SCRIPTA SCIENTIA
ISSN: 3134-5824 | Vol. 1 (2026)

Publicado por
ChauxLab Institute

REPORTE DE CASO

Mola hidatiforme parcial con retención prolongada de feto momificado (papiráceo) en una adolescente

Lucía Benítez Cañete[1], Carmen Espínola[1], Daisy Gill[1], Ruth Cabrera[1], Oscar Melgarejo[1], Alma Graciela González de Lamas[2]

[1]Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Distrital Tomás Romero Pereira de María Auxiliadora, Itapúa, Paraguay; [2]Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Sol, Ciudad del Este

Recibido: 17 ago 2026
Aceptado: 21 oct 2026
Publicado: 26 oct 2026

DOI: 10.66201/ss.v1.64

Licencia Creative Commons Atribución Internacional 4.0 (CC-BY)

RESUMEN

Se presenta una adolescente de 16 años, secundigesta con cesárea previa, con sangrado vaginal, dolor hipogástrico, amenorrea de 23 semanas y 2 días y altura uterina menor a la esperada. La ecografía transvaginal mostró masa placentaria con microquistes y sin feto visible; la β-hCG previa a la evacuación fue 2.443,74 mUI/mL. La aspiración manual endouterina extrajo un saco amniótico íntegro con un feto momificado de ≈12 semanas. La histopatología fue compatible con mola hidatiforme parcial, sin p57, ploidía ni genotipificación. La β-hCG bajó a 78,20 mUI/mL al día 8, 22,8 al día 10 y 7,5 mUI/mL al día 17; la prueba cualitativa en suero fue negativa al día 24. Seguimiento de 24 días, sin neoplasia trofoblástica gestacional. La ausencia de feto en la ecografía no excluye restos fetales ni mola parcial; todo producto vesicular requiere histopatología y vigilancia con β-hCG.

Palabras clave: mola hidatiforme, enfermedad trofoblástica gestacional, feto papiráceo, gonadotropina coriónica humana, aborto retenido, adolescente.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) abarca un espectro heterogéneo de trastornos proliferativos originados en el trofoblasto placentario (1,2). Dentro de las formas premalignas, la mola hidatiforme parcial (MHP) surge típicamente de una fertilización dispérmica de un ovocito haploide, resultando en un cariotipo triploide diándrico (69,XXY o 69,XXX o, con menor frecuencia, 69,XYY) (3,4). A diferencia de la mola completa, la MHP se caracteriza histológicamente por la presencia focal de vellosidades coriales edematosas con cisternas y, por la posible presencia de tejido fetal o embrionario, o de evidencia de su existencia previa (3).

Este informe describe la retención in utero durante aproximadamente 11 semanas de un feto momificado (papiráceo), íntegro, dentro de su saco amniótico cerrado, en el contexto de una gestación molar parcial que simuló un aborto retenido en una paciente adolescente. La presentación destaca el desafío ecográfico y la importancia de la evaluación histopatológica sistemática en abortos diferidos. Hasta donde alcanzó la búsqueda bibliográfica descrita a continuación, no se identificó un caso equivalente. Este reporte sigue las guías CARE (5).

Se consultó PubMed el 14/10/2026 y se repitió el 19/10/2026, sin restricción de fecha de inicio ni de idioma, con la siguiente consulta:

```
("partial hydatidiform mole"[tiab] OR "partial mole"[tiab] OR "partial molar"[tiab]) AND ("fetus papyraceus"[tiab] OR "mummified fetus"[tiab] OR
```

Correspondencia: Lucía Benítez Cañete.
✉ canetelucia43@gmail.com.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.
Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

```
"fetal mummification"[tiab] OR "retained
fetus"[tiab] OR "missed abortion"[tiab] OR "fetal
demise"[tiab] OR "coexisting fetus"[tiab] OR
"coexistent fetus"[tiab] OR "coexistent live
fetus"[tiab])
```

