

Diagnóstico de Mola Hidatiforme com Complicações em Gestação de Segundo Trimestre em um Serviço de Obstetrícia em Santa Catarina: Relato de Caso.

Nadhine Feltrin Ronsoni,¹ Vitória Radichewski,² Kamille Feltrin Ronsoni,² Pauline Cureau Miechuanski.³

1. Médica residente em Ginecologia e obstetrícia no Hospital Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG) da Secretaria Estadual da Saúde, São José, Santa Catarina, Brasil.
2. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, campus Prof. João David Ferreira Lima, Florianópolis, SC, Brasil.
3. Médica ginecologista e obstetra, Hospital Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG) da Secretaria Estadual da Saúde, São José, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Introdução. As doenças trofoblásticas gestacionais englobam uma ampla gama de doenças que se relacionam com a proliferação anormal de característica benigna ou maligna do epitélio trofoblástico. A mola hidatiforme, completa ou incompleta, enquadra-se como doença benigna. **Objetivos.** Descrever um caso de mola hidatiforme parcial e suas complicações com diagnóstico em gestação de segundo trimestre. **Relato de Caso.** Paciente com 24 anos de idade, sexo feminino, primigesta, idade gestacional de 17 semanas e 3 dias procura o serviço de emergência devido a sangramento vaginal e dor em hipogástrio, evoluindo com náuseas e vômitos de difícil controle e elevação importante da pressão arterial. Exames laboratoriais apresentaram beta-HCG dois milhões mIU/ml. Posteriormente houve eliminação espontânea de feto neomorto acompanhado de material vesiculoso. O diagnóstico histológico foi de mola hidatiforme parcial com feto sem mal-formações. No seguimento apresentou gradual queda nos níveis de beta-HCG. **Conclusões.** Protocolos bem estabelecidos de diagnóstico e seguimento da doença trofoblástica gestacional por parte dos serviços especializados em obstetrícia tornam-se ferramenta-chave na descoberta precoce e correto manejo dos casos para prevenir complicações e reduzir a morbidade materna.

DOI: <https://doi.org/10.32963/bemufsc.v8i2.5378>

Indexadores: Mola Hidatiforme; Doença Trofoblástica Gestacional; Complicações na Gravidez; Pré-Eclâmpsia. Submetido em 16/6/2022; aceito para publicação em 28/10/2022.

Os autores declaram não possuir conflito de interesse.

Autor para contato: Nadhine Feltrin Ronsoni. E-mail: nadhinef.ronsoni@hotmail.com

Introdução

O termo “mola hidatiforme” se refere a uma complicação gestacional do grupo denominado Doenças Trofoblásticas Gestacionais (DTGs), relacionadas à proliferação anormal do epitélio trofoblástico. Nesse grupo estão incluídas as afecções de origem benigna, mola hidatiforme completa e incompleta (parcial), bem como as malignas, como a neoplasia trofoblástica gestacional e o coriocarcinoma.¹

A mola hidatiforme apresenta discrepante incidência entre as regiões do mundo. Nota-se diferença entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, havendo variação de frequência de 1:1000 nascimentos e 4,4:1000 nascimentos, respectivamente,^{2,3} cogitando-se como motivos fatores socioeconômicos e dietéticos.³ No Reino

Unido, 3 em cada 1000 gestações são molas hidatiformes incompletas. Ainda, há associação entre maior incidência de gravidez molar em casos de história prévia, baixo consumo de caroteno e gordura animal e na idade materna avançada devido à maior relação com anormalidades na fertilização.³

A classificação da mola hidatiforme depende do cariótipo. A mola completa tem origem de oócito anucleado ativo fecundado por um espermatozóide diplóide, que resulta em cariótipo 46 XX ou 46 XY, de origem totalmente paterna. A mola hidatiforme incompleta é consequência da união de um oócito haplóide por um espermatozóide diplóide, ou por dois espermatozóides, que originam um cariótipo triploide 69 XXX, 69 XXY, ou 69 XYY, com origem materna e paterna.⁴ Tais diferenças

culminam em conteúdos gestacionais distintos: a mola completa apresenta tecido proveniente da proliferação trofoblástica anormal e ausência de feto e a mola incompleta apresenta feto e tecido trofoblástico.^{1,4}

Valores de beta-HCG superiores ao esperado para a idade gestacional devem levar à cogitação da possibilidade da DTG.¹ Devido aos elevados níveis desse hormônio, a paciente pode apresentar náuseas e vômitos frequentes, podendo culminar em quadro de hiperêmese gravídica. Em alguns casos, o volume uterino se apresenta maior que o esperado para a idade gestacional. Na ausência de diagnóstico precoce, o quadro clínico pode evoluir com sangramento vaginal de intensidade variável e/ou eliminação de vesículas por via vaginal.⁴

