



MOLA HIDATIFORME: UM RELATO DE CASO

ARTIGO ORIGINAL

SILVA, Tábita Main da¹, PRADELA, Bianca Nunes Silva², CARVALHO, Bruno Leão³, CARVALHO, Felipe Leão⁴, CARVALHO, Morisa Martins Leão⁵

SILVA, Tábita Main da. Et al. **Mola Hidatiforme: um relato de caso**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 06, Ed. 09, Vol. 07, pp. 95-103. Setembro 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/mola-hidatiforme>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/mola-hidatiforme

RESUMO

A Mola Hidatiforme (MH) caracteriza doença trofoblástica gestacional (DTG), é de baixa frequência na gravidez e com grande potencial de ameaça à vida. Há diversas formas de classificação, sendo uma complicação de pouca incidência no Brasil, devendo atentar-se para os casos e as condutas emergentes. Objetivo: Relatar um caso de Mola Hidatiforme ocorrido na cidade de Fernandópolis-SP, discutindo sobre a forma de diagnóstico e tratamento utilizado. Métodos: Apresentar um caso e enfatizar os procedimentos e o tratamento ideal para ele. Tendo como questão norteadora verificar quais foram os procedimentos utilizados e as melhores formas de tratamento para este caso. Conclusão: A Mola Hidatiforme pode apresentar diferentes sinais e sintomas. Desse modo, é importante que o médico esteja atualizado dentro dos protocolos de manejo dessa doença de baixa ocorrência na sociedade brasileira, garantindo a melhor opção terapêutica para o paciente.

Palavras-chave: Mola Hidatiforme, Saúde da Mulher, Doença trofoblástica gestacional, Gonadotrofina coriônica.

INTRODUÇÃO

De acordo com o autor Castro (2016), a Mola Hidatiforme (MH) caracteriza a doença trofoblástica gestacional (DTG), sendo pouco frequente na gravidez e com grande potencial de ameaça à vida. Apresenta duas formas: maligna e benigna. As formas benignas, mais comuns, são agrupadas como mola hidatiforme completa ou parcial,



de acordo com características genéticas, histopatológicas e alguns aspectos morfológicos. Já as formas malignas são classificadas como molas invasoras, tumor trofoblástico de sítio placentário, coriocarcinoma e tumor trofoblásticoepitelioide, que podem surgir em órgãos do corpo caracterizando a DTG. Tem um crescimento anormal exagerado do tecido placentário e o aumento excessivo do hormônio gonadotrofina coriônica humana (β hCG) durante a gestação.

Como aponta Corrêa (2018), há vários fatores de riscos associados à gestação molar, por exemplo: multiparidade, idade acima de 40 anos, desnutrição, gemelaridade, baixa classe socioeconômica, gestação molar prévia, raça asiática e história familiar.

Maestá (2003) afirma que a MH ocorre uma em cada 1000 gestações. Além disso, mostra que a relação da MH com a pré-eclâmpsia tornou-se infrequente devido à rotina de exames ultrassonográficos no primeiro trimestre de gestação, proporcionando diagnóstico precoce em estágio assintomático da doença.

Assim, temos como questão norteadora verificar quais foram os procedimentos utilizados e as melhores formas de tratamento diante desse relato de caso. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de MH ocorrido na cidade de Fernandópolis-SP, ressaltando algumas peculiaridades como as manifestações clínicas, laboratoriais e o tratamento da doença encontrada no episódio em questão.

RELATO DE CASO

T.S.B., sexo feminino, 47 anos, solteira, procedente de Rio de Antônio (BA), reside na cidade de Meridiano (SP) quando decidiu solicitar ajuda médica em uma Unidade Básica de Saúde do município, devido ao aparecimento de sinais e sintomas típicos de uma gestação como atraso menstrual, náuseas, vômitos e aumento do volume uterino. Negava outras queixas e como antecedentes pessoais apresentava

dislipidemia e osteoporose do quadril. Foi encaminhada para o hospital de referência da região, Santa Casa de Fernandópolis (SP).