Se recuperaron 65 registros, cribados por título y resumen con un criterio de inclusión: mola hidatiforme parcial, confirmada o sospechada, con un feto o resto fetal muerto retenido en el útero. Ningún registro lo cumplió. Los más próximos fueron un caso de mola parcial con hidrops que causó la muerte fetal intrauterina en el tercer trimestre (6), una serie ecográfica de molas parciales en la que el saco contenía ecos de un feto macerado (7) y un caso de mola de Breus asociada a mola parcial en un neonato triploide de 23 semanas (8). La mayoría de los registros describían gestaciones gemelares con un feto vivo y una mola parcial o completa, o el diagnóstico diferencial con la displasia mesenquimal placentaria. La búsqueda no pretende ser exhaustiva: se limitó a una base de datos y no incluyó el texto completo de los registros.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos de la paciente

Paciente femenina de 16 años de edad, residente en Paraguay. Como antecedentes obstétricos, secundigesta con una cesárea previa realizada 1 año y 5 meses antes del evento actual (G2, A0, partos vaginales 0, cesáreas 1; en la notación de la historia clínica perinatal: G2 P0 C1 A0). Sin antecedentes patológicos personales ni familiares de enfermedad trofoblástica o neoplasias.

Acudió al Servicio de Urgencias de un hospital distrital el día previo a la evacuación (día −1). Por la fecha de última menstruación (FUM), la amenorrea cronológica era de 23 semanas y 2 días. El motivo de consulta fue la aparición súbita de sangrado vaginal anormal de escasa a moderada cantidad asociado a dolor cólico en hipogastrio de 24 horas de evolución.

Hallazgos clínicos

Al examen físico de ingreso, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable (PA: 110/70 mmHg, FC: 82 bpm, afebril). La exploración abdominal reveló un útero grávido palpable a nivel supraúbico con altura uterina menor a la esperada para 23 semanas. En la especuloscopía se constató cuello uterino cerrado con moderado sangrado de origen endocervical, sin salida espontánea de tejido vesicular ni fetal en ese momento.

Hemograma (día −1): hemoglobina 13,4 g/dL, hematocrito 43 %, plaquetas 209.000/mm³, leucocitos 9.500/mm³; grupo A, Rh positivo; coagulograma normal (actividad de protrombina 80 %, INR 1,10); HBsAg negativo; VDRL y test rápido de HIV no reactivos; proteína C reactiva <6 mg/L; ECG normal (ritmo sinusal, FC 75 lpm); peso 47 kg y talla 158 cm (IMC 18,8). Inmunoglobulina anti-D: no indicada (Rh positivo). No se dispone de función hepática al ingreso ni del volumen estimado de sangrado.

La ecografía abdominal y transvaginal, realizada el día −1 en una clínica privada, previa al ingreso hospitalario, por un especialista en ginecología y obstetricia, mostró un útero grávido aumentado de tamaño, aunque menor al esperado para la edad gestacional por FUM (12 × 10 × 8 cm) ocupado por una masa placentaria heterogénea con múltiples microquistes anecoicos («patrón en panal de abejas»). No se identificó visualmente saco gestacional ni estructuras fetales claras en el rastreo ecográfico inicial. El ovario derecho fue normal y el izquierdo no pudo visualizarse; el informe sugirió estudiar el material de legrado por sospecha de embarazo molar y no refiere evaluación Doppler. La cronología del caso se resume en la Tabla 1.

