



Moléstia Trofoblástica Gestacional



Descrição

Entidades anatomoclínicas

- Mola hidatiforme
 - :: Completa
 - :: Parcial
- Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais
 - :: Mola invasora
 - :: Coriocarcinoma
 - :: Tumor trofoblástico do sítio placentário
 - :: Tumor trofoblástico epitelióide

Diagnóstico

Mola Hidatiforme

Fundamenta-se no quadro clínico, na dosagem de níveis séricos persistentemente elevados de subunidade beta (beta hCG) e na ultra-sonografia transvaginal (imagem em “flocos de neve”).

Elementos clínicos frequentes na Mola Hidatiforme Completa

- Sangramento genital na 1ª metade da gestação
- Altura uterina maior que a esperada
- Ausência de batimentos cardíacos fetais
- Eliminação de vesículas
- Toxemia gravídica precoce
- Hiperêmese gravídica
- Sinais e sintomas de hipertireoidismo

Malignização da Mola Hidatiforme

Ocorre quando há elevação ou positivação do beta hCG durante o seguimento pós-molar, afastados nova gestação e resto molar decorrente de esvaziamento anterior inadequado.

Identificação

Para determinar a localização anatômica da malignização e presença de metástases, recorre-se a:

- Exame ginecológico (atenção para a possibilidade de metástases vaginais, que nunca deverão ser biopsiadas, pelo risco de hemorragia)
- Ultra-sonografia de abdome total, pelve e transvaginal, com dopplervelocimetria
- Raio X de tórax
- Tomografia computadorizada ou ressonância magnética cerebral

Os locais mais frequentes de metástase são: pulmões, vagina, órgãos pélvicos, cérebro e fígado.

Estadiamento

- Não-metastática: restrita ao útero
 - :: Baixo risco – metástase pulmonar e/ou pélvica, título de beta hCG < 40.000 mUI/ml e tempo desde o esvaziamento até o diagnóstico < 4 meses
 - :: Médio risco: metástase pulmonar e/ou pélvica, título de beta hCG > 40.000 mUI/ml e tempo desde o esvaziamento até o diagnóstico > 4 meses.
 - :: Alto risco: metástase cerebral e/ou hepática, independentemente dos níveis de beta hCG, ou resistência à quimioterapia anteriormente aplicada

Observação

O potencial de transformação maligna na mola completa é de até 25%; na parcial, 10%. São fatores de pior prognóstico: idade materna > 40 anos, beta hCG > 100.000 mUI/ml, útero maior que o esperado para a idade gestacional, cistos tecaluteínicos > 6 cm.

Tratamento

Tratamento da Mola Hidatiforme

Esvaziamento molar por meio de curetagem uterina ou por aspiração manual intra-uterina em idade gestacional de até 12 semanas. Nos casos de úteros maiores, recomenda-se vácuo-aspiração elétrica, seguida de curetagem uterina tradicional.

Esvaziamento molar

Medidas prévias ao esvaziamento e exames laboratoriais

- Avaliação clínica (atenção para a estabilização hemodinâmica e sinais de hipertireoidismo)
- Dosagem quantitativa de beta hCG
- Solicitar hemograma, TGO-TGP, T3, T4 e TSH
- Providenciar reserva sanguínea (concentrado de hemácias)

Procedimentos no esvaziamento

- Utilizar anestesia geral ou de condução, de acordo com o estado geral da paciente
- Infundir ocitocina no momento da dilatação
 - :: SG 5% – 500 ml
 - :: Ocitocina – 15 UI
- Materiais obtidos durante e ao final das curetagens devem ser enviados separadamente para exame anatomopatológico
- Utilizar imunoglobulina anti-D em gestantes Rh - não sensibilizadas
- Não está indicado o uso profilático de quimioterapia
- Nas primeiras horas após o esvaziamento, principalmente nos casos de grande volume uterino, ainda pode se manifestar a deportação vilosa pulmonar, caracterizada por quadro de insuficiência pulmonar aguda (dispnéia, taquicardia e hipotensão), que merece tratamento de suporte imediato

Seguimento pós-molar

Consultas quinzenais para realizar exame físico geral, ginecológico e dosagem do beta hCG até obtenção de título indetectável por 3 vezes seguidas. A seguir, seguimento mensal por 1 ano.

O uso de preservativo é orientado, após a curetagem, até a próxima menstruação, quando a anticoncepção hormonal via oral deverá ser recomendada.

O seguimento pós-molar deve ser realizado, mesmo naquelas submetidas a histerectomia.

Tratamento

Tratamento das formas malignas

Formas não-metastáticas (incluindo mola invasora) e metastáticas de baixo e médio risco

Somente quimioterapia, se a finalidade é preservar a função reprodutiva; associar a histerectomia total abdominal naquelas com prole constituída. Na mola invasora não-metastática, somente a histerectomia total abdominal é suficiente, dispensando a quimioterapia.

Formas metastáticas de alto risco

Além da quimioterapia, está indicada a radioterapia. O tratamento cirúrgico das metástases pode ser necessário, principalmente em casos de sangramento profuso.

Histerectomia

A histerectomia total abdominal profilática com útero cheio é a regra em mulheres com mais de 40 anos e prole constituída; úteros muito volumosos podem requerer, inicialmente, o esvaziamento com aspirador elétrico, realizando-se a cirurgia após cerca de 7 dias.

Mulheres mais jovens, com desejo de esterilização, sem risco cirúrgico significativo, também podem decidir pela histerectomia.

Mulheres com idade inferior a 50 anos devem ter seus ovários preservados.

A histerectomia total abdominal deve ser realizada, independentemente da idade e paridade, nos casos de tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide.

Quimioterapia

Os seguintes agentes terapêuticos são os mais frequentemente utilizados:

- Metotrexato

- EMA/CO
 - :: Etoposida
 - :: Metotrexato
 - :: Actinomicina D
 - :: Ciclofosfamida
 - :: Vincristina

Após o término da quimioterapia, as pacientes deverão ser acompanhadas quinzenalmente (com dosagem de beta hCG) nos 3 primeiros meses e mensalmente até completar um ano do tratamento. É conveniente, ainda, seguimento bimensal por pelo menos mais um ano.

Tratamento

Gravidez Molar e feto vivo

Pode ser resultante de mola parcial ou de gestação múltipla (um ovo com desenvolvimento normal e outro correspondente à mola).

O tratamento merece individualização:

- Sempre discutir com o casal
- Há o risco de malignização (até 55%)
- Deve-se realizar o cariótipo fetal e dosagem de alfafetoproteína no líquido amniótico
- Atentar para o risco de complicações emergenciais, como sangramento, toxemia grave e crise tireotóxica
- Discutir a possibilidade de indução com prostaglandinas ou ocitocina
- A histerotomia só é realizada em casos excepcionais, com sangramento profuso, sem possibilidade de resolução via vaginal