

DOENÇAS TROFOBLÁSTICAS GESTACIONAIS

Disciplina de Obstetrícia

Departamento Materno-Infantil

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde -
UFMA

Prof^a Dr^a Marília Martins

Doenças trofoblásticas gestacionais

CONCEITO

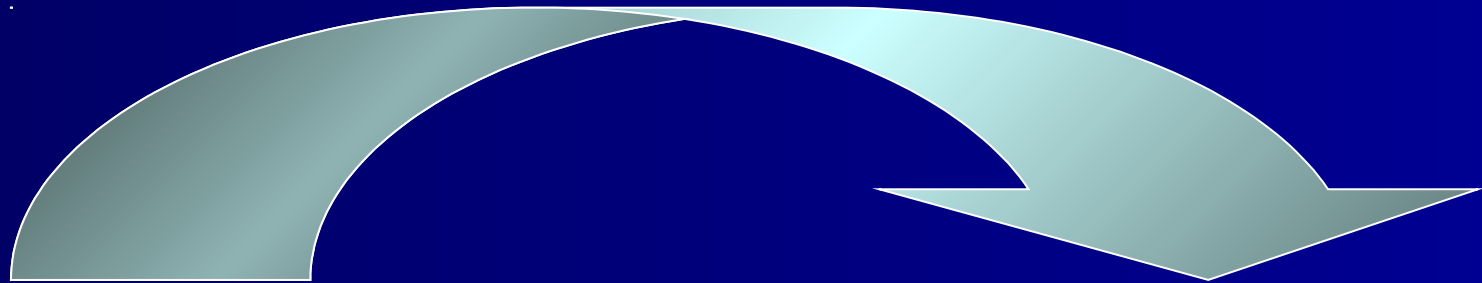
É a proliferação neoplásica do trofoblasto, de características muito bem definidas tanto macroscópica como microscopicamente.

(Carrera & Kurjak, 1997)