Momento	Hito clínico / diagnóstico / intervención	Resultado / nivel de β-hCG
Semana 0	Fecha de última menstruación (FUM)	Inicio de amenorrea cronológica
≈ semana 12 de amenorrea (estimación retrospectiva)	Probable muerte o detención del desarrollo fetal in utero, estimada por el tamaño aparente del feto (sin somatometría formal)	Inicio de la momificación fetal
Día −1 (semana 23+2)	Ecografía abdominal y transvaginal en una clínica privada; luego ingreso a Urgencias de un hospital distrital. Hemograma: Hb 13,4 g/dL, Hto 43 %, plaquetas 209.000/mm³; grupo A, Rh positivo; coagulograma normal; HBsAg negativo; VDRL y VIH rápido no reactivos.	Placenta en «panal de abejas». No se visualizó saco gestacional ni feto. Útero de 12 × 10 × 8 cm.
Día 0	Dosaje basal de β-hCG, previo a la evacuación. AMEU quirúrgica. Inmunoglobulina anti-D: no correspondía (Rh positivo). ECG y radiografía de tórax basales.	β-hCG: 2.443,74 mUI/mL. Extracción de feto momificado entero (≈12 semanas, estimación visual) en saco amniótico.
Día 1	Alta médica. Anticonceptivos orales combinados (MSPBS).	Indicación de pauta de seguimiento seriado.
Día 7	Informe de anatomía patológica.	Diagnóstico morfológico compatible con mola hidatiforme parcial. No se realizaron p57, ploidía ni genotipificación.
Día 8	Control de β-hCG pos-AMEU.	β-hCG: 78,20 mUI/mL (descenso >96 %)
Día 10	Control de β-hCG pos-AMEU.	β-hCG: 22,8 mUI/mL

Momento	Hito clínico / diagnóstico / intervención	Resultado / nivel de β-hCG
Día 17	Control de β-hCG pos-AMEU, prueba cualitativa de β-hCG, hemograma, función renal y perfil tiroideo.	β-hCG: 7,5 mUI/mL (no gestante: <5); prueba cualitativa negativa. Hb 14,4 g/dL, plaquetas 272.900/mm³; creatinina 0,54 mg/dL; TSH 2,01, T3 1,49 y FT4 0,85 sin alteraciones relevantes.
Día 24	Prueba cualitativa de β-hCG en suero.	Negativa
Después del día 24	No se realizaron controles posteriores.	Seguimiento documentado: 24 días

Evaluación diagnóstica

El diagnóstico preoperatorio se orientó primariamente a mola completa o aborto retenido con cambios hidrópicos por la ausencia ecográfica de feto. Sin embargo, la posterior extracción de un feto entero de 12 semanas evidenció que la ecografía inicial no detectó el saco ni el feto momificado; esto podría explicarse por su pequeño tamaño, su compresión y su ubicación entre tejido molar.



Figura 1. Feto momificado extraído mediante AMEU (fotografía intraoperatoria, sin escala métrica; se observa la cánula de aspiración).

No se dispone de somatometría formal del feto (longitud cráneo-nalgas, longitud del pie, peso). La edad somática (≈12 semanas) corresponde a una estimación visual de su tamaño al momento de la evacuación (Figura 1, fotografía sin escala métrica). La fecha aproximada de la muerte fetal se infirió asumiendo crecimiento normal hasta la detención, por lo que las ≈11 semanas de retención constituyen una estimación de baja precisión; se declara como limitación.

El examen macroscópico del tejido trofoblástico mostró fragmentos espongiformes de 8,7 × 7,5 cm con vesículas traslúcidas (Figura 2). El examen microscópico mostró vellosidades coriales de contornos festoneados, degeneración hidrópica central (cisternas) y proliferación trofoblástica focal sin atipia maligna, hallazgos morfológicamente compatibles con mola hidatiforme parcial. No se realizaron p57, ploidía ni genotipificación, por no estar disponibles en el servicio y por no contar la paciente con posibilidad económica de costearlos. En ausencia de estos estudios, el diagnóstico se sustenta en criterios morfológicos, cuya reproducibilidad es limitada para distinguir la MHP de la mola completa y del aborto hidrópico (4,9). La inmunohistoquímica para p57 permite excluir una mola completa, pero no distingue la MHP de un aborto no molar, para lo cual se requiere ploidía o genotipificación (9).



Figura 2. Tejido trofoblástico vesicular aspirado por AMEU (fotografía intraoperatoria, sin escala métrica).

La determinación basal (día 0) se procesó en un laboratorio privado y los controles posteriores en el laboratorio de un hospital general, ambos por quimioluminiscencia (punto de corte en no gestantes: <5 mUI/mL); al no haberse procesado todas en el mismo laboratorio, la comparación entre valores está limitada por la

variabilidad interensayo. Las pruebas cualitativas inmunocromatográficas (días 17 y 24) no equivalen a una cuantificación.

