

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

MOLA HIDATIFORME



O diagnóstico precoce da Mola Hidatiforme, no primeiro trimestre, diminui a morbidade e a mortalidade pela doença.



Objetivos dessa apresentação:

- Identificar Mola Hidatiforme entre os sangramentos do primeiro trimestre da gravidez: abortamento e gravidez ectópica;
- Apresentar o tratamento da Mola Hidatiforme e o seguimento após esvaziamento molar.



Doença Trofoblástica Gestacional

Definição

- A doença trofoblástica gestacional (DTG) é um termo que se refere a um **grupo heterogêneo de afecções** originadas da proliferação anormal e aberrante de diferentes tipos de tecido trofoblástico (sinciciotrofoblasto, citotrofoblasto viloso e trofoblasto intermediário).
- Ela é tradicionalmente dividida em:
 - **formas benignas** - gestações molares: **mola hidatiforme parcial** (MHP) e **mola hidatiforme completa** (MHC), ambas inviáveis;
 - **formas malignas** - neoplasia trofoblástica gestacional.

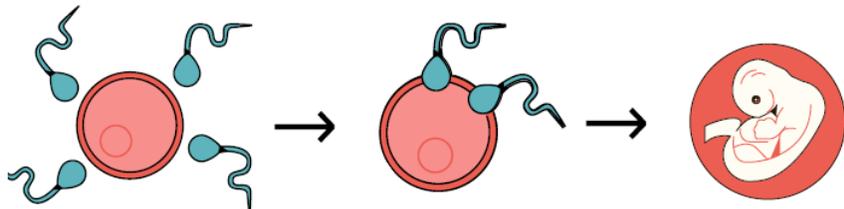


A **mola hidatiforme** é uma gravidez anormal com proliferação exagerada da placenta, havendo no geral, atraso menstrual e exacerbação de todas as manifestações comuns à gestação.

MS, 2021.

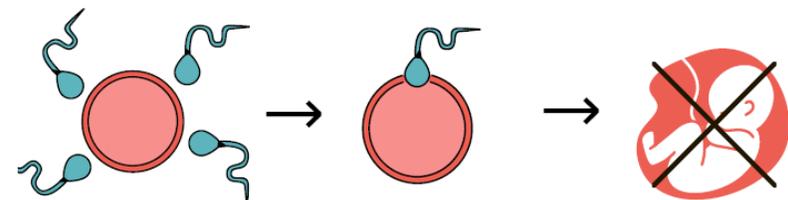
Mola Hidatiforme Parcial (MHP)

- Há geração do bebê com malformação, sem chances de sobreviver



Mola Hidatiforme Completa (MHC)

- Não há a geração do bebê





Manifestações Clínicas da Mola Hidatiforme

- **Sangramento transvaginal:** manifestação clínica mais comum, embora possa estar ausente em casos precoces. Habitualmente tem início em pequena quantidade, em borra de café, podendo progredir para hemorragia. Nos casos de diagnóstico tardio, pode haver expulsão de vesículas, o que firma o diagnóstico de mola hidatiforme.
- **Náuseas e vômitos:** são comuns, principalmente em gestações molares com idade gestacional mais avançada. Quando exacerbados caracterizam a hiperêmese gravídica, que se associa à desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e perda de peso corporal.
- **Útero aumentado para idade gestacional** (maior que 4 cm do tamanho esperado): é um achado de exame físico característico, embora nem sempre presente, sobretudo em idade gestacional precoce. Representa fator de risco para neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) pós-molar. Essas pacientes apresentam maior risco de embolização trofoblástica maciça para os pulmões.