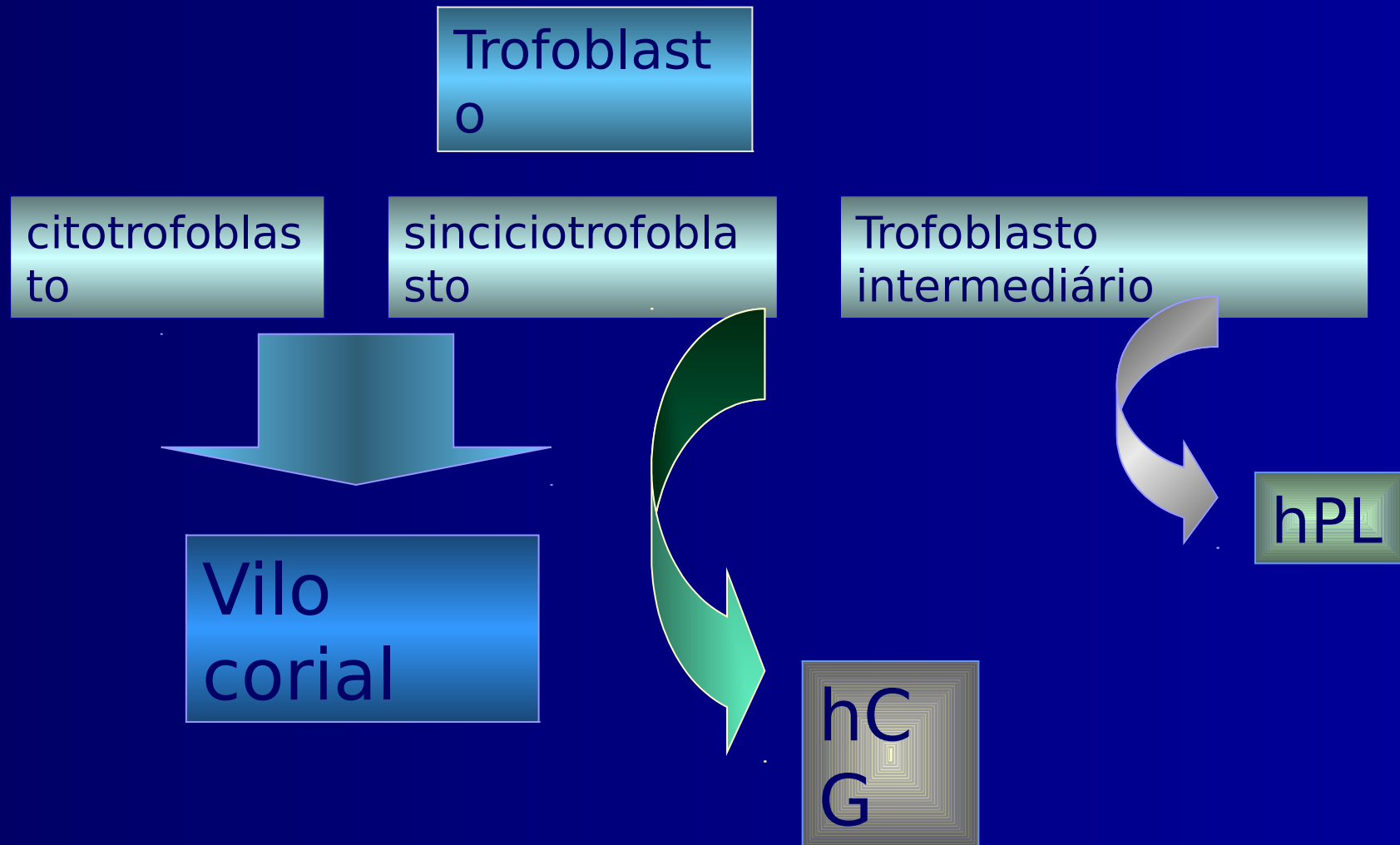
Doenças trofoblásticas gestacionais

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).



Doenças trofoblásticas gestacionais



CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA DAS NTGs

Mola hidatiforme Completa

Parcial

Mola hidatiforme Invasora ↔ Corioadenoma destruens

Coriocarcinoma

Tumor trofoblástico do sítio placentário (TTSP)

Lesões trofoblásticas miscelâneas:

▫ sítio placentário exagerado

▫ nódulo ou placa de sítio placentário

Lesões trofoblásticas não classificáveis

MOLA HIDATIFORME

Patologia

☞ Pequenas vesículas avasculares, translúcidas, contendo líquido claro, semelhante cachos de uvas ou hidátides.