Intervención terapéutica

El día 0 se procedió a la evacuación uterina programada (unas 17 horas después del ingreso, tras estudios preoperatorios) mediante aspiración manual endouterina (AMEU) bajo anestesia raquídea, indicada por sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (embarazo molar probable) por la ecografía, con sangrado vaginal escaso y dolor hipogástrico; el diagnóstico de egreso consignado fue «gestación interrumpida». Durante la evacuación, al dilatar el canal endocervical, se extrajo de forma completa e intacta un saco amniótico cerrado que contenía un feto momificado (papiráceo) de tamaño aparente compatible con ≈12 semanas (estimación visual, sin somatometría formal), seguido de la aspiración del tejido vesicular placentario.

Antes del procedimiento se firmó el consentimiento escrito, se completó la evaluación preoperatoria (ECG y radiografía de tórax la mañana del procedimiento) y la paciente permaneció estable con sangrado escaso; fue dada de alta el día 1 con amoxicilina 500 mg cada 8 h por 7 días, sulfato ferroso 500 mg cada 12 h por 1 mes y control en consultorio a los 7 días.

La indicación documentada fue la sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (embarazo molar probable) por la ecografía, con sangrado escaso y dolor hipogástrico, es decir, una evacuación molar. Para una amenorrea de 23 semanas y 2 días por FUM, la OMS recomienda la dilatación y evacuación en lugar de la aspiración, que reserva para gestaciones de menos de 14 semanas (10). Aquí el volumen uterino ecográfico (12 × 10 × 8 cm), la ausencia de un feto visible de tamaño acorde con la amenorrea y la estabilidad hemodinámica son coherentes con un contenido uterino de tamaño de primer trimestre, y el feto extraído medía ≈12 semanas. No se documentó la deliberación previa frente a la dilatación y evacuación o la inducción médica, ni el efecto de la cesárea previa en esa decisión; se declara como limitación.

Al alta hospitalaria (día 1), se indicó inicio inmediato de anticoncepción oral combinada provista de manera gratuita por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) de Paraguay para prevenir un nuevo embarazo durante el período de vigilancia con β-hCG (1,2,11). La indicación fue mantenerla por un mínimo de 1 año (hoja de indicaciones del día 0), con consejería adicional el día 8.

Seguimiento y resultados

La paciente mostró una evolución clínica favorable, sin complicaciones inmediatas. El valor basal de β-hCG cuantitativa previo a la evacuación (día 0) fue de 2.443,74 mUI/mL. A los 8 días pos-AMEU, la β-hCG descendió a 78,20 mUI/mL. Posteriormente, la β-hCG fue de 22,8 mUI/mL al día 10 y de 7,5 mUI/mL al día 17, valor aún ligeramente superior al punto de corte del laboratorio para no gestantes (<5 mUI/mL). Las pruebas cualitativas de β-hCG fueron negativas los días 17 y 24.

No se realizaron controles posteriores al día 24; el seguimiento documentado es, por tanto, de 24 días y sin confirmación cuantitativa de β-hCG <5 mUI/mL. El esquema indicado a la paciente (cuaderno de seguimiento) fijaba β-hCG cuantitativa los días 8, 15 y 22 y luego mensual durante 6 meses, con radiografía de tórax al día 15 y, más adelante, a los 6 y a los 11 meses. Los resultados disponibles corresponden a los días 8, 10, 17 y 24. Las guías vigentes recomiendan confirmar la normalización con determinaciones adicionales antes de concluir la vigilancia de una MHP (1,2,11,12); en esta paciente no se completó dicha confirmación. Hasta el último control disponible (día 24) no se observó evidencia de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG), entendida como meseta o aumento de β-hCG según los criterios de la FIGO (1). La radiografía de tórax basal (día 0, previa a la evacuación, como parte de la evaluación preoperatoria) se informó sin lesiones pulmonares evidentes; este hallazgo no excluye por sí solo enfermedad metastásica.

