

# DOENÇAS TROFOBLÁSTICAS GESTACIONAIS

Prof<sup>ca</sup> Dr<sup>a</sup> Marília da Glória Martins

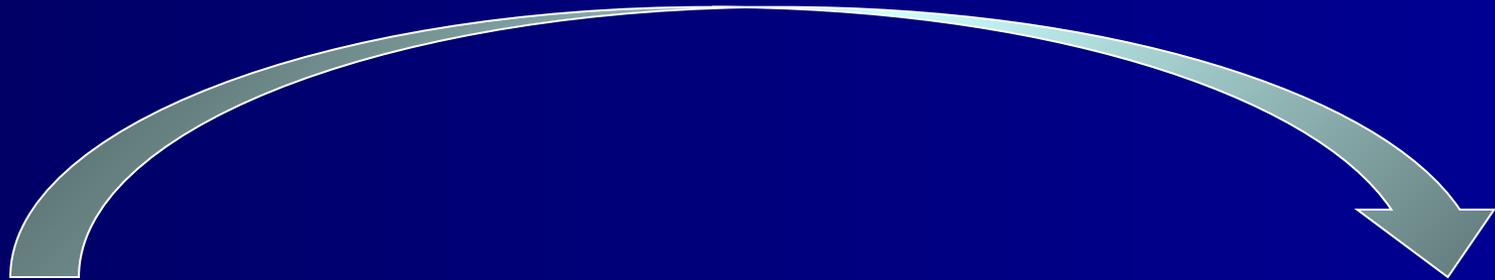
## CONCEITO

É a proliferação neoplásica do trofoblasto, de características muito bem definidas tanto macroscópica como microscopicamente.

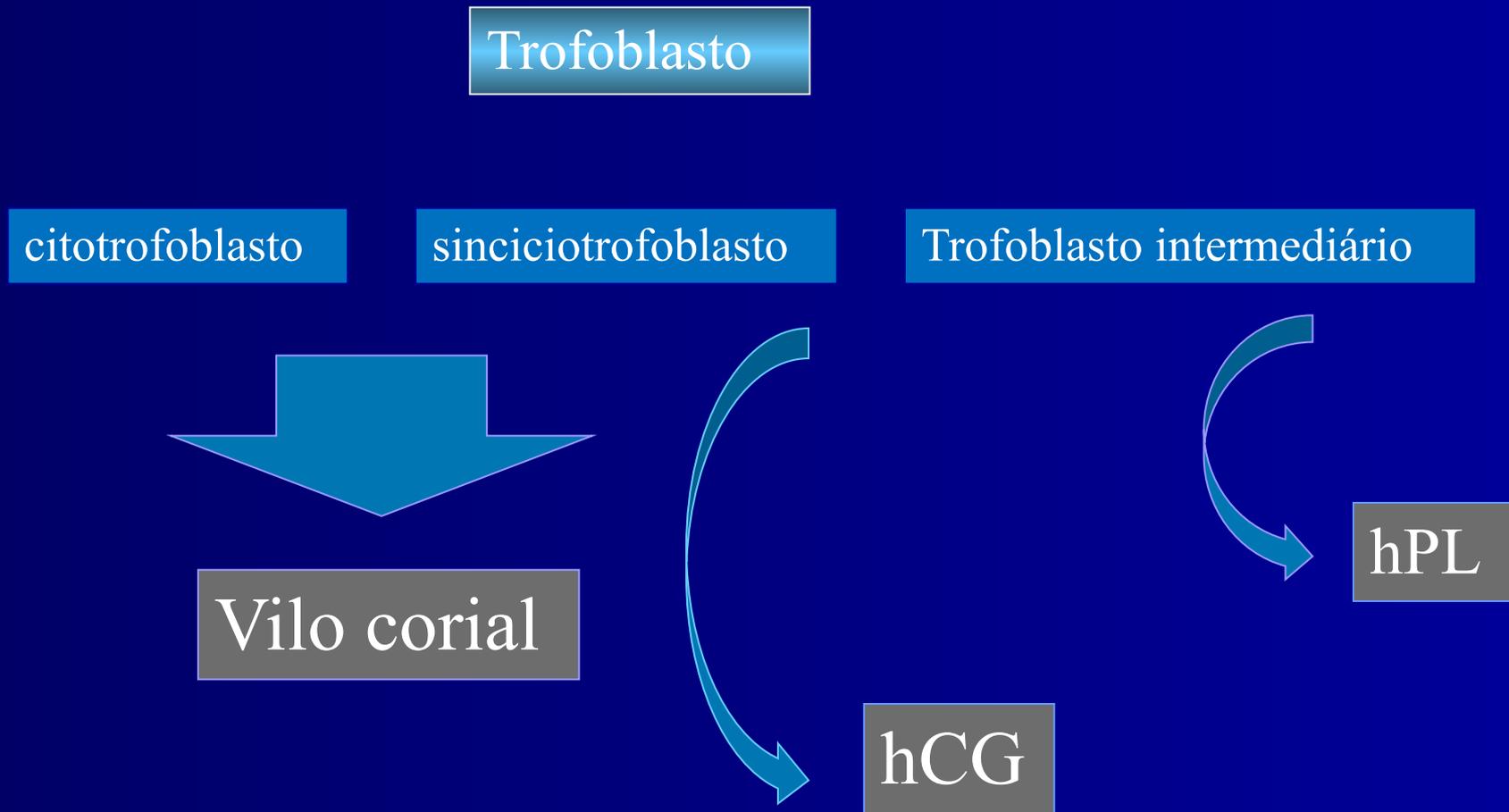
(Carrera & Kurjak, 1997)

Considera-se um grupo heterogêneo de lesões originárias de gravidez, caracterizadas por proliferação anormal dos diferentes tipos de epitélio trofoblástico.