GF-17



MOLA HIDATIFORME

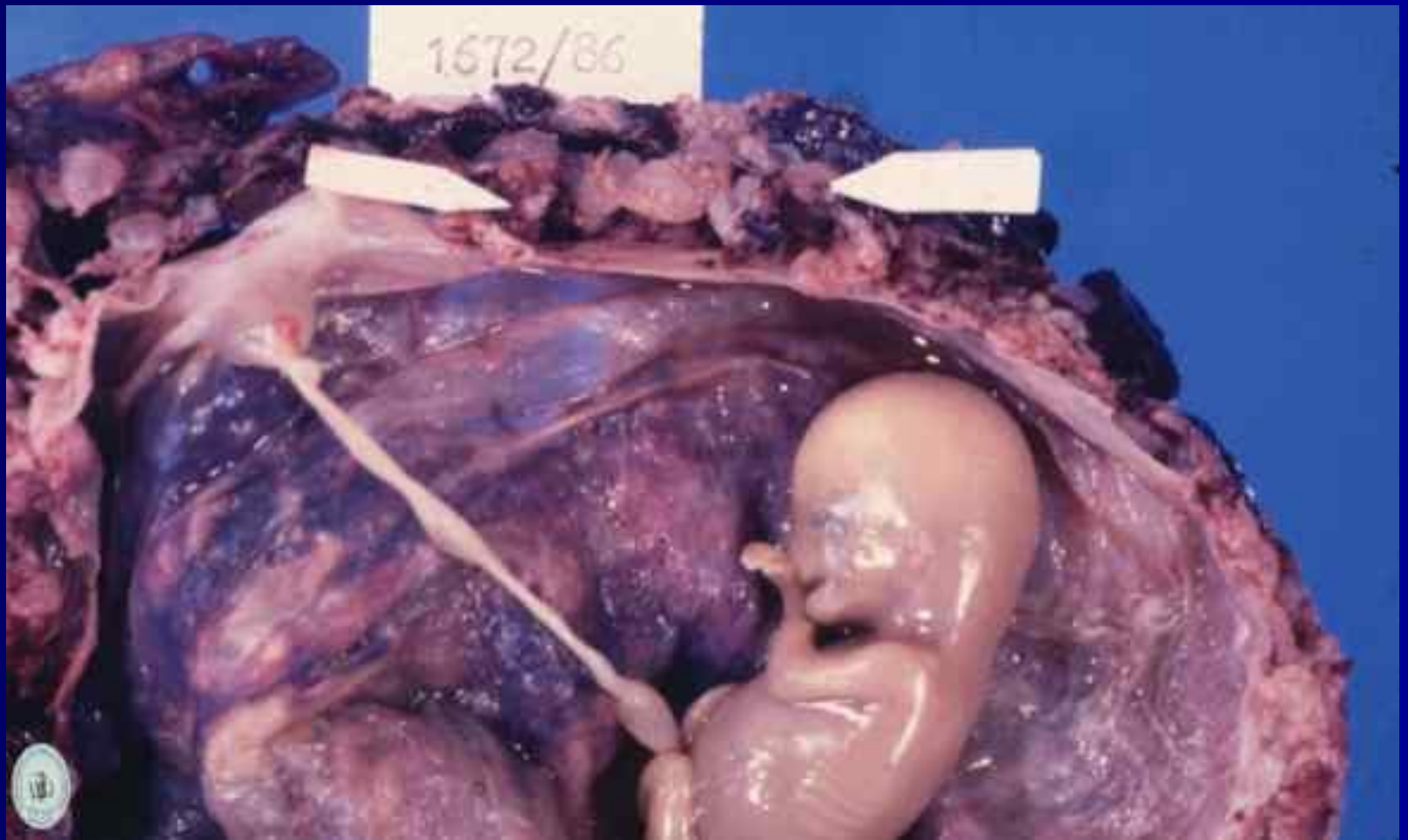
MOLA HIDATIFORME

COMPLETA

- mais frequente.
- 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 evolui para malignidade.



Epidemiologia

- ↗ Mais frequente 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

- 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

Cistos ovarianos bilaterais

C
L
Í
N
I
C

- 15 a 30 % apresentam cistos tecaluteínicos.
- 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

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

ULTRA-
SONOGRAFIA

DOPPLERFLUXOMETRI
A

MOLA HIDATIFORME

Fundamentos diagnósticos

β -hCG na gravidez normal é de 50 000 a 100 000 mUI/ml na 12^a semana e depois decresce.

β -hCG > 200 000 mUI/ml sugere MH completa.

