Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Gravidez gemelar com coexistência de feto viável e mola hidatiforme completa

Twin pregnancy with coexistence of viable fetus and complete hydatidiform mole

Embarazo gemelar con coexistencia de feto viable y mola hidatiforme completa

Ana Carolina Gomes Siqueira[1], Marcela de Andrade Silvestre[2], Gabriela Resende Mota[1], Heloísa Ferreira de Almeida[1], Larissa Nienke Prado[1], Laura Fernandes Melo[1], Thayssa Baima Silva Moraes[1], Ana Karina Marques Salge Mendonça[2], Vandressa Barbosa Figueira[3], Marília Cordeiro de Souza[3].

RESUMO

Objetivo: Relatar uma gestação gemelar com um gêmeo apresentando mola hidatiforme completa e outro nascido por parto vaginal. **Detalhamento do caso:** Uma paciente apresentou uma gestação gemelar com um feto saudável e uma MH completa, diagnosticada por ultrassonografia durante o pré-natal. A imagem mostrou um tecido molar com características típicas ao lado do feto viável. O parto foi realizado de forma natural, resultando no nascimento de um bebê saudável. O tecido molar foi expelido juntamente com a placenta, e não houve complicações significativas durante o parto. **Considerações finais:** O manejo de casos de gestações gemelares com MH completa e feto viável requer vigilância constante e diagnóstico precoce para melhorar os desfechos. Pesquisas adicionais são necessárias para aprimorar o conhecimento e aumentar a taxa de sucesso em situações semelhantes.

Palavras-chave: Mola hidatiforme, Doença trofoblástica gestacional, Mola Hidatiforme Completa com Feto Coexistente (CMCF).

ABSTRACT

Objective: To report a twin pregnancy with one twin presenting complete hydatidiform mole and the other born by vaginal delivery. **Case description:** A patient presented with a twin pregnancy with a healthy fetus and a complete hydatidiform mole, diagnosed by ultrasound during prenatal care. The image showed a molar tissue with typical characteristics next to the viable fetus. The delivery was natural, resulting in the birth of a healthy baby. The molar tissue was expelled together with the placenta, and there were no significant complications during delivery. **Final considerations:** The management of cases of twin pregnancies with complete

[1] Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA), Anápolis – GO.
[2] Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia - GO.
[3] Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN), Aparecida de Goiânia – GO.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

hydatidiform mole and a viable fetus requires constant surveillance and early diagnosis to improve outcomes. Additional research is needed to improve knowledge and increase the success rate in similar situations.

Keywords: Hydatidiform mole, Gestational trophoblastic disease, Complete Hydatidiform Mole with Coexisting Fetus (CMCF).

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso de embarazo gemelar con un gemelo que presentaba mola hidatidiforme completa y otro nacido por parto vaginal. **Descripción del caso:** Una paciente presentó un embarazo gemelar con un feto sano y una mola hidatidiforme completa, diagnosticada mediante ecografía durante el control prenatal. La imagen mostró tejido molar con características típicas junto al feto viable. El parto se llevó a cabo de forma natural, resultando en el nacimiento de un bebé sano. El tejido molar fue expulsado junto con la placenta y no hubo complicaciones significativas durante el parto. **Consideraciones finales:** El manejo de casos de embarazos gemelares con mola hidatidiforme completa y feto viable requiere vigilancia constante y diagnóstico precoz para mejorar los resultados. Se necesitan investigaciones adicionales para ampliar el conocimiento y aumentar la tasa de éxito en situaciones similares.

Palabras clave: Mola hidatiforme, Enfermedad trofoblástica gestacional, Mola Hidatiforme Completa con Feto Coexistente (CMCF).

INTRODUÇÃO

Uma mola hidatiforme (MH) ou gravidez molar é uma forma neoplásica benigna e rara de doença trofoblástica gestacional (FLOREA A, et al., 2023), que é um espectro de processos de doenças inter-relacionados de origem placentária, caracterizada por uma proliferação do epitélio trofoblástico e edema viloso (SOPER JT, 2021).