São tumores funcionantes produtores de gonadotrofinas coriônicas humana (hCG).



Enfermidades trofoblásticas gestacionais



## CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA DAS DTGs

Mola hidatiforme **Completa**

**Parcial**

Mola hidatiforme Invasora  $\Leftrightarrow$  Corioadenoma destruens

Coriocarcinoma

Tumor trofoblástico do sítio placentário (TTSP)

Lesões trofoblásticas miscelâneas:

**sítio placentário exagerado**

**B nódulo ou placa de sítio placentário**

Lesões trofoblásticas não classificáveis

## MOLA HIDATIFORME

### Patologia

👉 Pequenas vesículas avasculares, translúcidas, contendo líquido claro, semelhando cachos de uvas ou hidátides.

# MOLA HIDATIFORME

## COMPLETA

- mais freqüente.
- grandes vesículas.
- ausência de embrião.
- 90% cariótipo 46 XX.
- > probabilidade de malignizar-se.

## PARCIAL

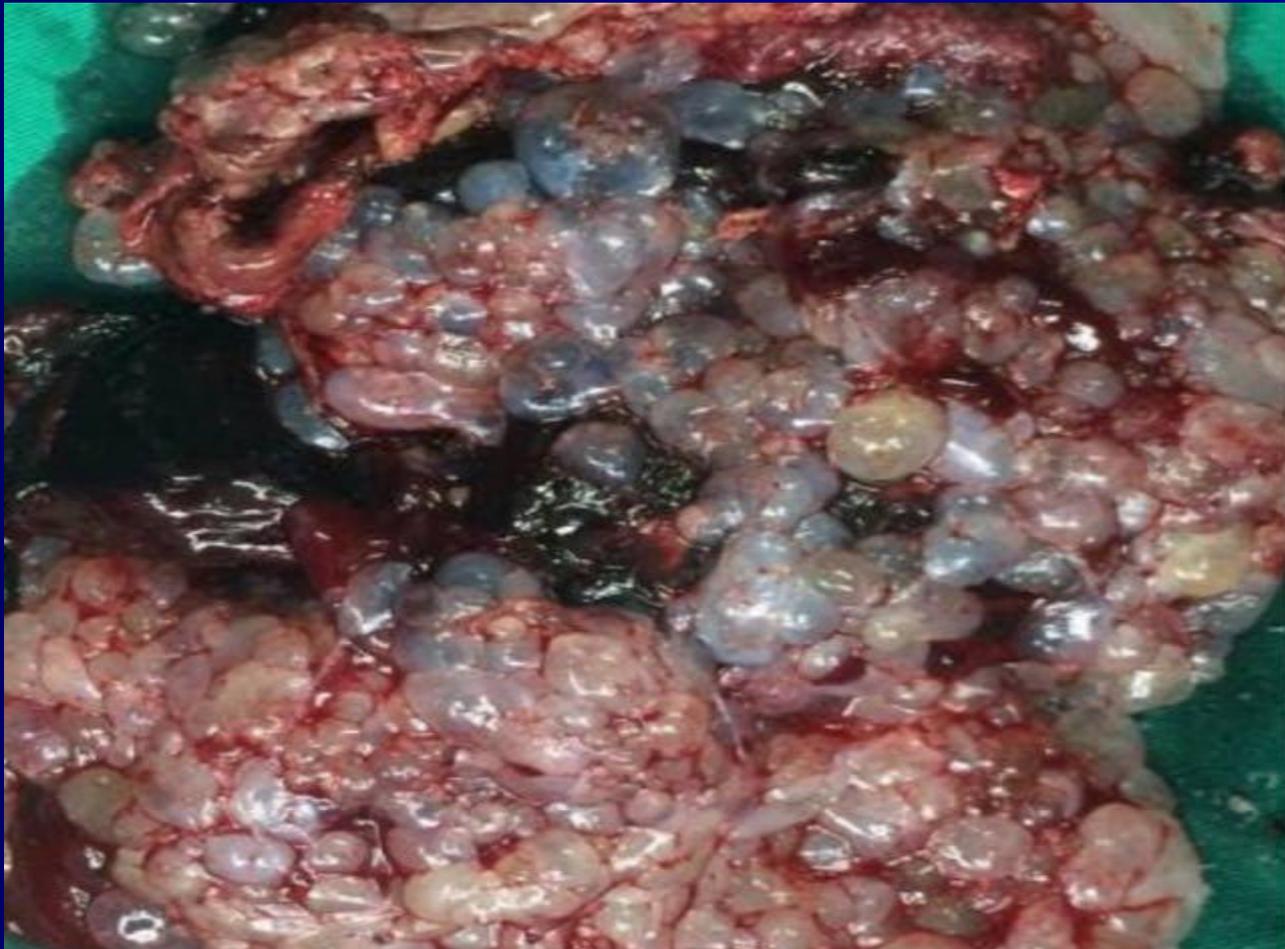
- menos comum.
- pequenas vesículas hidrópicas, até 5mm
- existência de feto ou âmnio.
- cariótipo triploide 69XXX e 69 XXY.
- raramente evolue para malignidade.