Manifestações Clínicas da Mola Hidatiforme

- **Cistos tecaluteínicos dos ovários:** podem estar presentes como resultado da estimulação da teca dos ovários pelo hCG, que tem estrutura molecular semelhante ao LH e FSH. São frequentemente bilaterais, multiloculados, volumosos e na imensa maioria das vezes apresentam remissão em algumas semanas ou meses após o esvaziamento molar.
- **Hipertireoidismo:** ocorre em cerca de 5% das pacientes com gravidez molar. No geral, acontece quando o hCG tem valores superiores a 400.000 mUI/mL, o útero mede 16 cm ou mais e há cistos tecaluteínicos maiores que 6 cm. Comumente, tem remissão espontânea em 2 a 3 semanas após o esvaziamento molar. Os sintomas são taquicardia, tremores finos, intolerância ao calor, fraqueza muscular, sudorese, reflexos hiperativos, perda de peso e ansiedade.
- **Pré-eclampsia:** pode ser observada em 25% dos casos quando o diagnóstico da mola hidatiforme é tardio (idade média de 16 semanas) e em 1% quando ocorre no primeiro trimestre.



Diagnóstico da Mola Hidatiforme

Ultrassonografia Pélvica

- A Mola Hidatiforme Completa é caracterizada pela proliferação anormal do tecido trofoblástico sem evidência de desenvolvimento embrionário, enquanto a Mola Hidatiforme Parcial é gestação que se apresenta, de forma geral, com espessamento placentário e concepto malformado. Em ambos os casos, a sensibilidade do exame aumenta com a idade gestacional.

Gonadotrofina Coriônica Humana (hCG)

- A característica mais marcante da mola hidatiforme é a de exibir marcador biológico, representado pela gonadotrofina coriônica humana (hCG), altamente relacionado com a massa de tecido trofoblástico ativo.
- No Brasil, há disponibilidade de diferentes ensaios para quantificação do hCG. Idealmente, deve-se manter o mesmo tipo de ensaio durante todo o acompanhamento, para evitar variações decorrentes do método empregado.



Tratamento da Mola Hidatiforme

Cuidados pré-operatórios

-> **Mola Hidatiforme precoce**, com tamanho uterino correspondente ao atraso menstrual, os exames a serem solicitados antes do esvaziamento uterino são:

- hCG quantitativo
- hemograma completo
- tipagem sanguínea
- VDRL e anti-HIV (recomendados pela norma técnica do Ministério da Saúde para finalização de uma gestação)

-> Em casos de úteros com altura uterina acima de **16 cm** e presença de cistos tecaluteínicos, acrescentar:

- TSH/T4 livre
- eletrocardiograma e/ou ecocardiograma (quando disponível)

-> Se houver **hipertensão arterial**, incluir:

- pesquisa de proteinúria (urina I ou proteinúria em fita),
- AST/ALT
- creatinina

A reserva de duas unidades de hemácias é recomendada em casos de úteros acima de 16 cm devido ao risco de hemorragia intraoperatória. A equipe deve avaliar conjuntamente a paciente para escolher a técnica anestésica mais segura.



As complicações clínicas como anemia, hipertireoidismo, insuficiência respiratória (embolização trofoblástica, edema agudo de pulmão) além das obstétricas/ ginecológicas: hemorragia, pré-eclâmpsia precoce, hiperêmese, cistos tecaluteínicos ovarianos e hiperestimulação, ovariana estão relacionadas ao diagnóstico tardio da mola hidatiforme.



Tratamento da Mola Hidatiforme: esvaziamento molar

- Após anestesia, e antes do procedimento de esvaziamento uterino, deve-se realizar exame vaginal bimanual para verificação do tamanho e da posição do útero e das características do colo uterino e dos ovários.
- O uso de ocitocina é recomendado depois da dilatação do colo uterino.
- A avaliação da histerometria inicial é indireta, sem uso do histerômetro, que por ser fino, aumenta o risco de perfuração uterina.
- A aspiração a vácuo tem sido o método de escolha para esvaziamento uterino de mola hidatiforme, podendo ser aspiração a vácuo manual (AVM) ou aspiração a vácuo elétrica (AVE).
- Especialmente em mulheres com diagnóstico de Mola Hidatiforme com útero > 20 cm, útero retrovertido ou anomalias Mullerianas, é indicado a aspiração guiada por ultrassonografia transabdominal.