Perspectiva de la paciente

La paciente y su madre expresaron gratitud por la atención oportuna en el servicio de urgencias y la resolución quirúrgica mediante AMEU sin complicaciones. Refirieron sentirse aliviadas y tranquilas tras comprender la evolución favorable inicial y la necesidad de completar el seguimiento, y la gratuidad del tratamiento anticonceptivo y de seguimiento proporcionado por el sistema de salud.

DISCUSIÓN

La coexistencia de un feto momificado íntegro con una mola parcial es una presentación infrecuente; los reportes publicados de MHP con feto coexistente describen con frecuencia gestaciones gemelares con un feto vivo (13,14,15); en el segundo trimestre pueden complicarse con preeclampsia, sospecha de crisis tirotóxica o espectro de placenta accreta, sobre todo con cesáreas previas (15), mientras que nuestra paciente, con una cesárea previa, no presentó hiperten-

sión (PA 110/70 mmHg) y tuvo TSH, T3 y FT4 normales al día 17. A diferencia de la mola completa (androgenética, habitualmente 46,XX (3,4)), la mola parcial conserva el genoma materno y permite la organogénesis primaria (3). No obstante, la triploidía se asocia habitualmente a pérdida gestacional temprana (3,4,16); sin cariotipo, no puede confirmarse la triploidía de este feto. En este caso, el feto permaneció in utero durante aproximadamente 11 semanas, sin signos clínicos de infección, con un proceso compatible con momificación y membranas ovulares íntegras.

El término «feto papiráceo» se emplea clásicamente en gestaciones múltiples para describir un feto muerto y comprimido; aquí se usa de forma descriptiva para un feto único momificado, por lo que se prefiere «feto momificado (papiráceo)». Sin genotipificación no puede excluirse una gestación gemelar con un componente molar y otro no molar, ni diferenciar con certeza la MHP del aborto hidrópico (3,4,9).

El descenso sostenido de la β-hCG (2.443,74, 78,20, 22,8 y 7,5 mUI/mL en 17 días) es un resultado favorable, aunque el último valor cuantitativo aún supera el punto de corte de 5 mUI/mL y los valores proceden de laboratorios distintos. La mayoría de las MHP evolucionan sin NTG, pero el riesgo no es nulo, por lo que la vigilancia debe completarse según las guías (1,2,11,12); con el seguimiento disponible no puede descartarse una evolución tardía, y los hallazgos deben interpretarse como evolución inicial favorable.

Entre las fortalezas se cuentan la documentación cronológica del caso, el estudio histopatológico del material evacuado y la cinética de la β-hCG, con un descenso superior al 96 % al día 8. Las limitaciones son: (1) el diagnóstico se basa en criterios morfológicos, sin p57, ploidía, genotipificación ni cariotipo (no disponibles en el servicio ni costeables por la paciente); (2) la edad gestacional se calculó por FUM, sin ecografía temprana que la confirme; (3) la edad fetal y el momento de la muerte se estimaron de forma retrospectiva y visual, sin somatometría formal; (4) el seguimiento documentado se limita a 24 días, sin confirmación cuantitativa de β-hCG <5 mUI/mL, y no permite descartar una NTG tardía; las determinaciones se procesaron en laboratorios distintos; (5) la ecografía inicial no identificó el feto y no puede excluirse una gestación gemelar sin genotipificación; (6) no se documentó el razonamiento de la elección de la AMEU para una amenorrea de 23 semanas; y (7) se trata de un solo caso.

La ausencia de feto en el ultrasonido no excluye la presencia de un feto o de restos fetales ni descarta la mola parcial. Todo aborto diferido de apariencia vesicular requiere estudio histopatológico y seguimiento seriado con β-hCG para detectar oportunamente una eventual NTG (1,2).