O termo "mola hidatiforme" deriva do grego "Hydatis", que significa gota d'água, e do latim "molar", que significa massa, referindo-se à cistos ou vesículas cheias de líquido que se formam na placenta (SANTOSO DPJ, et al., 2023). As molas hidatiformes são classificadas em duas formas: completas e parciais. Esses dois tipos de MH apresentam diferenças morfológicas, histopatológicas e citogenéticas. O aparecimento de molas hidatiformes está correlacionado com alguns eventos genéticos (como dissomia uniparental, triploidia ou diandria) específicos da meiose, que é o primeiro passo do desenvolvimento do embrião. As formas familiares são determinadas por variantes em alguns genes, sendo *NLRP7* e *KHDC3L* os mais importantes (FLOREA A, et al., 2023).

As molas hidatiformes são geralmente diagnosticadas durante a primeira metade da gravidez. O sintoma de apresentação mais comum é sangramento anormal, ocasionalmente com passagem de vilosidades hidrópicas. Outros sinais e sintomas clássicos incluem aumento uterino maior do que o esperado para as datas gestacionais, ausência de batimentos cardíacos fetais, aumento cístico dos ovários (cistos teca-luteínicos), hiperêmese, hipertensão induzida pela gravidez no primeiro trimestre e um nível anormalmente alto de hCG para as datas gestacionais (SOPER JT, 2021).

A evacuação por sucção e curetagem, idealmente realizada sob orientação de ultrassom, é o método preferido de evacuação de uma gravidez molar independentemente do tamanho uterino se a manutenção da fertilidade for desejada. A histerectomia é uma alternativa à curetagem por sucção se a gravidez estiver completa. Além de evacuar a gravidez molar, a retirada do útero fornece esterilização permanente e diminui a necessidade de quimioterapia subsequente, eliminando o risco de invasão miometrial local como causa de doença persistente (NGAN HYS, et al., 2021). Gestações múltiplas consistindo de uma mola hidatiforme e um feto normal coexistente (CMCF) ocorrem com pouca frequência, com uma incidência relatada de 1:20.000 a 1:100.000 gestações (SORIANO-ESTRELLA AL, et al., 2024). Embora haja um alto risco de aborto espontâneo, cerca de 40%–60% resultam em nascidos vivos (NGAN HYS, et al., 2021).

Portanto, o caso clínico se torna relevante, pois relata uma gestação gemelar com um gêmeo apresentando mola hidatiforme completa e outro viável, o que é uma condição bastante rara. Assim sendo, esse estudo pode contribuir para melhores prognósticos do nascimento do bebê saudável e servir de ajuda na resolução de situações similares como uma ferramenta de estudo e de análise de um caso bem-sucedido. O objetivo do trabalho foi relatar uma gestação gemelar com um gêmeo apresentando mola hidatiforme completa e outro nascido por parto vaginal.

DETALHAMENTO DE CASO

Esse trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HMI, com o número de parecer 5.465.674 e CAAE 40401720.6.3001.5080. Foi seguido os preceitos éticos da resolução 466/12 e da carta circular 166/2018.

A paciente, de 32 anos, nos Estados Unidos, em agosto de 2015 foi admitida com uma gestação intrauterina única, advinda de uma gemelaridade de mola hidatiforme com feto coexistente, de 40 semanas e 7 dias, deu à luz por parto vaginal de um bebê viável e o outro sofreu degeneração das vilosidades e não implantação de decídua, conhecido como mola hidatiforme completa.

A gravidez molar foi descoberta por uma ultrassonografia transvaginal com 18 semanas de gestação, sendo observado um feto saudável e um tecido molar heterogêneo em aspecto de “cacho de uva”.

O gêmeo viável apresentava placenta de 1.326 gramas e uma relação de peso placental fetal maior que o esperado, com cordão umbilical de 43,5 cm de comprimento, sem inflamação, indicando que não haviam complicações relacionadas a transferências de nutrientes e oxigênio da placenta para o feto.

O diâmetro do cordão era fino com invaginações do epitélio, contava com duas artérias e uma veia e escassez de geleia de Wharton, sugerindo uma possível anomalia congênita.

Em relação ao âmnio, membrana que envolve o feto durante a gestação, estava hiperplásico e com um número moderado de macrófagos pigmentados e vilosidades com raros glóbulos vermelhos nucleados, quadro indicativo de amnionite pigmentada. Os vasos maternos estavam adequadamente adaptados a gestação e a idade gestacional. O bebê nasceu pesando 3.280 gramas, com um apgar de 9/9 e um tecido corado com mecônio.