-





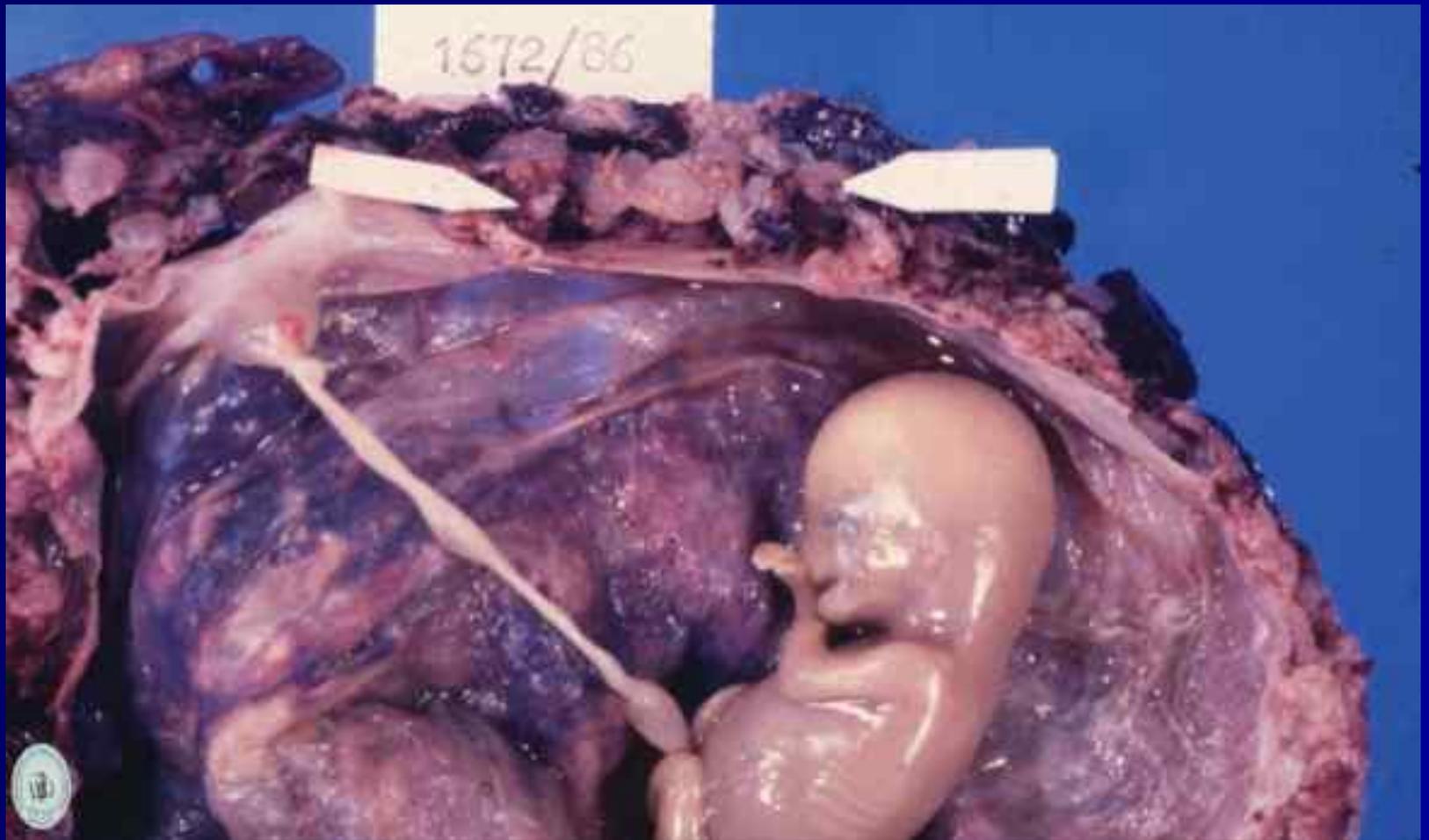




**GF-17**



**MOLA HIDATIFORME**



## Epidemiologia

- ↪ Mais comum entre as mulheres orientais
- ↪ Nível socioeconômico desfavorável
- ↪ Acomete mulheres nos extremos da vida reprodutiva
- ↪ Recidiva de 20 a 40 vezes em relação à população geral.

## MOLA HIDATIFORME

Q  
U  
A  
D  
R  
O  
  
C  
L  
Í  
N  
I  
C  
O

- Sangramento genital
- Útero □ para a IG
- BCF negativo
- Toxemia gravídica
- Hiperemese
- Eliminação de vesículas

Exame clínico -obstétrico

PALPAÇÃO

AUSCULTA

TOQUE

## MOLA HIDATIFORME

Q  
U  
A  
D  
R  
O  
C  
L  
Í  
N  
I  
C  
O

### Cistos ovarianos bilaterais

- 15 a 30 % apresentam cistos teca-luteínicos.
- São multilobulados, associados à ascite.
- > 5 cm sugerem pior prognóstico.
- Quando sintomáticos punçar por via percutânea ou laparoscópica.

## MOLA HIDATIFORME

Q  
U  
A  
D  
R  
O  
C  
L  
Í  
N  
I  
C  
O

### Hipertireoidismo

- Dados laboratoriais em 25% dos casos
- Clinicamente significativo em 2 a 7% dos casos.

## MOLA HIDATIFORME

# ECLÂMPSIA

- Complicação raríssima.
- DHEG presente em 12 a 27% dos casos de mola completa, rara na mola parcial.

