

RELATO DE CASO

CASE REPORTS

Seguimento Clínico-Laboratorial de Mola Hidatiforme

Emerson Henrique Padoveze* Suelen Montagner*
Fernanda de Lima Pedroni** Gustavo Mendonça André***
Iramaia Oliveira Chaguri*** Ayrton de Andréa Filho****

INTRODUÇÃO

As doenças trofoblásticas gestacionais (DTG) englobam um grupo raro de doenças neoplásicas que derivam da placenta humana e que são inter-relacionadas. Essas doenças incluem: Mola Hidatiforme Completa (MHC) ou Parcial (MHP), Mola Invasora (MHI), Coriocarcinoma (CC) e Tumor Trofoblástico do Sítio Placentário (TTSP). O tipo mais comum, a MHC, ocorre, no Brasil, em frequência que varia entre 1/200 gestações a 1/800 gestações.

Quando a mola hidatiforme é constituída exclusivamente por vilosidades coriárias com transformação neoplásica benigna, fato que ocorre na maioria das vezes, é denominada completa. Quando existe embrião associado a tecidos trofoblásticos neoplásicos, a mola recebe a denominação parcial ou incompleta.

A etiologia da mola hidatiforme está relacionada a anormalidades cromossômicas e consequentemente, acomete mais mulheres nos extremos da idade reprodutiva. Na maioria dos casos, as molas desenvolvem-se no útero, mas podem ocorrer em qualquer local ectópico de gravidez. A sua principal manifestação clínica é sangramento por via vaginal. Outros sintomas por vezes referidos são ausência de movimentos fetais e crescimento exagerado do útero. Também se associa a pré-eclampsia, embolização pulmonar, hiperêmese, hipertireoidismo ou anemia.

RELATO DE CASO

Jovem de 14 anos, nulípara, primigesta, com 20 semanas gestacionais pela data da última menstruação procurou o Serviço de Pronto-Atendimento de sua cidade (Iperó-SP) por apresentar sangramento genital importante, tendo sido referida ao nosso serviço por essa queixa.

Admitida em 17/01/04 no pronto-socorro ginecológico, a paciente apresentava sangramento vaginal ativo e relatava náuseas excessivas. Ao exame físico geral apresentava-se em bom estado geral (BEG), ativo, contactuante, moderadamente descorada (2+/4+), hidratada, eupnéica, acianótica, anictérica, afebril. Sem gânglios palpáveis patológicos. Os aparelhos cardiovascular e respiratório não apresentavam alterações. Ao exame ginecológico apresentava altura uterina de 26 cm, batimentos cardíacos fetais (BCF) não audíveis ao sonar. O exame especular revelou uma pequena quantidade de sangue coletado, com presença de sangramento ativo. Ao toque, colo uterino grosso, posteriorizado e impérvio.

Realizou-se um Ultra-som abdominal que revelou um útero em ante-verso-flexão, de contornos regulares, com volume de 1794ml e múltiplas

pequenas imagens císticas. Ambos os ovários apresentavam-se aumentados e multicísticos.

Foi solicitado um hemograma de urgência que revelou hemoglobina de 5,1 g/dl e hematócrito de 16%. Posteriormente, realizou-se administração de três unidades de concentrado de hemácias para a correção da anemia. No dia seguinte à internação, com a estabilização do quadro geral, foi realizado esvaziamento uterino com retirada de aproximadamente 2000ml de sangue + restos + vesículas e envio de material coletado para avaliação anátomo-patológica. O exame microscópico revelou hiperplasia do citotrofoblasto, conclusivo de mola hidatiforme (completa).

A paciente parou com o sangramento após a curetagem tendo sido optado por um acompanhamento ambulatorial pós-molar através das dosagens semanais de β -HCG, que inicialmente regrediram, porém tornaram a subir novamente (ver anexo).

Clinicamente, a paciente manteve-se estável e sem intercorrências por um mês e seis dias após a curetagem. Com a elevação dos títulos de β -HCG a paciente foi novamente internada para controle, sendo admitida em BEG, levemente descorada (+/4+), eupnéica e afebril. Ao exame físico apresentava abdome plano com ausência de ascite e circulação colateral; a ausculta cardíaca apresentava bulhas rítmicas normofonéticas a 2 tempos sem sopro. Solicitado Ultra-som (dia 24/02/04) que revelou material compatível com mola hidatiforme intra-útero, suspeita de útero bicorno, e cistos tecaluteínicos bilaterais. Seguindo os dias de internação, a paciente passou a ficar cada vez mais descorada e o abdome passou de plano para globoso, a palpação passou a ser dolorosa com presença de massa em flanco esquerdo e o útero palpável 2 cm acima da cicatriz umbilical. Ruído hidroaéreos presentes.