O tecido da mola hidatiforme era constituído de vilosidades maçiçamente aumentadas que são avasculares e rodeadas por trofoblastos mistos, sendo a combinação de células do citotrofoblasto e do sinciotrofoblasto em diferentes porções da placenta, assim sendo a proliferação trofoblástica teve predominância de sinciciotrofoblastos, a quantidade de tecido molar foi relativamente escassa e grande parte sofreu degeneração, esse tecido foi responsável pela falta de crescimento maciço durante a último trimestre da gestação, esta massa foi liberada simultaneamente com a placenta no nascimento do bebê viável.

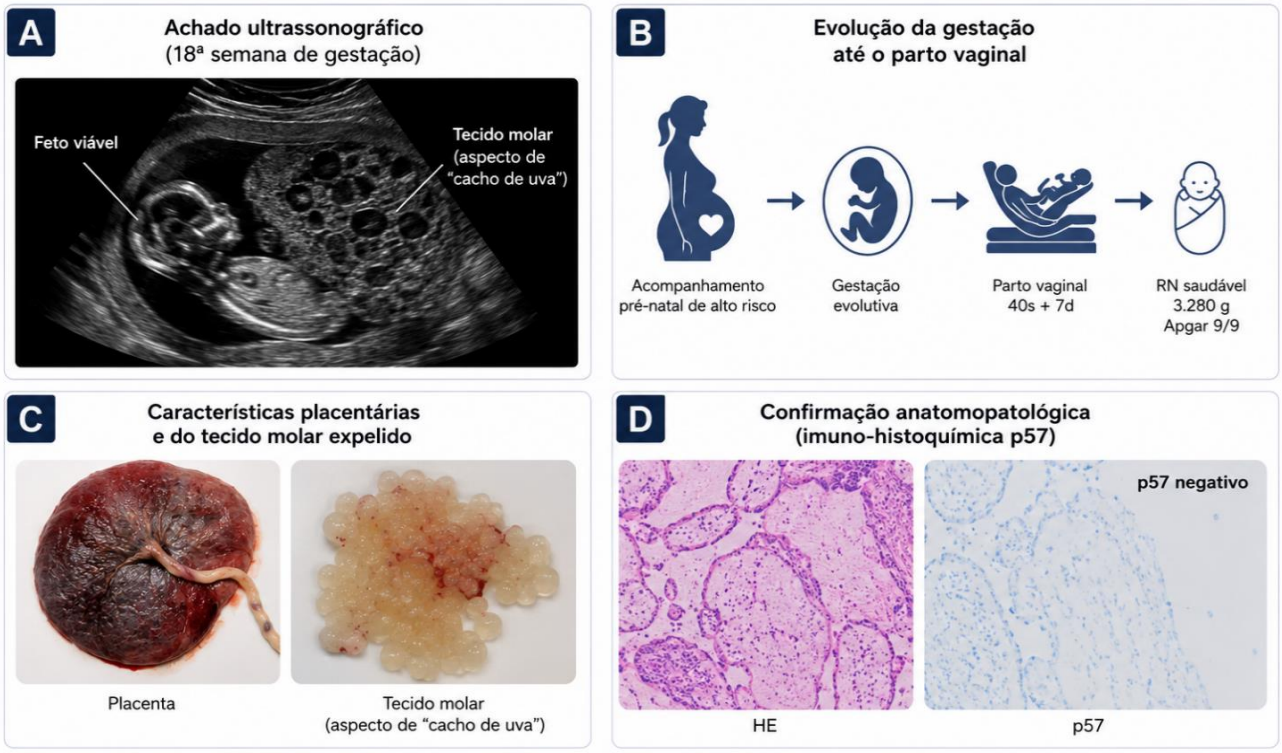
Outra característica observada ligada na superfície materna são as grandes vilosidades fantasmagóricas, isto é, vilosidades que apresentam cistos e espaços dilatados conferindo uma aparência “fantasmal”, situação frequentemente observada em casos de MH.

Elas podem se desenvolver de maneira descontrolada e apresentar características morfológicas alteradas. Adjacente a algumas vilosidades próprias da mãe, havia decídua, porém não estava presente no local real de implantação molar e estavam circundadas por fibrinoídes.

As colorações e testes imuno-histoquímicos, como a coloração de p57, foram realizados pelo Departamento de Patologia do Hospital Infantil do Texas. Estes testes foram usados para fins de diagnóstico, mesmo não tendo sido oficialmente aprovados pela Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA (FDA).