# MOLA HIDATIFORME

## Fundamentos diagnósticos

POSITIVIDADE DO TESTE DE GRAVIDEZ

ULTRASSONOGRAFIA

DOPPLERFLUXOMETRIA

## MOLA HIDATIFORME

### Fundamentos diagnósticos

$\beta$ -hCG na gravidez normal é de 50 000 a 100 000 mUI/ml na 12<sup>a</sup> semana e depois decresce.

$\beta$ -hCG > 200 000 mUI/ml sugere MH completa.

$\beta$ -hCG na MP raramente é > 100 000 mUI/ml

# MOLA HIDATIFORME

## Fundamentos diagnósticos

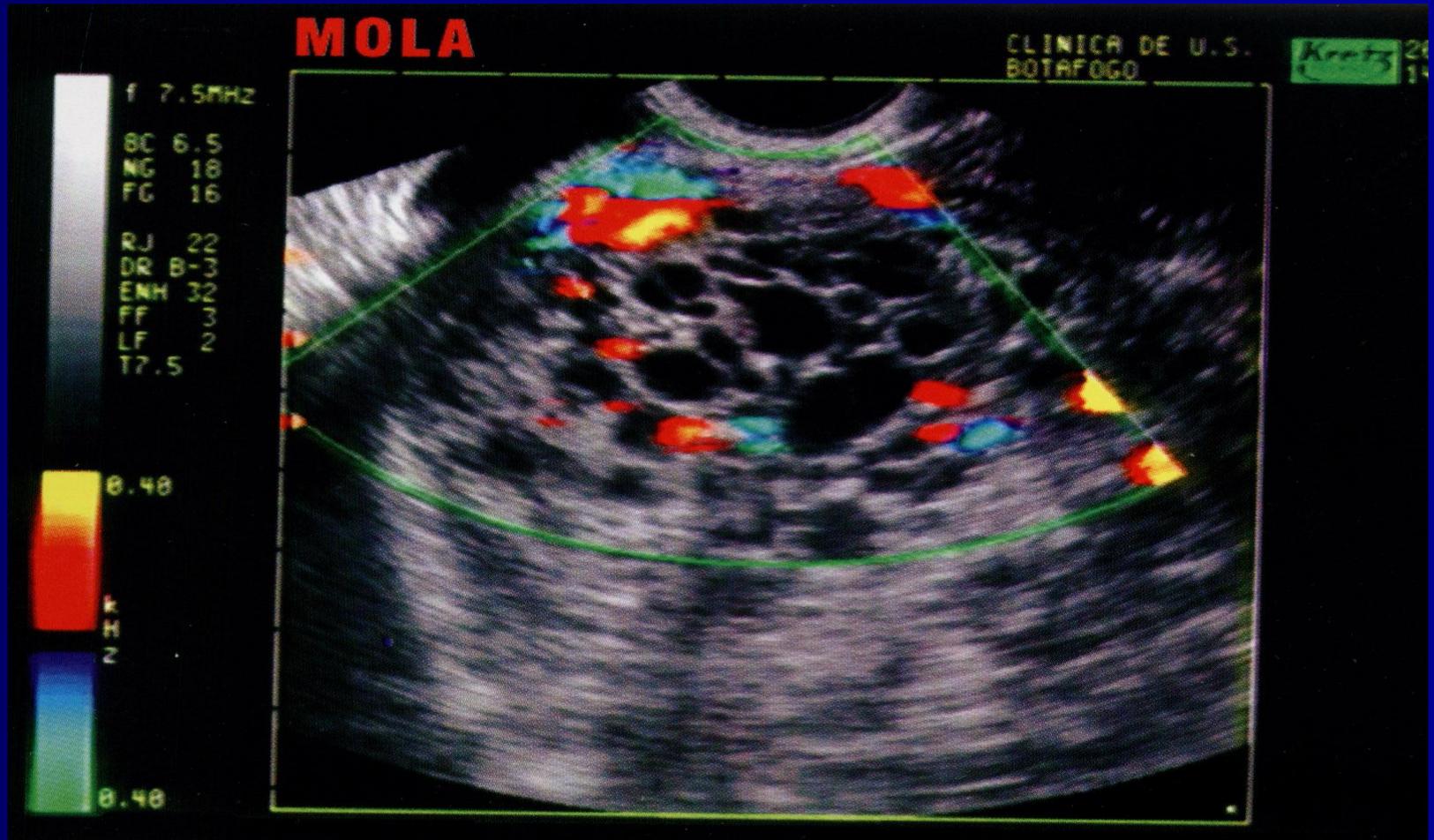
$\beta$ -hCG

- É dosagem diagnóstica e prognóstica.
- Parâmetro mais importante para o acompanhamento pós-molar.
- Realizado sempre no mesmo laboratório, com ensaios que doseem todas as suas formas.