Para o diagnóstico precoce da DTG mostra-se essencial a ultrassonografia de primeiro trimestre,¹ importante para o tanto para o diagnóstico, bem como a diferenciação dos tipos de mola.⁵ A mola hidatiforme completa, apresenta imagens características da massa trofoblástica com aparência de “cachos de uva” ou “tempestade de neve”, associados ao edema das vilosidades.^{1,5} Já a mola hidatiforme incompleta, além desses achados, apresenta feto que pode ter vitalidade e, possivelmente, malformações genéticas. Outros achados ultrassonográficos frequentes são cistos ovarianos tecaluteínicos resultantes dos níveis hormonais elevados.⁶

A partir da suspeita de DTG, a realização de radiografia de tórax para avaliação pulmonar, sítio comum de metástase na forma maligna da doença,⁵ dosagens de hormônio tireoestimulante (TSH), coagulograma e hemograma se fazem essenciais para prevenir e diagnosticar complicações.^{1,5}

O esvaziamento uterino por meio de curetagem ou aspiração se constitui a conduta preconizada a partir da suspeita clínica.¹ O conteúdo deve ser encaminhado para avaliação anatomopatológica para confirmação. A paciente deve ser mantida em acompanhamento clínico com dosagens seriadas de beta-HCG semanais até apresentar dois resultados negativos e, após, mensais ao longo de um período que varia de cinco

meses a um ano, devido a possibilidade de evolução maligna da patologia.^{1,5,8}

As complicações maternas relacionadas à mola hidatiforme englobam pré-eclâmpsia, aparecendo em 25% dos casos com diagnóstico tardio,⁸ eclâmpsia, insuficiência renal aguda, insuficiência respiratória, alterações na coagulação e possibilidade de evolução da doença inicial para neoplasia trofoblástica gestacional em 15 a 40% das pacientes.^{5,8}

O reconhecimento precoce da doença trofoblástica gestacional possibilita abordagem oportuna e a prevenção de complicações. Este caso clínico retrata as dificuldades diagnósticas e fatores agravantes associados à patologia, o que corrobora a importância da agilidade na resolução do quadro a partir do diagnóstico, de modo a evitar desfechos negativos.

Relato de Caso

Mulher caucasiana de 24 anos, primigesta, com idade gestacional de 17 semanas e 3 dias calculada por ultrassonografia (US) de primeiro trimestre, previamente hígida, chega à emergência queixando-se de sangramento vaginal e dor abdominal. Na caderneta pré-natal, constavam exames laboratoriais de primeiro trimestre normais, e US transvaginal (TV) com feto tópico, biometria compatível com 11 semanas e 3 dias e vitalidade presente, sem outras alterações relatadas. Ao exame físico, foram observados sinais vitais dentro da normalidade, altura uterina (AU) de 22 cm, sangramento ativo de moderada quantidade e colo pérvio ao toque vaginal. Foi internada devido a suspeita de abortamento em curso, para observação clínica. No dia seguinte, evoluiu com astenia, náuseas e vômitos de difícil controle, além de aumento da pressão arterial (PA), com PA sistólica entre 140 a 170 e diastólica entre 90 a 110mmHg. Os resultados dos exames laboratoriais foram: beta-HCG superior a dois milhões mIU/ml, hemoglobina (Hb) de 7,0 g/dL e hematócrito (Ht) 21,1%, TSH inferior à 0,1 UI/ml, relação proteína/creatinina urinária de 2,9, caracterizando pré-eclâmpsia de início precoce, com demais provas

de gravidade sem alterações. Em exame de US via abdominal se observou feto com vitalidade (Figura 1), de biometria compatível com a idade gestacional previamente calculada, além da presença de material heterogêneo, com áreas de microcistos de permeio (Figura 2), corroborando a suspeita de mola hidatiforme parcial. Procedeu-se com a realização de radiografia de tórax e provas de coagulação, com resultados normais.