A coloração de p57 é um exame que quando negativo (sem coloração) indica a ausência dessas proteínas no estroma viloso e nas células citotrofoblásticas sugerindo que se trate de uma mola hidatiforme completa.

Figura 1 - Representação esquemática da evolução diagnóstica e obstétrica de gestação gemelar com feto viável e mola hidatiforme completa, desde o achado ultrassonográfico até a confirmação anatomopatológica.



Fonte: Siqueira ACG, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) inclui um espectro de tumores inter-relacionados, incluindo mola hidatiforme completa e parcial, mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário (TTSP) e tumor trofoblástico epitelioide (TTE) que têm propensões variadas para invasão local e metástases (BERKOWITZ RS e GOLDSTEIN DP, 2013). A Mola hidatiforme completa com feto coexistente (CMCF) é uma das apresentações mais raras de doença trofoblástica, com pouco mais de duzentos casos relatados na literatura nas últimas duas décadas. Gravidez gemelar com uma mola parcial e um feto viável ou uma gravidez única com placenta molar parcial são ainda menos comuns (NGAN HYS, 2018 e LIPI LB, et al., 2019). Esses dados reafirmam a importância do caso relatado acima, uma vez que se trata de uma condição obstétrica rara.

Portanto, a mola hidatiforme pode ser classificada em três tipos principais (MATSUI H, et al., 2000). O primeiro é uma gestação gemelar em que um gêmeo é diploide com placenta normal (46 cromossomos, 23 maternos e 23 paternos) e o outro é uma mola hidatiforme completa (46 cromossomos de origem paterna) (MASSARDIER J, et al., 2009), exemplificado no caso descrito. O segundo é um feto triploide único com placenta de mola hidatiforme parcial (69 cromossomos, 23 maternos e 46 paternos) e o terceiro é uma gestação gemelar em que um feto é diploide com placenta normal (46 cromossomos, 23 maternos e 23 paternos) e o outro é triploide com placenta de mola hidatiforme parcial (69 cromossomos, 23 maternos e 46 paternos) (PIURA B, et al., 2008).

A mola hidatiforme completa com feto coexistente (CMCF), como apresentado na gravidez mencionada, é caracterizada pela ausência de tecido fetal e pela proliferação difusa e hidrópica das vilosidades coriônicas, resultando em uma gestação inviável, sendo a origem genética exclusivamente paterna devido à fertilização de um óvulo vazio por um espermatozoide que duplica seu material genético (HOFFNER L e SURTI U, 2012). A gravidez gemelar com mola hidatiforme completa tem um risco maior de complicações maternas em comparação com uma gravidez única ou uma gravidez gemelar (SEBIRE NJ, et al., 2002 e SUKSAI M, et al., 2017).

Histologicamente, a mola completa apresenta formação de cistos, proliferação trofoblástica e ausência de partes fetais (SECKL MJ, et al., 2010). No primeiro trimestre, os vilos da CMCF podem não estar marcadamente aumentados, mas apresentam uma aparência polipoide distinta, com alterações estromais vilosas anormais e hiperplasia trofoblástica leve a moderada (SOPER JT, et al., 2004).

Sobre a epidemiologia e a prevalência da DTG, essa condição apresenta variação ampla em diferentes regiões do mundo. Estudos feitos nos Estados Unidos da América, país de origem do prontuário do caso, evidencia que as molas hidatiformes são observadas em aproximadamente 1 em 600 abortos terapêuticos e 1 em 1500 gestações (FEBRASGO, 2019). Aproximadamente 20% dos pacientes desenvolverão sequelas malignas que requerem administração de quimioterapia após a evacuação de molas hidatiformes. No Brasil, estima-se que ocorra um caso de gravidez molar em cada 200-400 gestações.

O diagnóstico das molas hidatiformes geralmente ocorrem no primeiro trimestre da gravidez, sendo o mais ideal, embora na gestação relatada tenha sido descoberto somente no segundo trimestre. O sintoma principal é o sangramento anormal, mas outros sinais incluem um útero maior do que o esperado para a idade gestacional, ausência de lesões cardíacas fetais, cistos tecaluteínicos, vômitos graves (hiperêmese gravídica) e níveis elevados de hCG (hormônio da gravidez) para a fase da gestação (FEBRASGO, 2019). Embora esses sinais sejam altamente sugestivos para diagnóstico da MH, o prontuário em questão não forneceu informações sobre a clínica da paciente. Além dessas manifestações, existem outros indícios para diagnosticar a MH sendo elas, hipertireoidismo, sinais de pré-eclâmpsia antes da 20ª semana de gestação e eliminação de vesículas hidrópicas pela vagina, de entremeio com o sangue (IMAFUKU H, et al., 2018).