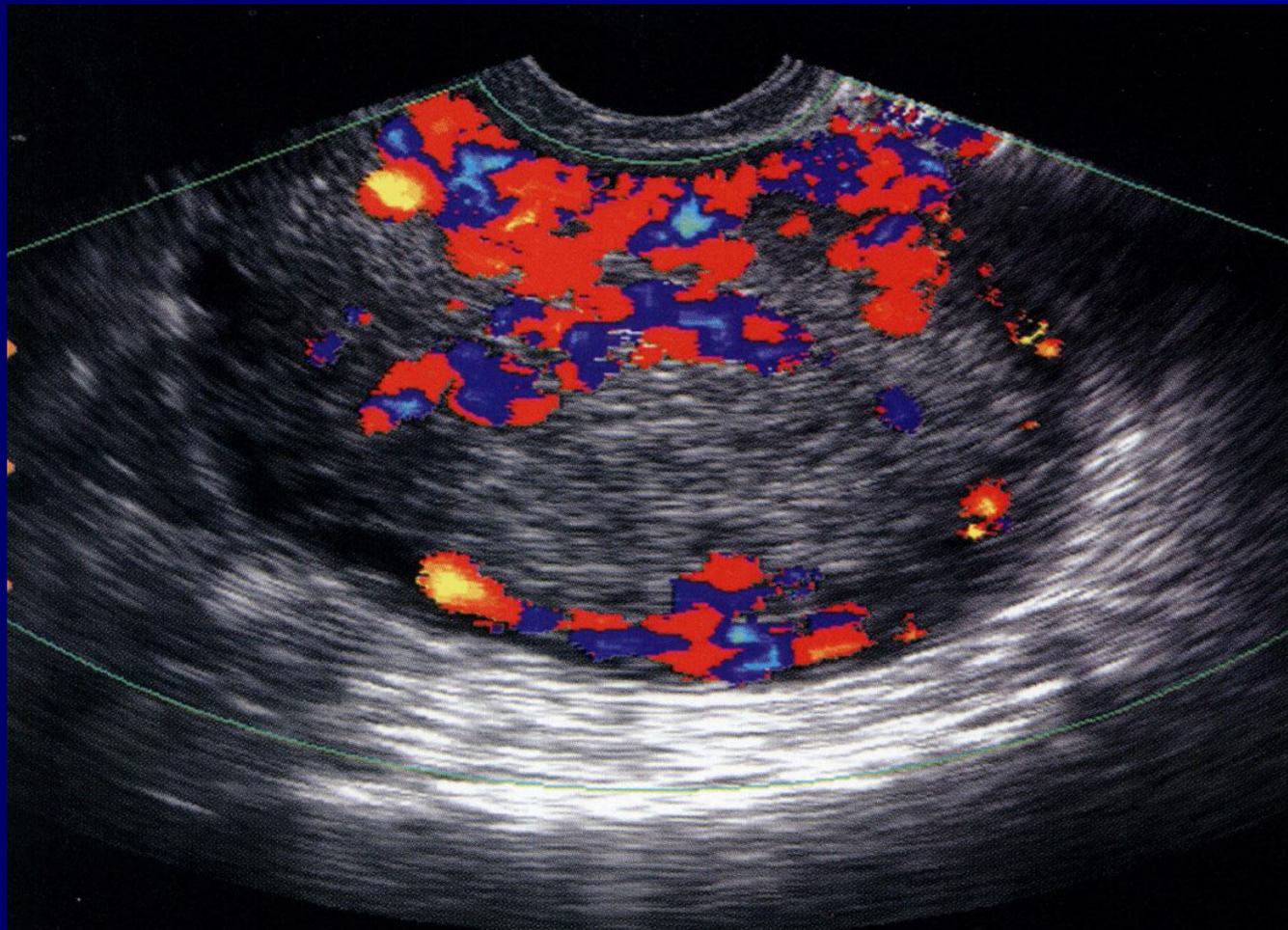
# Fundamentos diagnósticos



# Fundamentos diagnósticos



# Fundamentos diagnósticos



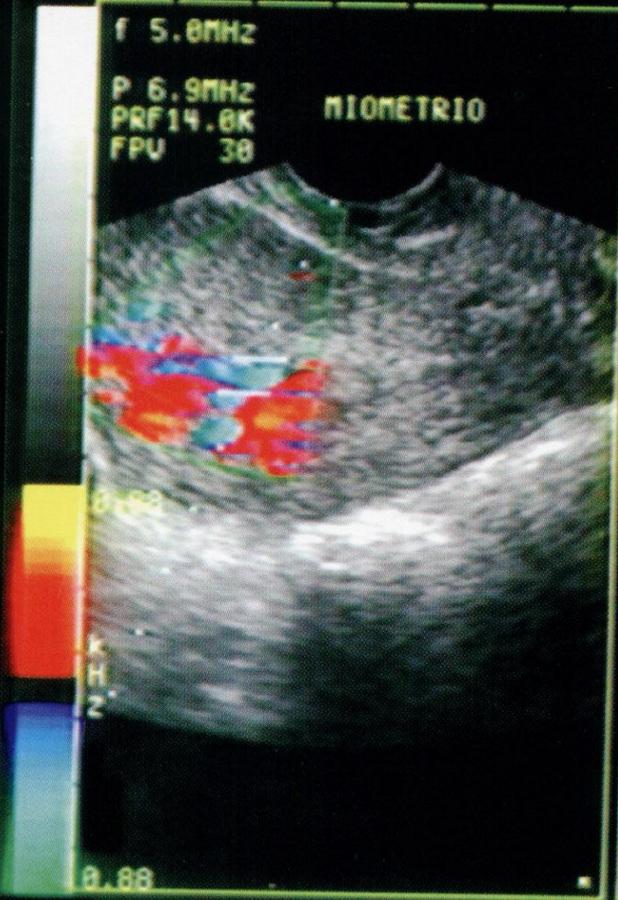
**NTG**

CLINICA DE U.S.  
BOTAFOGO

*Kretz* 31/10/95  
14:25:29

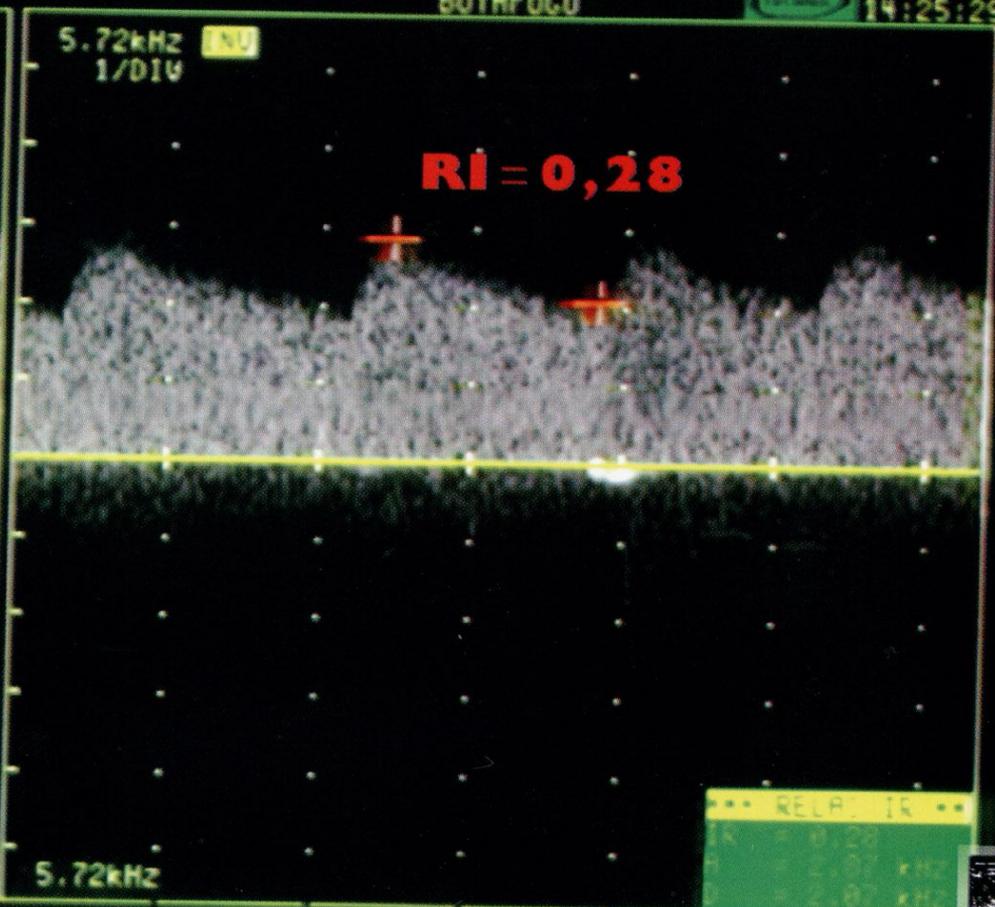
f 5.0MHz  
P 6.9MHz  
PRF14.0K  
FPU 38

MIOMETRIO



5.72kHz 1/DIV

**RI = 0,28**



5.72kHz

RELA. IR  
K 0.28  
P 2.07 cm/s  
D 2.07 cm/s

# MOLA HIDATIFORME

## Diagnóstico diferencial

- ⌚ Erro de data em gravidez normal
- ⌚ Gestação múltipla
- ⌚ Mioma uterino
- ⌚ Polidrâmnio
- ⌚ Tumor de ovário

# MOLA HIDATIFORME

## Tratamento

- Correção da anemia e do hipertireoidismo
- Estabilização dos níveis pressóricos
- Radiografia do tórax
- Dosagem quantitativa do  $\beta$ -hCG
- Hemograma completo, testes de função hepática e tireoidiana.
- Reserva de sangue (na forma de concentrado glóbulos)

# MOLA HIDATIFORME

## Tratamento

1 Esvaziamento

2 Quimioterapia

3 Histerectomia

# MOLA HIDATIFORME

## Tratamento

### Planejamento cirúrgico

- ⇒ Anestesia peridural ou raquidiana