Tratamento da Mola Hidatiforme: esvaziamento molar

- Depois da aspiração intrauterina, a redução do tamanho do útero é imediata. Isso torna seguro o subsequente uso de cureta fenestrada (cureta Recamier), para confirmar esvaziamento uterino completo. Este uso deve ser delicado, para evitar sinéquias.
- O material proveniente da aspiração uterina deve ser examinado macroscopicamente e sem seguida, incluído em formol tamponado 10% para exame histopatológico.

Uma alternativa para a abordagem inicial é a histerectomia, pouco empregada atualmente. Pode ser oferecida a pacientes com mais de 40 anos, entre as quais o risco para doença invasora é maior. A histerectomia elimina o risco da doença invasora no útero, mas não o de doença metastática.



Alta Hospitalar Após Esvaziamento Molar

-> Seguindo o esvaziamento uterino, o critério para alta hospitalar:

- Para pacientes com Mola Hidatiforme sem complicações: deambulação e micção espontâneas. Isso pode levar de 4 horas a 6 horas depois do procedimento de esvaziamento uterino.
- Na presença de complicações clínicas: maior tempo de internação, até que a paciente tenha o controle clínico adequado.



Orientações para Pacientes e Familiares

1

- Conscientização sobre a importância do seguimento pós-molar para descartar evolução maligna da MH;

2

- Agendamento em um programa de monitoramento de hCG sérico com periodicidade semanal ou, no máximo, a cada duas semanas;

3

- Contracepção imediata depois do esvaziamento uterino, preferencialmente hormonal;

4

- Orientação dos sinais de alerta para retornar antes da data do retorno se febre, sangramento, dor abdominal, dispneia;

5

- Elucidação de dúvidas da paciente e sua família, que geralmente apresentam questões sobre o futuro reprodutivo após a MH e sobre a necessidade de quimioterapia, caso não ocorra a resolução espontânea da MH.



Aspectos Emocionais

- A mola hidatiforme (MH) quando na condição benigna e neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) quando maligna, acarreta para a mulher intenso sofrimento físico e psíquico ao resultar na perda gestacional e a possibilidade de evolução para um câncer.
- Apesar do prognóstico favorável, o diagnóstico da DTG pressupõe a realização de procedimento cirúrgico, a possibilidade de tratamento quimioterápico e a contracepção hormonal, impactando negativamente na expectativa reprodutiva e parental da mulher e seu parceiro(a) por um período que pode variar de seis a doze meses após a remissão da doença.
- As mulheres podem experimentar sentimento de ambivalência frente à interrupção gestacional, culpa e vergonha pela suposta incapacidade reprodutiva. A não validação e reconhecimento social da perda e do luto perinatal podem resultar em retraimento, distanciamento e acabam influenciando negativamente a qualidade de vida, da mulher e seu parceiro(a), potencializando o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e ou de depressão.

É de suma importância na prevenção, promoção e apoio a saúde mental dos envolvidos, o acompanhamento multiprofissional, em especial com profissionais de saúde mental.