A ultrassonografia (US) é a modalidade de imagem de escolha para uma suspeita diagnóstica inicial de doença trofoblástica gestacional e é o método mais utilizado para confirmar. O exame permite a detecção de MH antes do início das manifestações iniciais já citadas, o tecido da mola geralmente aparece na imagem como um padrão difuso, com misturas de vilosidades e coágulos sanguíneos que substituem a placenta (LUKINOVIC N, et al., 2022).

Porém, o diagnóstico deve sempre ser confirmado por histologia com ou sem técnicas auxiliares, como genotipagem e coloração p57, que foi realizado pela paciente do caso. Essa necessidade se dá, pois os achados de US podem ser sutis ou até ausentes, especialmente em casos iniciais de mola completa ou parcial (GUPTA K, et al., 2015 e QU QH, et al., 2022 e NGAN HYS, et al., 2021). No caso da paciente, a ultrassonografia na 18° semana conseguiu identificar claramente que se tratava de uma mola hidatiforme completa.

A característica ultrassonográfica sugestiva de uma gravidez molar completa é o tecido cístico espesso com um padrão difuso dentro da cavidade uterina sem um saco gestacional visível, com misturas de vilosidades e coágulos sanguíneos que substituem a placenta (FEBRASGO, 2019). Geralmente esse tecido se manifesta como um eco em forma de favo de mel na placenta, com limite mal definido entre o tecido placentário normal e a mola (LIN M, et al., 2021).

A MHP é frequentemente suspeitada em mulheres com saco gestacional intacto com alterações císticas da placenta. A precisão da ultrassonografia para diagnosticar a gravidez molar é difícil de avaliar na prática moderna, pois a maioria dos abortos espontâneos é tratada de forma conservadora e a confirmação histológica do diagnóstico está disponível apenas em uma minoria de mulheres. Os dados disponíveis mostram que o diagnóstico ultrassonográfico de gravidez molar completa é muito sensível, com taxas de detecção relatadas entre 80% e 95%, já a parcial é de somente 20% e 30%. Algumas vezes é diagnosticada apenas por patologia após a evacuação, em casos de suspeita de morte embrionária precoce. Quando MH é suspeitada de antemão, deve ser evacuada o mais rápido possível. A confirmação histológica de DGT após a evacuação é obrigatória (GUPTA K, et al., 2015).

Vários fatores de risco têm sido implicados na elevação da prevalência de gestações molares, os quais são representados pela idade, etnia, gestações molares antecedentes e história familiar. Entre os fatores amplamente pesquisados, os extremos da idade materna são os mais conhecidos, particularmente a idade materna abaixo de 20 anos e acima de 35 anos, uma vez que o processo que leva à gravidez molar,

decorrente da fertilização de um ovócito aberrante, é mais propenso a se manifestar nesses extremos de idade (FLOREA A, et al., 2023). No caso relatado, a gestante tinha 32 anos e ainda não contava com esse fator de risco para o ocorrido, porém já próximo a idade de risco.

Além disso, gestações molares antecedentes contribuem para um risco aumentado de 1 a 2% para gestações futuras. Deve-se notar que pacientes com uma mola hidatiforme parcial têm maior probabilidade de desenvolver outra, ao contrário de pacientes com uma mola hidatiforme completa (FLOREA A, et al., 2023).

O impacto da raça/etnia no desenvolvimento de gestações molares também tem sido objeto de investigação. Vários estudos indicaram que mulheres asiáticas manifestam a suscetibilidade mais pronunciada, enquanto, mulheres negras e hispânicas possuem uma propensão diminuída para a ocorrência dessa patologia (FLOREA A, et al., 2023). As pesquisas existentes ainda não elucidaram ao certo a relação entre a ocorrência de MH em mulheres americanas, como a do caso.