- ⇒ Vácuo-aspiração ( método de eleição)
- ⇒ Volume uterino  $\leq$  12 semanas  $\Rightarrow$  aspiração manual com cânulas de Karmann (AMIU)
- ⇒ Dilatar o colo mecanicamente com velas de Hegar
- ⇒ Iniciar infusão de 15 UI de ocitocina no momento da dilatação p/ promover a contratilidade miometrial.

## MOLA HIDATIFORME

### INSUFICIÊNCIA PULMONAR AGUDA

- ⇒ Ocorre nas 1<sup>a</sup> 4 h após o esvaziamento.
- ⇒ Comum em útero > que 16 semanas.

# MOLA HIDATIFORME

## Tratamento

### Planejamento cirúrgico

- ✦ Finalizar o esvaziamento com cureta cortante
- ✦ Enviar o material obtido para exame anatomopatológico

### • Induzir o trabalho de abortamento molar?

Risco teórico de disseminação hematogênica de células trofoblásticas.

Reserva-se a ocitocina e prostaglandina para os casos com presença de conceito.

# MOLA HIDATIFORME

## Tratamento

### Planejamento cirúrgico

#### HISTEROTOMIA

- Perda sanguínea maior
- Partos cesáreos em gestações posteriores
- O risco de malignização aumenta após a sua realização.