ÉTICA

Se obtuvo el asentimiento informado de la paciente (16 años) y el consentimiento informado escrito de su representante legal (madre) para la publicación anonimizada de este caso y de sus datos clínicos y analíticos (los documentos firmados obran en poder de los autores). Se omitieron los identificadores directos (nombre, iniciales, número de historia clínica, número de informe anatomopatológico y localidad de residencia) y las fotografías incluidas no permiten identificar a la paciente. El hospital donde se atendió a la paciente no cuenta con un comité de ética en investigación; al tratarse de la comunicación de un caso único atendido en la práctica asistencial habitual, con consentimiento y asentimiento para su publicación y con datos anonimizados, no se solicitó aprobación de un comité, y el reporte se ajusta a la Declaración de Helsinki.

REFERENCIAS

1. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet. 2021;155 Suppl 1:86-93. https://doi.org/10.1002/ijgo.13877
2. Lok C, Van Trommel N, Braicu EI, Planchamp F, Berkowitz R, Seckl M, et al. Practical guidelines for the treatment of gestational trophoblastic disease: collaboration of the EOTTD-ESGO-GCIG-ISSTD. J Clin Oncol. 2025;43(18):2119-28. https://doi.org/10.1200/JCO-24-02326
3. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. Lancet. 2010;376(9742):717-29. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60280-2
4. Banet N, DeScipio C, Murphy KM, Beierl K, Adams E, Vang R, et al. Characteristics of hydatidiform moles: analysis of a prospective series with p57 immunohistochemistry and molecular genotyping. Mod Pathol. 2014;27(2):238-54. https://doi.org/10.1038/modpathol.2013.143
5. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol. 2017;89:218-35. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026
6. Panthi A, Bhattarai M, Katwal S, Bhandari S, Baral R, Bhusal M, et al. Partial molar pregnancy with hydrops fetalis causing intrauterine fetal demise: a case report. Clin Case Rep. 2023;11(10):e8006. https://doi.org/10.1002/ccr3.8006

7. Flici O, Tadjerouni A, Elkazen N, Robyn C. Môle embryonnaire: intérêt de l'échographie. À propos de 9 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1983;12(2):167-76. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6863867/
8. Kim DT, Riddell DC, Welch JP, Scott H, Fraser RB, Wright JR. Association between Breus' mole and partial hydatidiform mole: chance or can hydropic villi precipitate placental massive subchorionic thrombosis? Pediatr Pathol Mol Med. 2002;21(5):451-9. https://doi.org/10.1080/02770930290097507
9. Murphy KM, McConnell TG, Hafez MJ, Vang R, Ronnett BM. Molecular genotyping of hydatidiform moles: analytic validation of a multiplex short tandem repeat assay. J Mol Diagn. 2009;11(6):598-605. https://doi.org/10.2353/jmoldx.2009.090039
10. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483
11. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, Golfier F, Massuger L, Sessa C; ESMO Guidelines Working Group. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013;24 Suppl 6:vi39-50. https://doi.org/10.1093/annonc/mdt345
12. Lok C, van Trommel N, Massuger L, Golfier F, Seckl M; Clinical Working Party of the EOTTD. Practical clinical guidelines of the EOTTD for treatment and referral of gestational trophoblastic disease. Eur J Cancer. 2020;130:228-40. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.02.011
13. Libretti A, Longo D, Faiola S, De Pedrini A, Troìa L, Remorgida V. A twin pregnancy with partial hydatidiform mole and a coexisting normal fetus delivered at term: a case report and literature review. Case Rep Womens Health. 2023;39:e00544. https://doi.org/10.1016/j.crwh.2023.e00544
14. Tolcha FD, Usman AK, Senbeta HB, Tadesse TM. A twin pregnancy of partial mole coexisting with a normal fetus: a case report. Int Med Case Rep J. 2022;15:275-80. https://doi.org/10.2147/IMCRJ.S362339
15. Al-Saad KG, Naameh J, Al-Saad E, Ibrahim AA. Partial molar pregnancy with a viable twin complicated by placenta accreta spectrum: a case report. Int J Surg Case Rep. 2026;138(4):1406-11. https://doi.org/10.1097/RC9.0000000000000307
16. Zeng C, Chen Y, Zhao L, Wan B. Partial hydatidiform mole and coexistent live fetus: a case report and review of the literature. Open Med (Wars). 2019;14:843-6. https://doi.org/10.1515/med-2019-0098