Durante a investigação etiológica, realizou exames laboratoriais e de imagem. Nos exames laboratoriais, o Beta HCG qualitativo apresentou-se reagente e o quantitativo com um valor de 299922,0 mUI/mL. Pela Ultrassonografia (figura 1.), observou-se um perfil uterino com presença intracavitária de conteúdo amorfo em grande quantidade, heterogêneo, compatível com degeneração molar placentária. No USG Transvaginal identificou-se a seguinte impressão diagnóstica: Saco gestacional não viabilizado, sendo evidenciado na cavidade endometrial, conteúdo ecogênico espesso, com áreas císticas de permeio e fluxo em sua porção anterior ao estudo com Doppler.

Figura 1. Imagem de Ultrassonografia observado ausência de saco gestacional e presença de “flocos de neve”, sugestivo de mola hidatiforme



Fonte: Autor próprio, 2021.

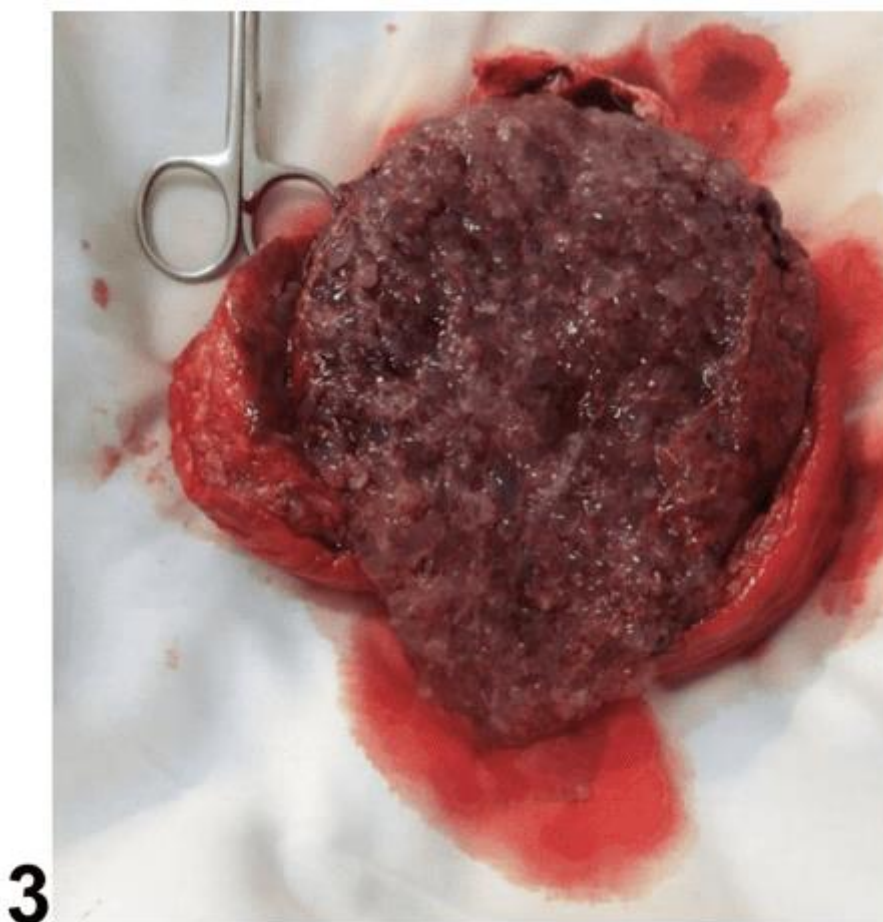
Ao ser examinada, paciente foi internada no hospital e realizou-se o primeiro procedimento de curetagem uterina e com boa evolução de pós-operatório. Após dois meses de procedimento retornou ao hospital, relatando dor abdominal e sangramento de grande volume com coloração vermelho vivo, em que a USG apresentou aumento de volume uterino com associações de imagens significativas de restos molares e aumento do Beta HCG quantitativo. Assim, efetuou-se Histerectomia Total, a qual não houve intercorrências. O valor do volume uterino foi de 790 gramas (figura 2 e 3). Por fim, de acordo com as prescrições de medicações e orientações gerais, a paciente teve uma ótima evolução no pós-operatório e alta hospitalar.

Figura 2. Peça do útero após histerectomia total



Fonte: Autor próprio, 2021.