Foi realizado um Ultra-som Doppler que concluiu tratar-se de mola invasora restrita à pelve (miométrio), e um Raio X de tórax que não apresentou nenhuma alteração. Além disso, fez-se uma Tomografia Computadorizada da pelve que apresentou: útero aumentado de volume de forma difusa apresentando índices de atenuações heterogêneas; tecido gorduroso perivisceral aparentemente preservado; presença de formações císticas multiseptadas localizadas nas topografias anexiais estendendo-se para fossas ilíacas; bexiga e reto sem alterações.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.7, n.4. p. 28-29, 2005

* Acadêmico(a) do Curso de Medicina - CCMB/PUC-SP

** Residente em Ginecologia-Obstetrícia - CCMB/PUC-SP

*** Aprimoranda em Ginecologia-Obstetrícia - CCMB/PUC-SP

**** Professor do Departamento de Cirurgia - CCMB/PUC-SP

Recebido em: 07/07/2005. Aceito para publicação em: 28/07/2005

CASE REPORTS

Com o diagnóstico de mola invasora optou-se por um tratamento quimioterápico com Leucovorin 90mg (6/6 horas via oral) + Metrotexate 100mg intra-venoso.

A paciente teve alta hospitalar com retorno semanal para ciclos quimioterápicos e acompanhamento através dos títulos de β -HCG, que começaram a diminuir desde então.

DISCUSSÃO

As MHC evoluem para tumor trofoblástico gestacional (TTG) em 15 a 30% dos casos, na grande maioria a evolução é para MHI, mas a evolução para CC ocorre em 2 a 3% desses casos complicados.

As duas modalidades terapêuticas da mola hidatiforme são esvaziamentos molares ou histerectomia. Em se tratando de uma paciente sem outras intercorrências ginecológicas e jovens, o método mais indicado para preservação da fertilidade foi o esvaziamento uterino.

A gonadotrofina coriônica humana é um hormônio glicoprotéico produzido pelo tecido trofoblástico normal e tumoral. O nível de β -HCG é o parâmetro mais importante para o acompanhamento de pacientes, após o esvaziamento molar. Ele atua como marcador biológico do tumor trofoblástico gestacional, detectando a presença do trofoblasto ativo nas paredes do útero, ou em outros locais.

A Sociedade Brasileira de Neoplasia Trofoblástica Gestacional recomenda a dosagem de β -HCG com intervalos semanais, pós-esvaziamento molar, até a obtenção de três dosagens consecutivas normais. Deve-se prosseguir com intervalo quinzenal e, a seguir, mensal até completar seis meses após o primeiro resultado negativo. Considera-se doença residual ou persistente, se os níveis séricos de β -HCG, após o esvaziamento molar, apresentem regressão anormal, com níveis oscilantes e, muitas vezes crescentes. Também é indicativo de doença residual o nivelamento, durante o seguimento pós-molar, do β -HCG, por três dosagens consecutivas nesse período.

CONCLUSÃO

Conclui-se por intermédio desse relato de caso, que a MHC, quando evolui para MHI ainda restrita ao útero, pode ser tratada conservadoramente para pacientes sem prole definida, apresentado bom resultado terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Viggiano M. Moléstia Trofoblástica. In: Benzecry R, editor. Tratado de Obstetria FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.452-65.
- 2- Belfort P, BRAGA, A. Doença trofoblástica gestacional recorrente. Rev Bras Ginecol Obstet 2003; 25(1):61-6.
- 3- Berkowitz RS, Goldstein DP. Neoplasia trofoblástica gestacional. In: Berek JS, Hacker NF, editors. Oncologia Ginecológica. 1ªed. Rio de Janeiro: Revinter;1992. p.437-63.
- 4- Fushida K. Moléstia trofoblástica gestacional. In: Halbe HW, editor. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2000; p.1134-44.
- 5- Maestá I, Rudge MVC, Calderon IMP, Peraçoli JC. Doença trofoblástica gestacional: mola hidatiforme completa. Femina 2000;28(8):445-50
- 6- Maestá I, Rudge MVC, Abreu ES, Dalben I, Peraçoli JC. Preditores clínicos e histopatológicos de tumor trofoblástico gestacional pós-mola completa. Rev Bras Ginecol Obstet 2000; 22(3):167-73
- 7- Maestá I; Rudge MVC, Passos JRS, Calderon IMP, Carvalho NR, Consonni M. Características das curvas de regressão da gonadotrofina coriônica pós-mola hidatiforme completa. Rev Bras Ginecol Obstet 2000; 22(6):373-80.
- 8- Maestá I, Rudge MVC, Calderon IMP, Peraçoli JC. Doença trofoblástica gestacional: situações especiais e complicações da mola hidatiforme completa e da mola parcial. Femina 1998;26(2):93-7.
- 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; 25(6):445-8.

Curvas de b-hCG