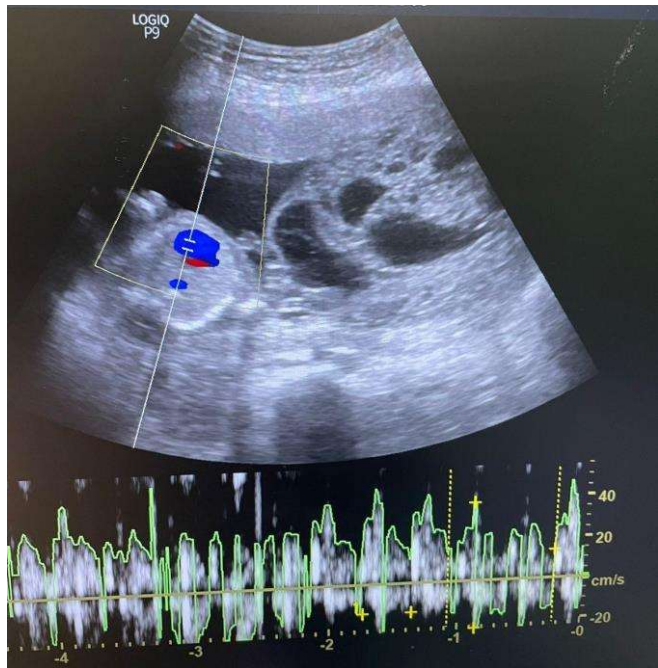


Figura 1. Ultrassonografia via abdominal apresentando feto com atividade cardíaca concomitante à presença de material heterogêneo com áreas anecóicas de permeio, sugestivas de tecido trofoblástico.



Figura 2. Ultrassonografia via abdominal apresentando material heterogêneo, com áreas anecóicas de permeio, com regiões hipoecóicas.

No mesmo dia a paciente iniciou com contrações uterinas, evoluindo para expulsão espontânea de feto ainda vivo e de grande quantidade de material heterogêneo, vesiculoso, evidenciando a suspeita clínica de mola hidatiforme parcial (Figura 3).



Figura 3. Material eliminado espontaneamente contendo tecido trofoblástico e feto neomorto.

Após, evoluiu com sangramento uterino abundante com necessidade de curetagem uterina, administração de medicações uterotônicas (ocitocina 20 UI e ácido tranexâmico 1g endovenosos e misoprostol 800 mcg via retal). Não sendo suficientes para a contenção do sangramento, procedeu-se com a inserção de balão intrauterino, retirado gradualmente 24 horas após. Com diagnóstico de anemia grave (Hb 4,6 g/dL e Ht 13,8 g/dL), transfusão sanguínea foi realizada.

Depois de dois dias recebeu alta hospitalar com melhora do quadro clínico e laboratorial. Conforme orientada, manteve acompanhamento em serviço de referência, apresentando negatização dos valores de beta-HCG 12 semanas após a resolução do quadro. O resultado do exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico clínico.

Discussão

Usualmente diagnostica-se a DTG ao longo do primeiro trimestre de gestação devido às alterações ultrassonográficas.⁹ Contudo, neste caso, a paciente não apresentou as modificações esperadas, como aumento placentário e presença de tecido hidrópico, o qual pode ser observado, geralmente, a partir das 10 semanas.¹⁰ No entanto, a presença de tecido hidrópico na mola hidatiforme parcial é menor que na mola hidatiforme completa, fato que dificulta e atrasa o diagnóstico ultrassonográfico.¹⁰

Corroborando os sinais apresentados pela paciente em questão, o aumento da AU em relação ao esperado para a idade gestacional é uma característica que pode ser encontrada. Em uma série de casos realizada por Jin-Lin Hou e colaboradores, das 113 pacientes revisadas, cerca de 46% apresentou esse sinal.^{11,12} Quanto aos níveis de beta-HCG, espera-se um aumento das subunidades alfa livres e níveis séricos superiores a 60.000 mIU/ml devido ao trofoblasto hiperplásico, principalmente nos casos de molas gestacionais parciais.¹³ A unidade alfa é compartilhada com outros hormônios glicoproteicos, como o TSH e hormônio luteinizante (LH), o que pode ocasionar quadros de hipertireoidismo transitório e hiperêmese gravídica.^{3,12}

Também, conforme observado no quadro apresentado, a pré-eclâmpsia ou eclâmpsia ainda na primeira metade da gestação deve levantar a suspeita para DTG. Essas patologias são as principais causas de morbidade materna na mola hidatiforme.^{5,9} Com o aumento do diagnóstico precoce, essas manifestações tornam-se cada vez menos comuns.^{14,15}

As complicações que se seguiram ao quadro inicial deixam dúvidas quanto a possível continuidade da gestação após o reconhecimento da mola hidatiforme parcial com feto vivo, caso não ocorra um abortamento espontâneo, visto que há a possibilidade de evolução para doença trofoblástica gestacional persistente. Atualmente a literatura é favorável à manutenção da gestação, pois 60% dos

casos evoluem sem aumento da morbidade materna.¹³

A grande maioria dos quadros de mola hidatiforme culminam em aborto espontâneo ainda no primeiro trimestre de gestação,¹⁰ como foi observado nesse caso. A presença de feto vivo sem malformações junto de mola incompleta se mostra infrequente. No entanto, há relatos de nascimentos de fetos diplóides vivos e sem anormalidades.^{5,6,7,12}