β -hCG na MP raramente é > 100 000 mUI/ml

MOLA HIDATIFORME

Fundamentos diagnósticos

β -hCG

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



MOLA

CLINICA DE U.S.
BOTAFOGO

Kreitz 26
14

f 7.5MHz

BC 6.5

NC 18

FC 16

RJ 22

DR B-3

ENH 32

FF 3

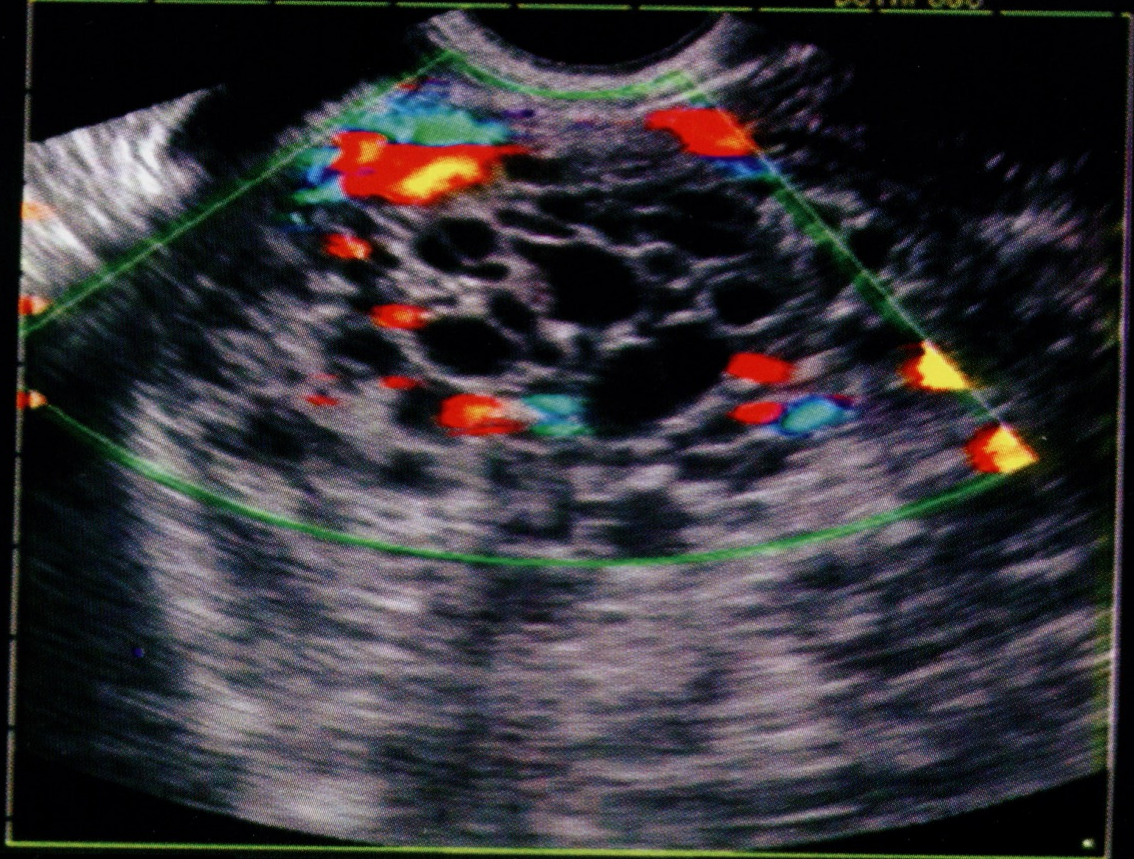