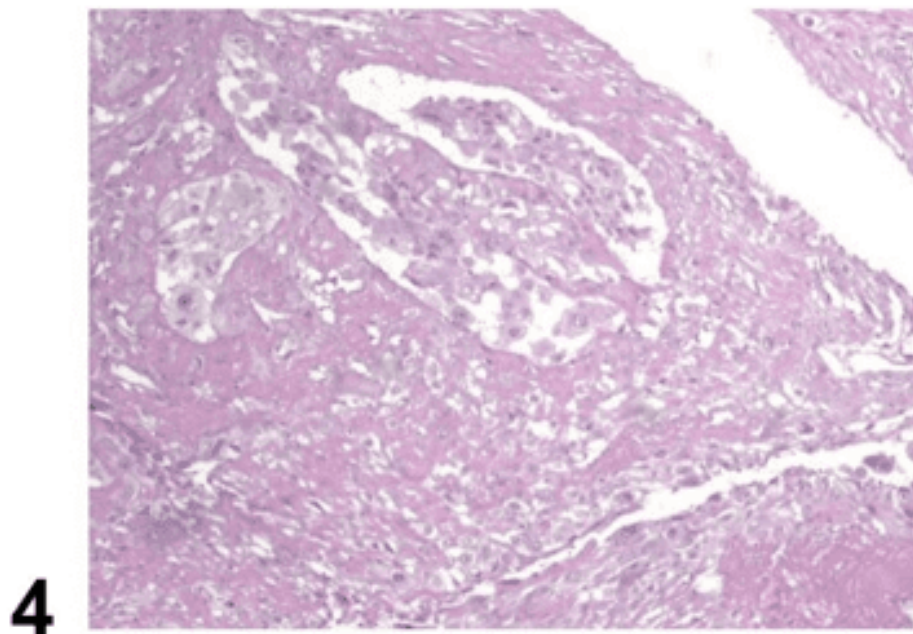
Figura 3. Imagem evidenciando o conteúdo vesicular no interior da cavidade uterina.



Fonte: Autor próprio, 2021.

Na conclusão do laudo, constatou-se que no produto de histerectomia total (407g), o colo uterino apresentava metaplasia escamosa imatura e cervicite crônica inespecífica. Além disso, o corpo uterino do endométrio com mola hidatiforme invasora e invasão angiolinfática (figura 4).

Figura 4. Imagem microscópica do produto da histerectomia total



Fonte: Autor próprio, 2021.

DISCUSSÃO

De acordo com Corrêa (2018), a Mola Hidatiforme Completa (MHC), condição mais frequente das DTG, onde há erro de fertilização como no processo de fecundação de um óvulo sem núcleo e não tem formação do embrião, podendo ser o material genético completamente de origem paterna (46 cromossomos). Na MHC, cordão umbilical, feto e membrana amniótica estão sempre ausentes. Já a Mola Hidatiforme parcial (MHP) surge em casos de triploidia, devido ao erro de fertilização por mecanismos diferentes, como: dispermia, fertilização de um óvulo haploide por um espermatozoide diploide ou fertilização de um óvulo diploide por um espermatozoide haplóide. Na MHP, feto, cordão e membrana estão presentes. Vale ressaltar, que devido a ruptura de uma ou mais vesículas, a história clínica da doença evidencia ausência de movimentos fetais, amenorréia, sangramentos e



hemorragias indolores, intercalados por corrimento amarelado ou branco e presença de odor.

Segundo o autor Corrêa (2018), os sinais e sintomas mais comuns na gravidez molar são: hiperêmese, cistose ovariana, hemorragia genital e útero aumentado para idade gestacional. Assim, o uso freqüente da ultrassonografia e a dosagem quantitativa de Beta-HCG na gravidez, detectam MH antes dos sangramentos da paciente.

Para Braga (2014), na ultrassonografia da MHC, o útero contém material ecogênico com várias vesículas anecóicas de tamanhos diferentes e ausência de fluxo intrauterino, de batimentos fetais e de feto. Já na MHP, a placenta apresenta-se semelhante ao normal com lesões intraplacentárias anecóicas generalizadas.

Segundo os autores, Braga (2014) e Ferraz (2015), para que haja tratamento do paciente com MH é importante analisar as condições clínicas e solicitar exames pré-operatórios para o esvaziamento do útero. Além disso, deve realizar cada procedimento com técnicas adequadas. Após o esvaziamento uterino por vácuo-aspiração ou curetagem, deve prescrever e orientar a paciente para uso de contraceptivos.