Além desses fatores, deficiências em vitaminas A e B9 durante as primeiras semanas gestacionais podem deteriorar a diferenciação dos ovócitos em fetos femininos. A insuficiência de vitamina A leva a um desenvolvimento incompleto dos ovócitos e impede a progressão precisa da meiose II. As deficiências de folato perturbam as proteínas normais e a síntese de DNA, que têm um impacto na diferenciação dos ovócitos e do zigoto. Tanto a vitamina A quanto os folatos também intervêm no processo de metilação do DNA. Essas irregularidades de metilação impactam os genes impressos dentro dos ovócitos, onde a metilação materna desaparece e é substituída pela paterna. Este fenômeno explica por que as mulheres afetadas podem desenvolver uma MH com parceiros diferentes (FLOREA A, et al., 2023). Novamente, o prontuário não consta informações dos exames laboratoriais da paciente durante a gestação.

As complicações maternas podem incluir insuficiência renal aguda, edema pulmonar, doença do desconforto respiratório do adulto, eventos cerebrovasculares puerperais, síndrome da coagulação intravascular disseminada, problemas de ventilação e mortalidade materna. Da mesma forma, o feto e o recém-nascido correm maior risco de complicações pré e pós-natais (LUKINOVIC N, et al., 2022 e LURAIN JR, 2010).

O tratamento da MH consiste em duas fases: esvaziamento uterino e seguimento pós-molar (IMAFUKU H, et al., 2018). Sendo assim, um pilar importante para esse manejo consiste em um diagnóstico precoce e evacuação imediata com acompanhamento até a normalização dos níveis séricos de hCG (SHAZLY SAEM, et al., 2012).

Dentre as possibilidades de tratamento para MH a evacuação por sucção e curetagem, idealmente realizada sob orientação de ultrassom, é o método preferido de evacuação de uma gravidez molar independentemente do tamanho uterino, se a manutenção da fertilidade for desejada. Já a histerectomia é uma alternativa à curetagem se a gravidez tiver sido concluída. Nesse último manejo os anexos podem ser deixados intactos mesmo na presença de cistos tecaluteínicos e além de evacuar a gravidez molar, também fornece esterilização permanente e elimina o risco de invasão miometrial local como causa de doença persistente (TIEZZI DG, et al., 2005).

A indução médica do trabalho de parto e a histerotomia não são recomendadas para a evacuação molar como primeiras opções, pois esses métodos aumentam a morbidade materna e o desenvolvimento de Doença Trofoblástica Gestacional Persistente que requer quimioterapia (PALAZUELO CEM, et al., 2023). Qualquer mulher para a qual a terapia inicial para mola invasiva tenha falhado ou que tenha um diagnóstico de coriocarcinoma deve ser encaminhada a um médico, e no caso dessa última, a quimioterapia será considerada (FEBRASGO, 2019). Como apresentado no caso relatado, uma gravidez gemelar consistindo de uma mola completa e um feto normal ocorre cerca de uma vez a cada 22.000-100.000 gestações, e neste caso, pacientes com um feto normal devem ser advertidas de que podem estar em aumento do risco de hemorragia e complicações médicas, bem como desenvolvimento de neoplasia gestacional trofoblástica persistente. A evacuação por sucção e curetagem na sala de cirurgia são recomendadas para a interrupção desejada da gravidez, sangramento ou complicações, no entanto, até 40% dessas gestações resultarão em fetos viáveis normais se continuarem (BRAGA A, et al., 2017).