DESVANTAGENS

# MOLA HIDATIFORME

## Tratamento

### Planejamento cirúrgico

#### HISTERECTOMIA

- Com Mola *in situ* em paciente sem risco e que desejam esterilização.
- Em mulheres na faixa etária  $\geq 40$  anos.
- Preservar os ovários.
- Este procedimento não dispensa o controle pós-molar

# MOLA HIDATIFORME

## Tratamento

PACIENTE Rh negativo

*Justifica-se administrar imunoglobulina anti-Rh*

# MOLA HIDATIFORME

## Malignização da Mola Hidatiforme

- 😊 a malignização situa-se em torno de 20%
- ☺ níveis de hCG  $> 100\ 000$  UI/ml
- ☺ útero  $>$  que o esperado para a id gestacional
- ☺ cistos teca-luteínicos  $> 6$  cm
- ☺ id materna  $> 40$  anos

- o risco de seqüelas malignas para as portadoras de MC é de 15 a 25% versus 0 a 11% da MP.

## MOLA HIDATIFORME

### Prognóstico

- 85% têm evolução benígna.
- 18,5% malignizam-se.
- 16% transformam-se em corioadenoma destruens.
- 2,5% sofrem degeneração coriocarcinomatosa.

“contracepção por período de 6 meses”

## SEGUIMENTO PÓS-MOLAR

PROTOCOLO

- 01- Obter dosagens semanais do  $\beta$ -hCG após o esvaziamento.
- 02- Não usar quimioterapia enquanto os níveis de  $\beta$ -hCG forem decrescentes.
- 03- Quando o nível de  $\beta$ -hCG for normal por 3 semanas consecutivas, dosá-lo mensalmente por 6 meses a um ano.
- 04- Evitar a gravidez com anticoncepcionais orais .
- 05- Permitir a gravidez após 6 meses consecutivos de níveis normais de  $\beta$  -hCG
- 06- Ministras a quimioterapia se o nível de  $\beta$ - hCG estacionar por 3 semanas consecutivas, aumentar ou aparecerem metástases.

## DIAGNÓSTICO DA MALIGNIZAÇÃO DA MOLA HIDATIFORME

Se houver elevação ou positivação do  $\beta$ -hCG durante o seguimento, afastada a hipótese de gravidez.



Investigação da Malignidade



US pélvico e Dopplervelocimetria

Curetagem uterina

## MÉTODOS PARA DETECÇÃO DE METÁSTASES

1- Persistência do  $\beta$ - hCG ou pela histologia

2- Exame ginecológico:

♀ nódulos arroxeados em fundos de sacos vaginais ou subretais

3- Radiografia do tórax

4- Ultrassonografia de abdome total

5- Tomografia computadorizada cerebral

## ESTADIAMENTO

Lewis (1980)

### I. Não metastático:

- a) mola hidatiforme (parcial /completa) e mola invasora
- b) coriocarcinoma

### II. Metastático:

- a) Baixo risco: metástases limitadas aos pulmões ou à pelve; título de hCG urinário  $< 100\ 000$  UI/l/ 24 h ou  $40\ 000$  mUI/ml no plasma e duração da doença, antes da quimioterapia,  $< 4$  meses.
- b) Médio Risco: metástases limitadas aos pulmões ou à pelve: títulos de hCG urinário  $> a\ 100\ 000$  UI/l/24 h ou a  $40\ 000$  mUI/ml no plasma e duração da doença  $> 4$  meses.

### III. Alto-Risco: metástases cerebrais e/ou hepáticas (irrelevante os títulos de hCG e duração da doença) ou quimioterapia anterior sem sucesso.

# MOLA HIDATIFORME



## Metástases

✈ Pulmão 60%

✈ Vagina 40%

✈ Cérebro 17%

✈ Fígado 16%

✈ Rim 13%

✈ Baço 9%

✈ Intestino 9%

✈ Ovário 7%

✈ Linfonodos 6%

✈ Outros 5%

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

### *Fundamentos*

♀ *no desejo de nova gravidez*

♀ *nos casos não metastáticos*

♀ *nos casos metastáticos de baixo e médio risco.*

## PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

### *Fundamentos*

☺ *histerectomia total abdominal* □ *em paciente com prole constituída.*

☺ *controle do  $\beta$ -hCG até a negatificação em MI sem metástase, considerando remissão completa após 24 meses. Se houver metástase ministra-se a quimioterapia.*

☺ *se coriocarcinoma* □ *quimioterapia em casos metastáticos e não-metastáticos.*

☺ *se a paciente deseja gestar* □ *tratamento conservador com quimioterapia.*

☺ *NTG de alto-risco* □ *histerectomia total abdominal, se houver metástase cerebral e/ou hepática = quimio + radioterapia.*