LF 2

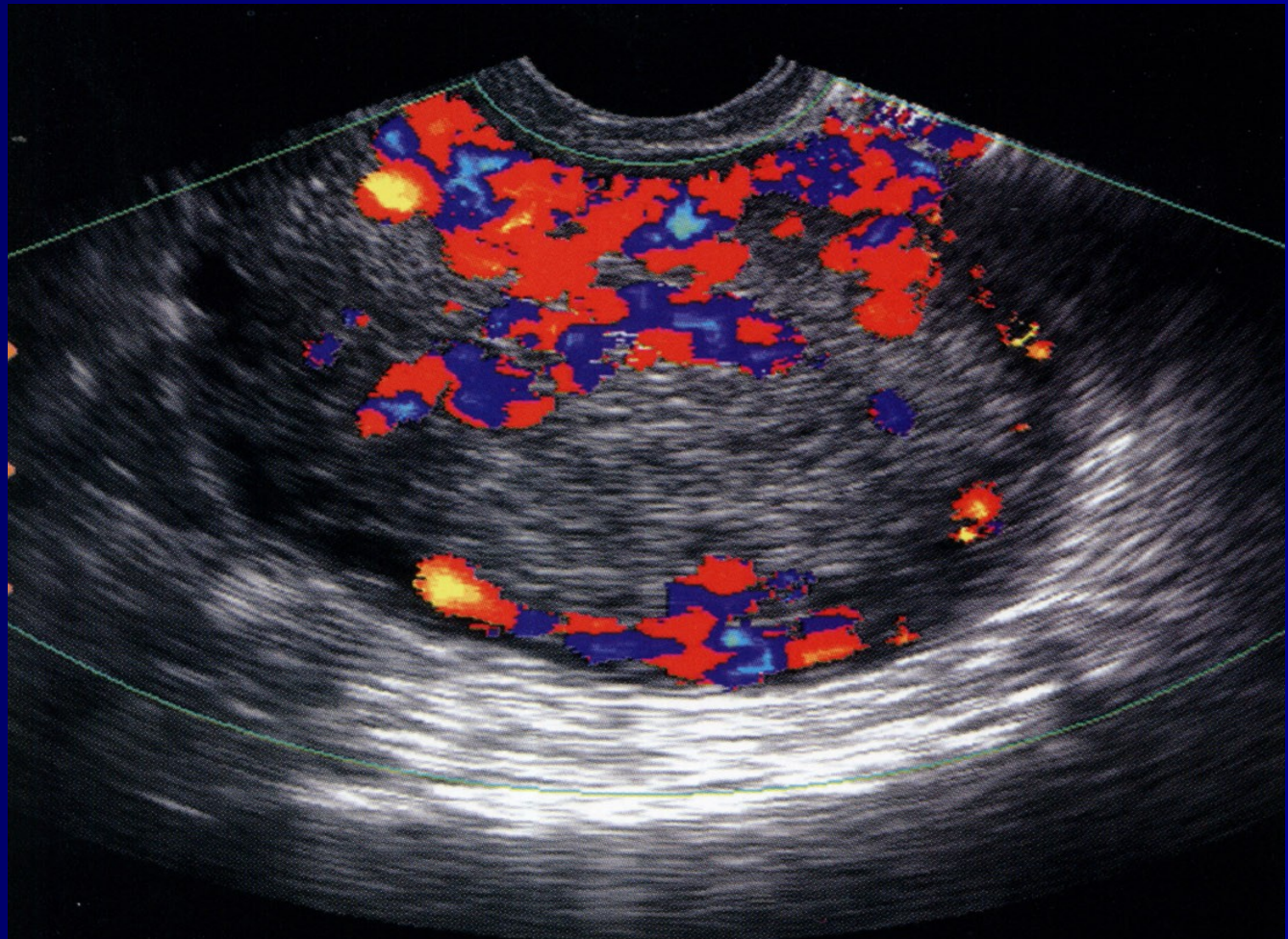
T7.5

0.40

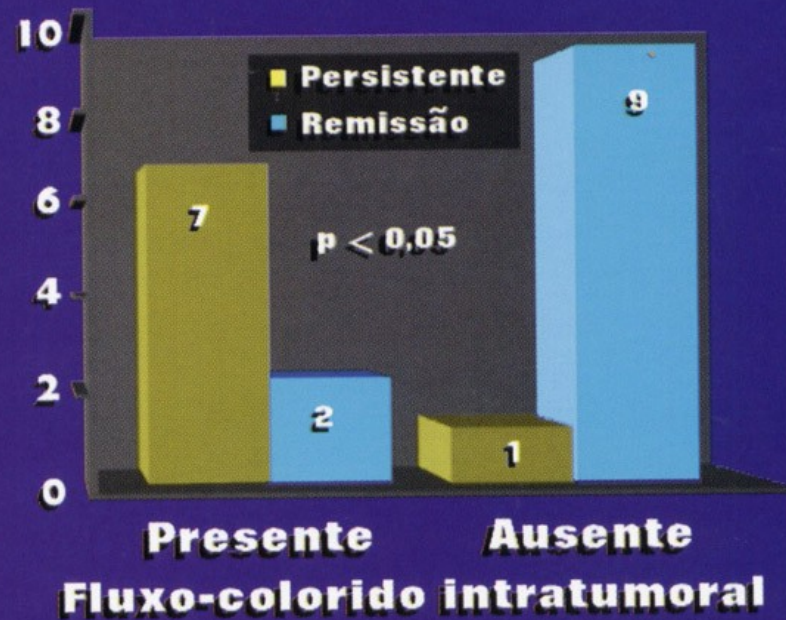
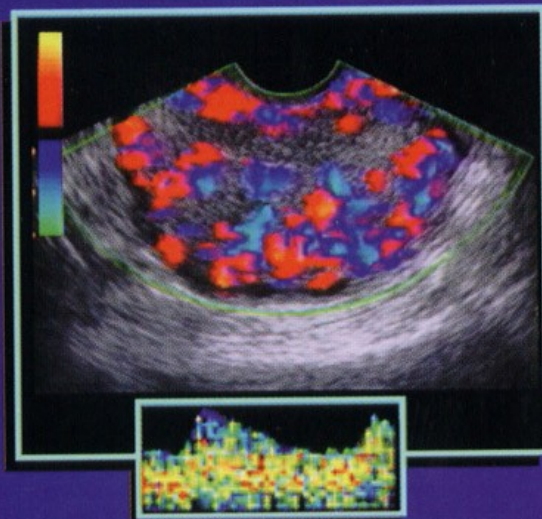
K
H
Z