Seguimento Ambulatorial Pós Esvaziamento Molar

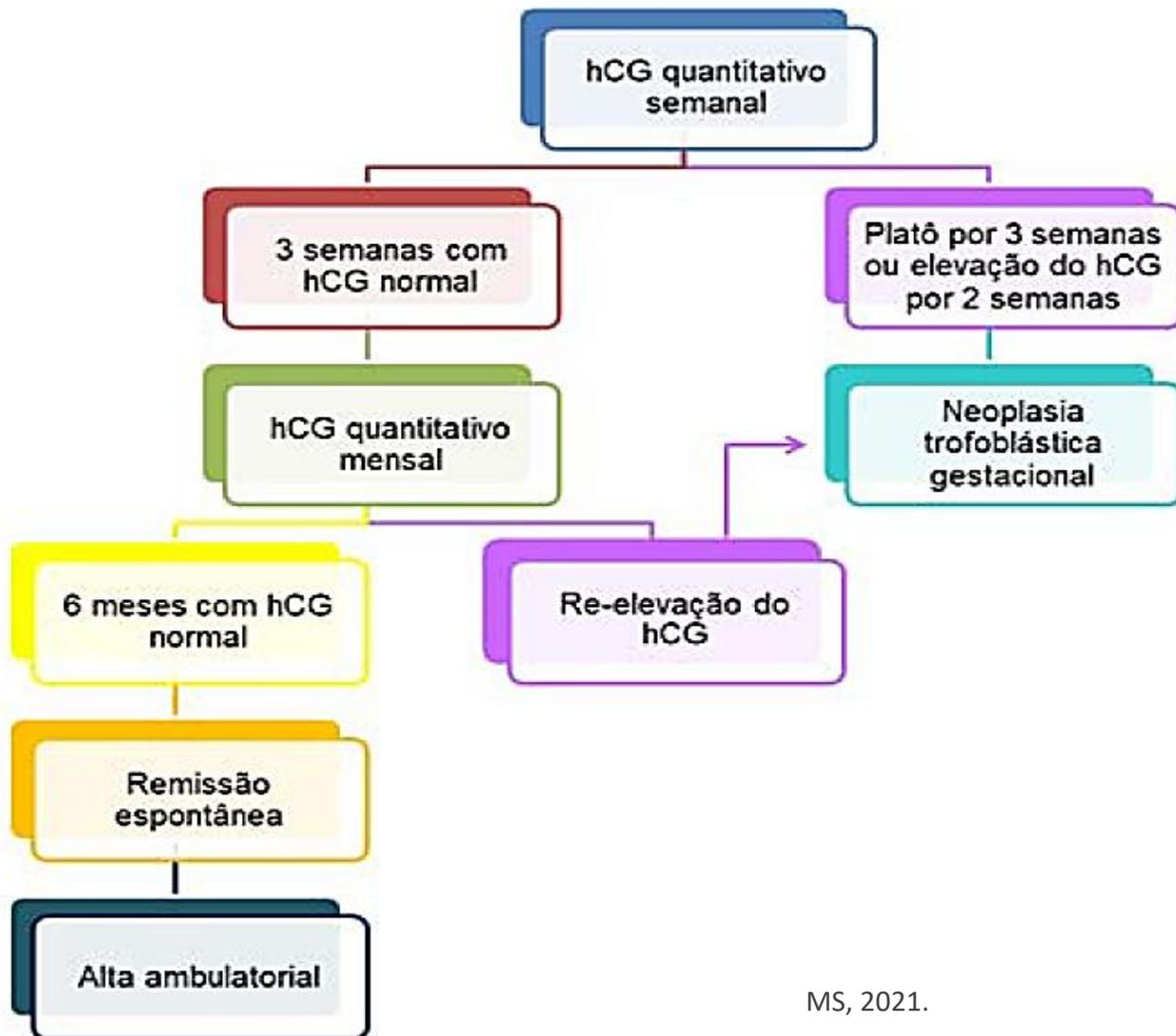
Após o esvaziamento molar a paciente deverá ser encaminhada para seguimento ambulatorial, preferencialmente, em um serviço de referência.

O início do seguimento deve ocorrer na semana posterior ao esvaziamento, mesmo antes da obtenção do resultado histopatológico, baseado na suspeita diagnóstica decorrente do quadro clínico, ultrassonográfico e valor de hCG elevado.

Durante todo o seguimento pós-molar as pacientes necessitam fazer anticoncepção rigorosa, preferentemente hormonal, que deve ser iniciada, imediatamente, após o esvaziamento uterino. Os dispositivos intrauterinos são contraindicados na contracepção durante o seguimento pós-molar.