## MOLA INVASORA OU CORIOADENOMA DESTRUENS

### Quadro clínico

- metrorragias
- subinvolução uterina
- infecções
- persistência do hCG

### Diagnóstico

- persistência do hCG
- US e Doppler

### Prognóstico

- coriocarcinoma
- óbito

# Neoplasias trofoblásticas gestacionais

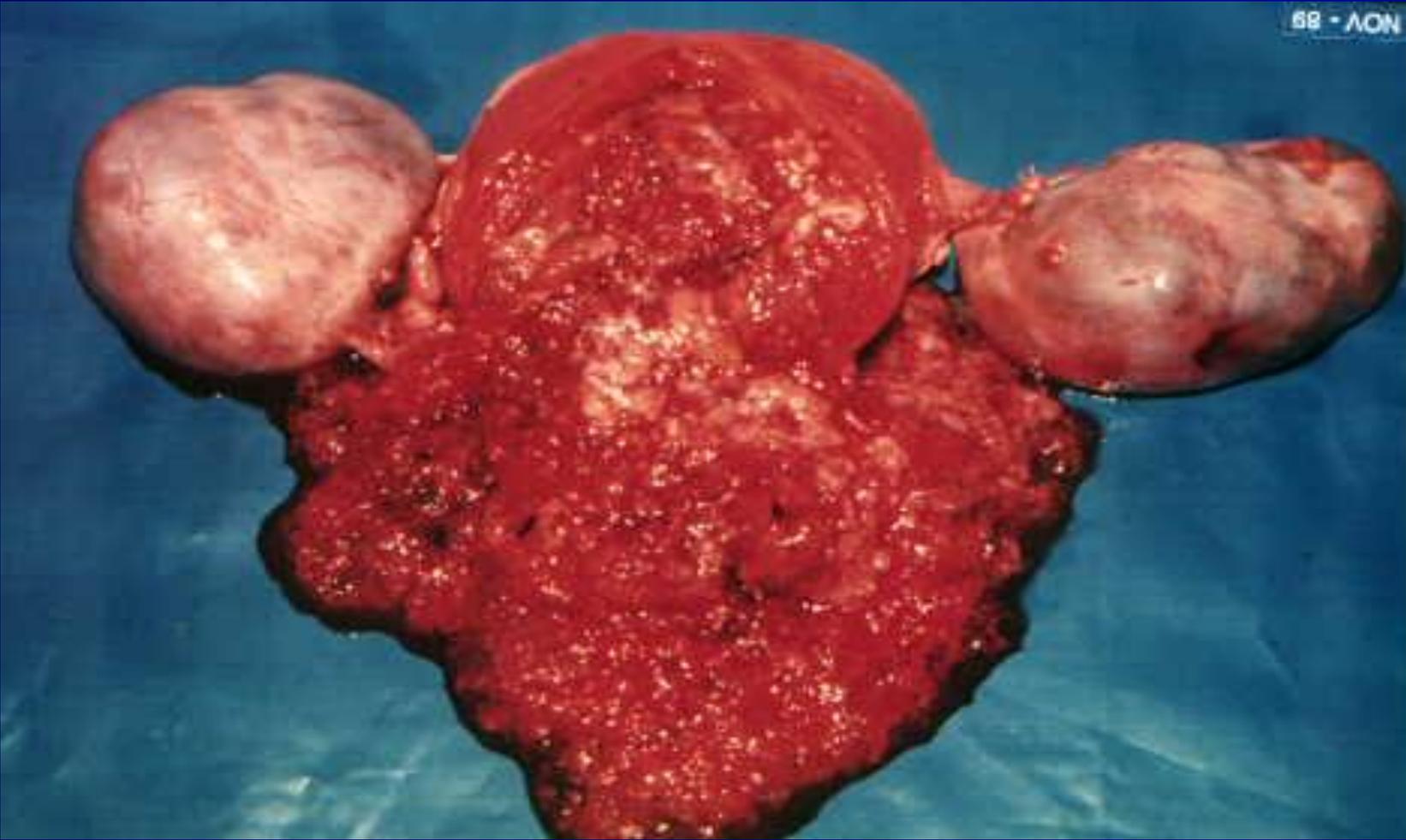
## MOLA INVASORA OU CORIOADENOMA DESTRUENS

- Invade a parede uterina e produz metástases em órgãos distantes.
- Pode regredir espontaneamente.
- incide em 1: 12.500 gestações.
- têm antecedentes de mola hidatiforme em 16%.

# Neoplasias trofoblásticas gestacionais

## CORIOCARCINOMA

- ⇒ é a forma maligna das NTG
- ⇒ pode surgir após qualquer tipo de gestação



# Neoplasias trofoblásticas gestacionais

## CORIOCARCINOMA

### Incidência

□ 1:14.000 a 1: 160.000 gestações normais

□ 1:15.000 abortamentos

□ 1:5.000 prenhez ectópicas

□ 1:40 molas hidatiformes

\* os coriocarcinomas procedem:

50% das molas hidatiformes      25% dos abortamentos

22,5% da gestação normal      2,5% da prenhez ectópica

# Neoplasias trofoblásticas gestacionais

## CORIOCARCINOMA

### Patologia

- Enche a cavidade uterina
- Pode atingir o peritônio
- Pode ficar apenas restrito ao miométrio dificultando o diagnóstico ( não atinge a mucosa), dificultando diagnóstico por material obtido em curetagem.
- Aparecem metástases para os pulmões, vagina, cérebro e fígado por via hematogênica.

# Neoplasias trofoblásticas gestacionais

## CORIOCARCINOMA

### Quadro clínico

- gravidez recente (molar)
- hematêmese
- sinais de dano cerebral
- hemorragias abdominais
- lesões vaginais

### Diagnóstico

- hCG +
- anátomo-patológico +
- Raio X lesão pulmonar

## TUMOR TROFOBLÁSTICO DO SÍTIO PLACENTÁRIO

### Características Clínicas

- constituído de trofoblasto intermediário
- pode ser benigno ou altamente maligno
- níveis de hCG estão sempre baixos
- diagnosticado longo tempo após a última gravidez
- é de difícil diagnóstico
- indica-se histerectomia total

## PROGNÓSTICO

- 80% das molas apresentam remissão espontânea após o esvaziamento.
- 20% malignizam-se
- Tratamento adequado consegue colocar em remissão completa:
  - 100% dos casos das formas não metastáticas.
    - 90 a 100% das metastáticas de baixo risco.
    - 60 a 70% das metastáticas de alto-risco

ÉTICA É UMA QUESTÃO FILOSÓFICA.  
É PESSOAL.  
SER ÉTICO É SER AUTÊNTICO!

Martins, MG (2002)