexámico -empleada en nuestra preparación- se respalda en la evidencia robusta del ensayo WOMAN, donde la administración temprana redujo la mortalidad por hemorragia posparto sin aumentar los eventos trombóticos[7]. Las guías del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG PB 183) también recomiendan su uso en hemorragia obstétrica activa,

junto con disponibilidad de protocolos de transfusión masiva y cuantificación objetiva de pérdidas[8].

El episodio de edema pulmonar agudo observado a las pocas horas de la evacuación uterina tiene precedentes en series clásicas, que refieren complicaciones respiratorias en 3%-10% de las molas completas evacuadas[9]. Los mecanismos implican deportación de tejido trofoblástico, hipertiroidismo-inducido, sobrecarga de volumen y vasculopatía hipertensiva. Todas estas variables confluyeron en nuestra paciente, subrayando la necesidad de monitorización invasiva y manejo hemodinámico estricto incluso tras un intraoperatorio estable[6]. La colocación precoz de drenajes pleurales, sumada a ventilación de alto flujo, permitió revertir la hipoxemia sin ventilación mecánica invasiva.

Finalmente, la indicación de evacuación pese a la viabilidad fetal plantea un conflicto ético en el que prima la beneficencia materna. El equipo anestésico participa activamente en ese proceso al valorar riesgo-beneficio, explicar complicaciones potenciales (hemorragia, intubación difícil, muerte), y salvaguardar la autonomía materna dentro de un marco de doble efecto: la acción anestésico-quirúrgica persigue proteger la vida de la mujer aunque conlleve la pérdida embrio-fetal. Este enfoque coincide con la literatura sobre conflictos materno-fetales en anestesia, donde la autonomía de la gestante y la proporcionalidad del riesgo son los principios rectores[10].

En conjunto, el caso ilustra que la gestión anestésica de la mola gemelar requiere (I) optimización hematológica y hemostática preoperatoria; (II) accesos y monitorización invasiva; (III) disponibilidad de transfusión masiva y antifibrinolíticos; (IV) estrategias dirigidas a minimizar las respuestas hipertensivas y la sobrecarga hídrica; y (V) vigilancia posoperatoria intensiva para detectar complicaciones respiratorias tempranas. Por eso, la coordinación multidisciplinaria basada en protocolos actualizados sigue siendo el pilar para reducir la morbilidad en esta rara pero desafiante entidad.

Conclusión

Este caso demuestra que, aún en contextos obstétricos extraordinariamente infrecuentes como la gestación molar gemelar, la anticipación anestésica basada en optimización hematológica, monitorización invasiva temprana y protocolos hemostáticos actualizados posibilita un desenlace materno favorable. La colaboración estrecha entre anestesiología, obstetricia, oncología y cuidados críticos fue decisiva para sortear tanto la hemorragia masiva intraoperatoria como las complicaciones respiratorias postquirúrgicas. La aplicación sistemática de estas estrategias ofrece un marco reproducible para afrontar futuras intervenciones en pacientes con enfermedad trofoblástica de alto riesgo y limitar su morbilidad.

Referencias

1. Abu-Rustum NR, Yashar CM, Bean S, Bradley K, Campos SM, Chon HS, et al. Gestational Trophoblastic Neoplasia, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019 Nov;17(11):1374-91. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0053> PMID:31693991
2. Sebire NJ. Recurrent GTD and GTD coexisting with normal

- twin pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021 Jul;74:122–30. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.12.002> PMID:33451920
3. Zilberman Sharon N, Maymon R, Melcer Y, Jauniaux E. Obstetric outcomes of twin pregnancies presenting with a complete hydatidiform mole and coexistent normal fetus: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2020 Nov;127(12):1450–7. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16283> PMID:32339446
 4. Lee HA, Kawakami H, Mihara T, Sato H, Goto T. Impact of anesthetic agents on the amount of bleeding during dilatation and evacuation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021 Dec;16(12):e0261494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261494> PMID:34937059
 5. Triyasunant N, Nivatpumin P, Luangpirom N, Wongwananuruk T. Factors influencing decision-making for the anesthetic technique in molar pregnancy patients for suction curettage: a retrospective study. *Indian J Clin Anaesth*. 2024;11(1):25–32. <https://doi.org/10.18231/j.ijca.2024.006>.
 6. Twiggs LB, Morrow CP, Schlaerth JB. Acute pulmonary complications of molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1979 Sep;135(2):189–94. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(79\)90341-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(79)90341-7) PMID:474670
 7. Shakur H, Roberts I, Fawole B, Chaudhri R, El-Sheikh M, Akintan A, et al.; WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial [The Lancet]. *Lancet*. 2017 May;389(10084):2105–16. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30638-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30638-4) PMID:28456509
 8. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: postpartum hemorrhage [PubMed]. *Obstet Gynecol*. 2017 Oct;130(4):e168–86. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351> PMID:28937571
 9. Smith JC, Alsuleiman SA, Bishop H, Kassir NS, Jonas HS. Trophoblastic pulmonary embolism. *South Med J*. 1981 Aug;74(8):916–9. <https://doi.org/10.1097/00007611-198108000-00006> PMID:6267719
 10. Johnson RF, Cheng GS. Maternal–fetal conflicts in anaesthesia practice [PubMed]. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2025;38(1):72–7.