A gravidez gemelar com uma mola hidatiforme completa e um feto viável é uma condição extremamente rara e necessária para a medicina. O prognóstico dessas gestações ainda é incerto, devido à escassez de pesquisas que abordem seu manejo adequado. No entanto, as evidências indicam que o diagnóstico precoce é essencial para um acompanhamento rigoroso, incluindo o controlo dos níveis de hCG e exames ultrassonográficos frequentes, permitindo monitorizar o crescimento fetal e a evolução da mola. Esses cuidados são fundamentais para aumentar as chances de um desenvolvimento positivo, destacando a necessidade de mais estudos para reduzir as lacunas científicas e aprimorar as estratégias de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. BERKOWITZ RS, GOLDSTEIN DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. Gynecol Oncol, 2013; 128(1): 3-5.
2. BRAGA A, et al. A twin pregnancy with a hydatidiform mole and a coexisting live fetus: prenatal diagnosis, treatment, and follow-up. Med Commun Sp, 2017; 17: 299-305.
3. FEBRASGO. Doença trofoblástica gestacional: Anomalia proliferativa acomete as células do tecido trofoblástico placentário, cito e sinciciotrofoblasto. Femina, 2019; 47(1). Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ01Z-ZJanZ2019.pdf
4. FLOREA A, et al. Hydatidiform Mole—Between Chromosomal Abnormality, Uniparental Disomy and Monogenic Variants: A Narrative Review. Life, 2023; 13: 2314.
5. GARCIA JB, et al. Management of a complete mole and coexisting fetus in post-dobbs world. Gynecol Oncol Rep, 2024; 52.
6. GUPTA K, et al. Early Detection by Ultrasound of Partial Hydatidiform Mole With a Coexistent Live Fetus. WMJ, 2015; 114(5).
7. HOFFNER L, SURTI U. The genetics of gestational trophoblastic disease: a rare complication of pregnancy. Cancer Genet, 2012; 205(3): 63-77.
8. IMAFUKU H, et al. Ultrasound and MRI Findings of Twin Pregnancies with Complete Hydatidiform Mole and Coexisting Normal Fetus: Two Case Reports. Kobe J Med Sci, 2018; 64(1): 1-5.
9. LIN M, et al. When a vesicular placenta meets a live fetus: case report of twin pregnancy with a partial hydatidiform mole. BMC Pregnancy Childbirth, 2021.
10. LIPI LB, et al. A challenging case of twin pregnancy with complete hydatidiform mole and co-existing normal live fetus - A case report and review of the literature. Gynecol Oncol Rep, 2019; 5(31): 1-5.
11. LUKINOVIC N, et al. Advances in diagnostics and management of gestational trophoblastic disease. Radiol Oncol, 2022; 56(4): 430-439.
12. LURAIN JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol, 2010; 203: 531-539.
13. MASSARDIER J, et al. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexistent fetus: obstetrical and oncological outcomes in a series of 14 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2009; 143(2): 84-87.
14. MATSUI H, et al. Hydatidiform mole coexistent with a twin live fetus: a national collaborative study in Japan. Hum Reprod, 2000; 15(3): 608-611.
15. NGAN HYS, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. Obstet Gynecol, 2021; 155(1): 86-93.
16. NGAN HYS, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update, FIGO cancer report. Obstet Gynecol, 2021; 155: 86-93.
17. NGAN HYS, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. Int J Gynaecol Obstet, 2018; 143(2): 79-85.
18. PALAZUELO CEM, et al. Twin pregnancy with incomplete hydatidiform mole and coexistent normal live fetus: A case report and review of the literature. Medicine, 2023.

19. PIURA B, et al. Twin pregnancy with a complete hydatidiform mole and surviving co-existent fetus. Arch Gynecol Obstet, 2008; 278(4): 377-382.
20. QU QH, et al. Partial hydatidiform mole pregnancy ended in full-term delivery of a normal infant: a case presentation. Am J Transl Res, 2022; 14(8): 5740-5745.
21. SANTOSO DPJ, et al. Partial hydatidiform mole and coexistent live fetus with placenta previa: a case report. Ann Med Surg, 2023; 12: 194.
22. SEBIRE NJ, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatidiform mole and healthy co-twin. Lancet, 2002; 359(9324): 2165-2166.
23. SECKL MJ, et al. Gestational trophoblastic disease. Lancet, 2010; 376(9742): 717-729.
24. SHAZLY SAEM, et al. Twin pregnancy with complete hydatidiform mole and coexisting fetus following ovulation induction with a non-prescribed clomiphene citrate regimen: a case report. J Med Case Rep, 2012; 6: 1-5.
25. SOPER JT, et al. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No. 53. Gynecol Oncol, 2004; 93: 575-585.
26. SOPER JT. Gestational Trophoblastic Disease Current Evaluation and Management. Obstet Gynecol, 2021; 137(2): 355-370.
27. SORIANO-ESTRELLA AL, et al. Placental Mosaicism in Multiple Gestation: Complete Hydatidiform Mole with Coexisting Twin Fetus. Acta Med Philippina, 2024; 58(11): 81-89.
28. SUKSAI M, et al. Complete hydatidiform mole with co-existing fetus: Predictors of live birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2017; 212: 1-8.
29. TIEZZI DG, et al. Fatores de risco para doença trofoblástica gestacional persistente. Rev Bras Ginecol Obstet, 2005; 27(6): 331-339.