0.40

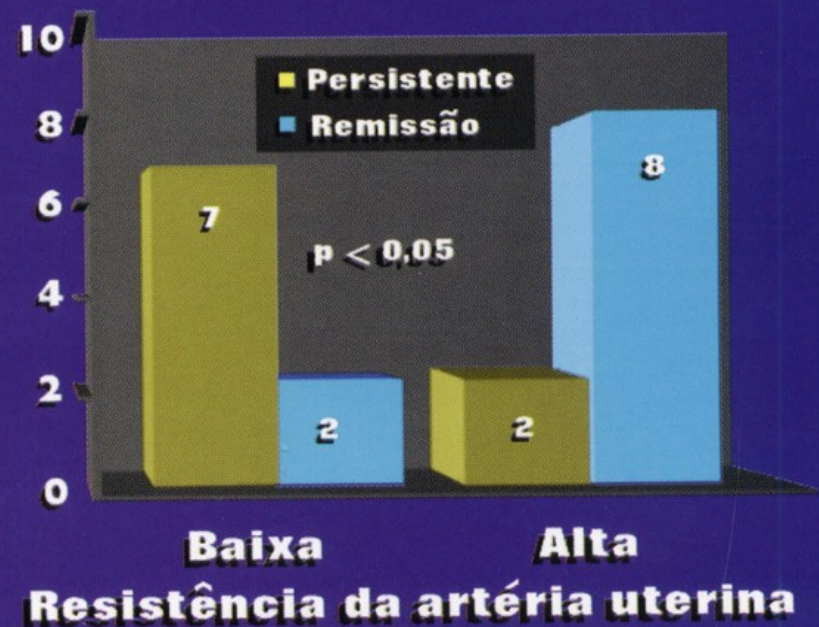




DOPPLER-COLORIDO VAGINAL & DOENÇA TROFOBLÁSTICA



DOPPLER-COLORIDO VAGINAL & DOENÇA TROFOBLÁSTICA



NTG

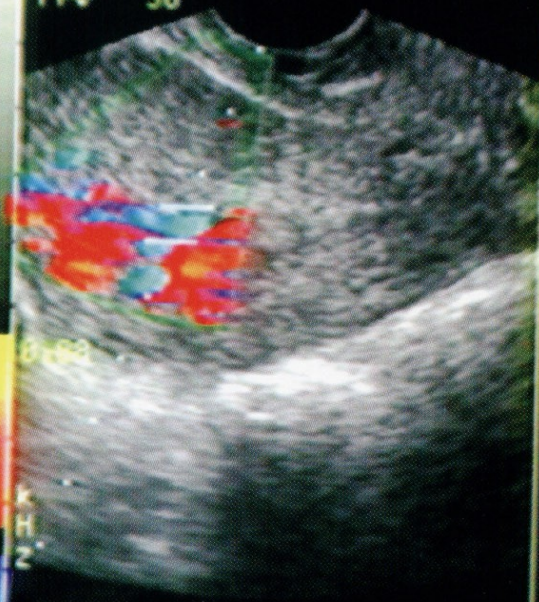
CLINICA DE U.S.
BOTAFOGO

Kretz 31/10/95
14:25:29

f 5.0MHz

P 6.9MHz
PRF14.0K
FPU 38

MIOMETRIO



0.98

k
H
Z

0.88

5.72kHz 130
1/DIV

RI = 0,28



REL. RI

R = 0.28
P = 2.07 kHz
D = 2.07 kHz

5.72kHz

MOLA HIDATIFORME

Diagnóstico diferencial

- ⦿ Erro de data em gravidez normal
- ⦿ Gestação múltipla
- ⦿ Mioma uterino
- ⦿ Poliidrânio
- ⦿ Tumor de ovário

MOLA HIDATIFORME

Tratamento

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

MOLA HIDATIFORME

Tratament

o

1

Esvaziament

o

2

Quimioterap

ia

3

Histerectom

ia

MOLA HIDATIFORME

Tratament

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

MOLA HIDATIFORME

INSUFICIÊNCIA PULMONAR AGUDA

⇒ Ocorre nas 1ª 4 h após o esvaziamento.

⇒ Comum em útero > que 16 semanas.

MOLA HIDATIFORME

Tratament

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

Tratament

Planejamento cirúrgico

HISTEROTOMI

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

DESVANTAGEN

S

MOLA HIDATIFORME

Tratament

Planejamento cirúrgico

HISTERECTOMI

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

MOLA HIDATIFORME

Tratament

o

PACIENTE Rh
negativo

*Justifica-se a ministração de 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 um período de 6 meses”

SEGUIMENTO PÓS-MOLAR

- 01- Obter dosagens semanais do β -hCG após o esvaziamento.
- 02- Não usar quimioterapia enquanto os níveis de β -hCG forem decrescentes.
- 03- Quando o nível de β -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 β -hCG
- 06- Administrar a quimioterapia se o nível de β -hCG estacionar por 3 semanas consecutivas, aumentar ou aparecerem metástases.

DIAGNÓSTICO DA MALIGNIZAÇÃO DA MOLA HIDATIFORME

Se houver elevação ou positividade do β -hCG durante o seguimento, afastada a hipótese de gravidez.

Investigação da
Malignidade

US pélvico e Dopplervelocimetria Arteriografia
pélvica Curetagem uterina

MÉTODOS PARA DETECÇÃO DE METÁSTASES

1- Persistência do β - hCG ou pela histologia

2- Exame ginecológico:

♀ nódulos arroxeados em fundos de sacos vaginais ou subretais

3- Radiografia do tórax

4- Ultra-Sonografia 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 $> 100\ 000$ UI/l/24 h ou $40\ 000$ 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



Metástas
es

→ 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 β -hCG até a negativação 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