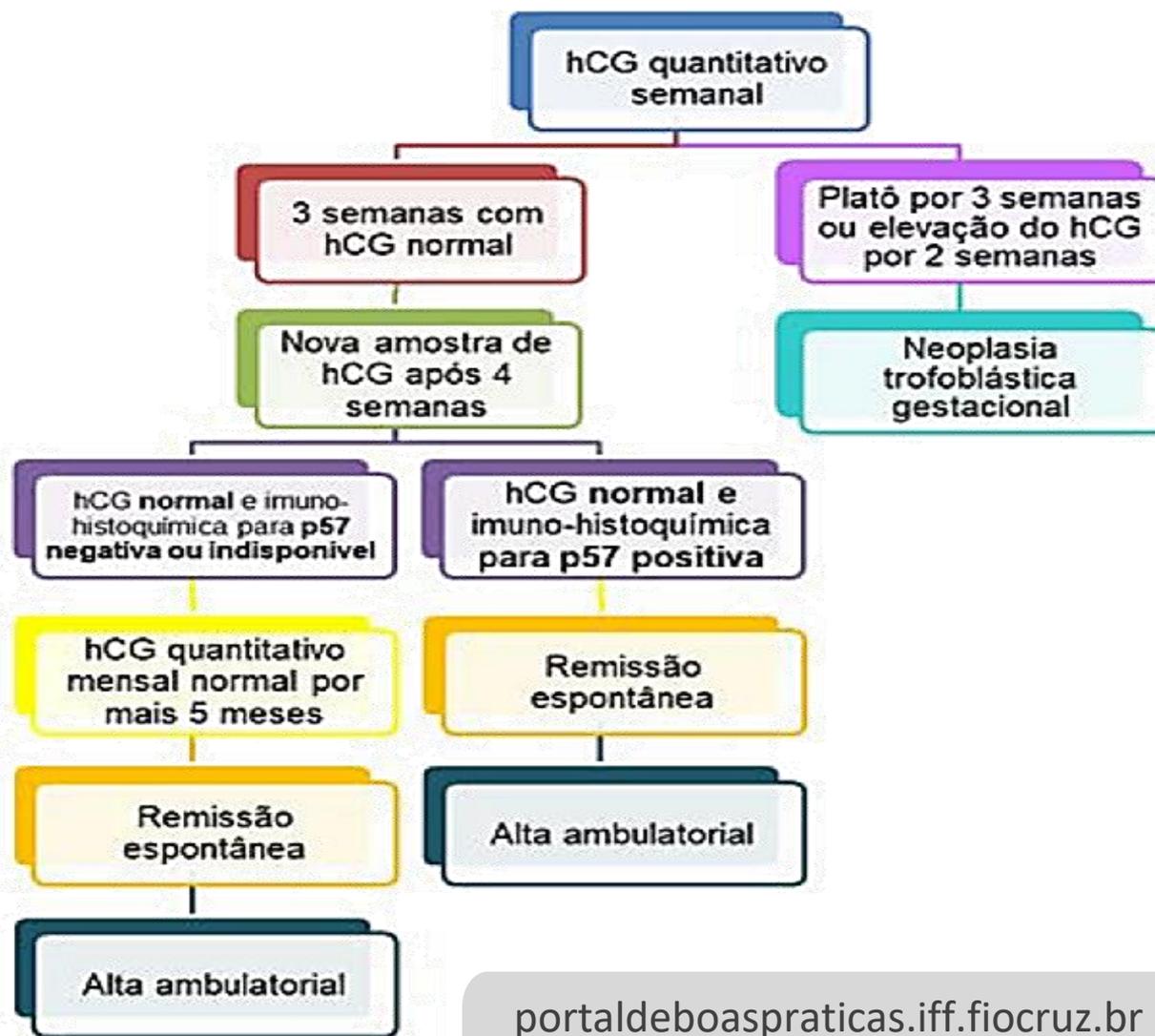


Mola Hidatiforme Completa



MS, 2021.

Mola Hidatiforme Parcial





Mola Hidatiforme deve ser referenciada para os centros especializados.



Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidados para doença trofoblástica gestacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde; Associação Brasileira de Doença Trofoblastica Gestacional. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
- Braga A, Lin LH, Maestá I, et al. Gestational Trophoblastic Disease in Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019;41(4):211-212. doi:10.1055/s-0039-1688566
- Lourenço CS, Sun Sy, Assis RT, Malinverni ACM. Mola Hidatiforme: Aprendendo Seus Cuidados.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES



MOLA HIDATIFORME

Material de 09 de fevereiro de 2022

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres



Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.