Como foi realizado no quadro apresentado, o seguimento da DTG, após interrupção da gestação, é realizado de forma ambulatorial por meio da dosagem de beta-HCG semanal até que se obtenham dois valores consecutivos negativos,^{1,3,8} não havendo diferença de conduta entre mola completa e incompleta.^{5,8} Os casos de aumento ou platô dos valores de beta-HCG despertam a suspeição de uma neoplasia trofoblástica gestacional.⁸ Após a negatificação da dosagem hormonal, essa avaliação deve ser mantida mensalmente por 5 meses.¹⁵ A negatificação dos valores em até 56 dias após o esvaziamento uterino sugere um melhor prognóstico.³ Por fim, recomenda-se a contracepção hormonal oral ou injetável ao longo do seguimento para que não haja confusão entre os diagnósticos de nova gestação e progressão da DTG.¹⁸

Referências

- 1- Andrade JM de. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009 Feb;31(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/TMVGM4TNZJYxSWZ6FqZFBsQ/?lang=pt>
- 2- Choi MC, Lee C, Smith HO, Kim SJ. Epidemiology. In: Hancock BW, Seckl MJ, Berkowitz RS (editores). Gestational trophoblastic disease. 4th edition. New Haven, 2015. Disponível em: <https://congresso.hoe-zo.nl/gtd-book.html>
- 3- Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. The Lancet. 2010 Aug;376(9742):717-29. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20673583/>
- 4- Carrillo Bermúdez L, Alonso Llanes Y, Gutiérrez Herrera M, Couret Cabrera MP, Festary Casanova A, Pino Rivera G. Mola hidatiforme parcial del segundo trimestre. Rev Cuba de

Obstet y Ginecol [Internet]. 2018 Jun 1; 44(2):1-11. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200014&lang=pt

5- Makary R, Mohammadi A, Rosa M, Shuja S. Twin gestation with complete hydatidiform mole and a coexisting live fetus: case report and brief review of literature. *Obstet Med* [Internet]. 2010 Mar 1; 3(1):30-2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4989764/>

6- Molina Maldonado JC, Torrico Aponte WA, Torrico Aponte E. Coexistencia de mola hidatiforme parcial con feto vivo de termino. *Gac Med Bol* [Internet]. 2010; 33(2):51-4. Disponível em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662010000200012&lang=pt

7- Massardier J, Golfier F, Journet D, Frappart L, Zalaquett M, Schott AM, 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* [Internet]. 2009 Apr 1; 143(2):84-7. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211509000153?casa_token=6sD02cJF2ygAAAAA:AVdC3VmTjN-Sqm6UbgiqNTj3AMIydMXvSjLQkDWMHkuhFitFxxX8WcQ76zkqECrJi7QUHN6XUA

8- Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidados para doença trofoblástica gestacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde; Associação Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. - Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 110 p.: il. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2OA==#:~:text=T%C3%8DTULO%3A%20Linha%20de%20Cuidados%20para,Mola%20hidatiform>

9- Maestá I, Peraçoli JC, Passos JR, Borges VTM, Pedrazzani CD, Rudge MVC. Mola hidatiforme completa e eclâmpsia: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003 Jul;25(6). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/GGvFGdhDPt7fjJSzgWkVcJf/?lang=pt>

10- Jauniaux E, Memtsa M, Johns J, Ross JA, Sebire NJ, Jurkovic D. Ultrasound diagnosis of complete and partial hydatidiform moles in early pregnancy failure: An inter-observer study. *Placenta* [Internet]. 2020 Aug 1; 97:65-7. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143400420301818?casa_token=j55UHdo1EyYAAAAA:FQFs4bjO8QH0GAAUhO20Ha76m4Yvunl46JugHgKLPX1nwBt4CISZ7iD14m6QZILcG9RO5iAL

11- Chen FP. Molar pregnancy and living normal fetus coexisting until term: prenatal biochemical and sonographic diagnosis. *Hum Reprod*. 1997 Apr 1;12(4):853-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9159456/>

12- Hou J-L, Wan X-R, Xiang Y, Qi Q-W, Yang X-Y. Changes of clinical features in hydatidiform mole: analysis of 113 cases. *J Reprod Med* [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2022 Feb 22];53(8):629-33. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18773629/>

13- Sánchez-Ferrer ML, Ferri B, Almansa MT, Carbonel P, López-Expósito I, Minguela A, et al. Partial mole with a diploid fetus: case study and literature review. *Fetal Diagn Ther* [Internet]. 2009; 25(3):354-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19776602/>

14- Mangili G, Garavaglia E, Cavoretto P, Gentile C, Scarfone G, Rabaiotti E. Clinical presentation of hydatidiform mole in northern Italy: has it changed in the last 20 years?. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 Mar 1; 198(3):302.e1-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18177836/>

15- Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018 Oct;143:79-85.