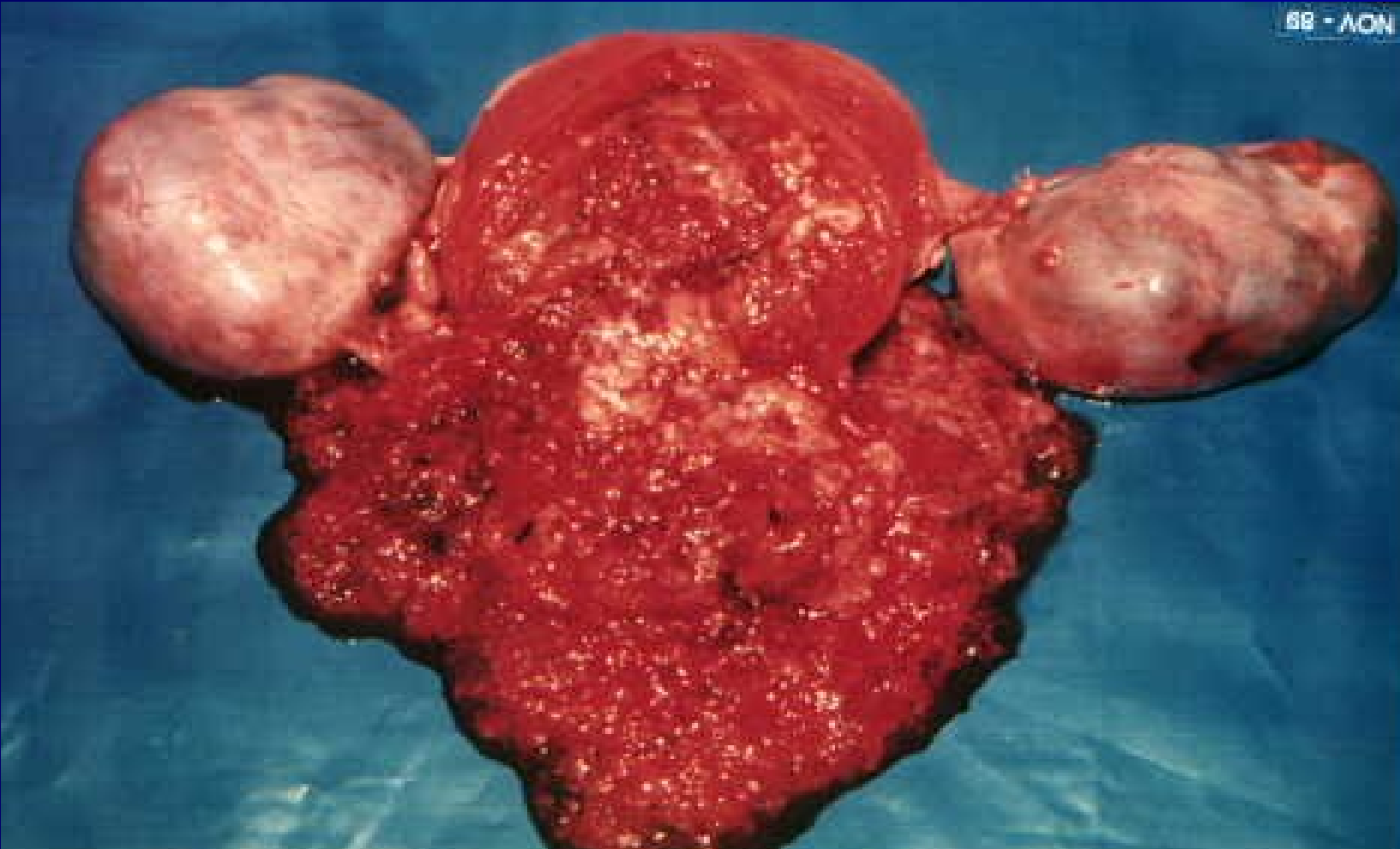
MOLA INVASORA OU CORIOADENOMA DESTRUENS

- 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%.

CORIOCARCINOMA

⇒ é a forma maligna das NTG

⇒ pode surgir após qualquer tipo de gestação



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

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.

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)