CONCLUSÃO

A MH é uma complicação de pouca incidência no território brasileiro e deve atentar-se aos casos de condutas emergentes, pois quadros mais dramáticos podem aumentar a morbidade. Diante desse relato de caso, a Histerectomia Total foi o procedimento mais adequado para a paciente, além das orientações e medicações prescritas.

Constata-se que após a realização do procedimento cirúrgico, o nível da hCG constitui o parâmetro mais importante para o acompanhamento de pacientes, sendo que as recomendações atuais são dosagens semanais até haver três dessas



consecutivas e negativas. E qualquer método contraceptivo pode ser utilizado desde que não tenha outras contraindicações do seu uso.

REFERÊNCIAS

BRAGA, A.; GRILLO, B.; SILVEIRA, E.; UBERT, E.; MAESTÁ, I.; MADI, J. M.; ANDRADE, J.; VIGGIANO, M. Mola – Manual de Informações sobre Doença Trofoblástica Gestacional. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. Rio de Janeiro. 1ª ed., 2014. p.1-12.

CASTRO, Felipe José Amaral de *et al.* MOLA HIDATIFORME: UM RELATO DE CASO. **MH**, REVISTA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, v. 4, ed. 1, p. 103-107, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/tabit/Downloads/234552216.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2021.

CORRÊA, Isabela Borges. COMORBIDADES ASSOCIADAS A MOLA HIDATIFORME: COMO DIAGNOSTICAR E TRATAR. **MH**, Revista de Patologia do Tocantins, v. 5, p. 68-74, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/tabit/Downloads/5715-Texto%20do%20artigo-27571-2-10-20180909.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

FERRAZ, L.; LOZOYA, C.; LOPES, P. F.; MORAES, V.; AMIM JUNIOR, J.; REZENDE FILHO, J.; BRAGA, A. Mola Hidatiforme Parcial Recorrente Evoluindo para Neoplasia Trofoblástica Gestacional. *Femina*, v. 43, n. 1, p.45-52, jan/fev, 2015.

MAESTÁ, Izildinha *et al.* Mola Hidatiforme Completa e Eclâmpsia: Relato de Caso. **RC**, RBGO, v. 25, n. 6, p. 445-448, 2003. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/44764584/Mola_hidatiforme_completa_e_eclampsia_rel20160415-17260-1olvin9.pdf?1460732307=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMola_hidatiforme_completa_e_eclampsia_re.pdf&Expires=1631591487&Signature=NCIZPIpva6FyX3-moLaxKI4Vkc5F00~YF7nbGZxhtULmPIR220KF9g5j1wnH0Z483xrvWrGRz9pL9zTH64m2Mbmrlp6xvuoCH8CpcDtLPEGiNa0SSwxyHovSDmaKCgRxl1Lxi2qFRpkYneLyUF1GatotZjWbFoCS~IF3OSqcj8ACaeGgOM1T4-q1MnQeRRT-P0z-hVmGjaKT7HrNLSqypsy0ZJSIEXTT7p-BOy~p5OdVa9qfss4lu6ONBL10UkKSaWMltVvh0g3lu5QlZ8r4~glQETKNxkJObC52CQt2~1loSuHRirpHRBoV9M5qfGVif9c72-AL9o2k1dygPI2kzA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA. Acesso em: 20 jul. 2021.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Obstetrícia. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.



Enviado: Agosto, 2021.

Aprovado: Setembro, 2021.

¹ Acadêmico de medicina, Faculdade Ceres (FACERES), São José do Rio Preto/SP.

² Acadêmico de medicina, Faculdade Universidade Brasil, Fernandópolis/SP.

³ Acadêmico de medicina, Faculdade Universidade Brasil, Fernandópolis/SP.

⁴ Acadêmico de medicina, Faculdade Universidade Brasil, Fernandópolis/SP.

⁵ Orientadora. Preceptora da Residência e internato na Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Ensino Santa Casa de Fernandópolis pela Universidade Brasil. Mestra em Bioengenharia pela Universidade Brasil, Fernandópolis/SP.