

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MOIA HIDA TIFORME : A PRESENTAÇÃO DE
UM CASO CLÍNICO E PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

PESQUISADORAS :

ADALIS PIBERNAT CUNHA

JERÔNIMO MEDEIROS

MEDICINA

TOCOGINECOLOGIA

FLORIANÓPOLIS, 17 de novembro de 1980

INDICE.

INTRODUÇÃO	1
RESUMO	2
A PRESENTAÇÃO DO CASO.....	3
FOTOGRAFIAS	4
PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	5
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	6

INTRODUÇÃO

A patogenia da mola hidatiforme permanece desconhecida, embora pareça originar-se de ovos patológicos, nos quais o embrião está ausente, ou morre entre a 3ª e a 5ª semana do desenvolvimento, fase que coincide com o funcionamento das circulações coriônicas e fetais, agora completadas anatomicamente. A falha do desenvolvimento do embrião ocasiona impedimento da circulação fetal no córion do ovo patológico e tal fato por sua vez, seria o responsável pelo acúmulo de líquido e a formação de cistos.

A utilização da quimioterapia nestas patologias veio determinar uma enorme mudança no prognóstico das portadoras de mola hidatiforme.

É o que mostramos neste trabalho, onde apresentamos o desaparecimento de metástases pulmonares.

Seguindo a paciente em observação e controle de HGC.

RESUMO

Neste trabalho de pesquisa faremos a apresentação de um caso de mola hidatiforme, com o seu acompanhamento desde as queixas de irregularidades menstruais da paciente até o controle dos exames atualmente, mostrando a eficácia da terapêutica quimioterápica utilizada, principalmente sobre as metástases pulmonares e, a perspicácia das ginecologistas em não embarcarem no quadro de suposta gravidez, curetando a paciente e solicitando o anatomopatológico do material curetado, chegando assim ao diagnóstico. Mola Hidatiforme.

Em segunda é apresentada uma pesquisa bibliográfica que trata dos atuais conceitos sobre mola hidatiforme de âmbito nacional e internacional.

1 - APRESENTAÇÃO DO CASO

R.H.M - 21 anos, sexo feminino, branca, casada, do lar natural de Florianópolis,

Em 21/03/79, paciente procurou ambulatório do INAMPS-Patronal-médica ginecologista com queixa principal: Quer fazer exame interno. Gesta: I - Para : 1 - O: abortamento, data do último parto 24/09/76 - gestação a termo, parto normal, nega passado cirúrgico. DUM: 14/02/79, há 3 meses não faz uso de anticoncepcional - pois deseja engravidar novamente.

Exame físico : s/p -

Exame ginecológico : Mamas : s/p - exame externo : s/p -

Exame especular do colo com presença de mácula rubra central, - presença de secreção viscosa. Ao toque : útero AVF, anexos s/p, foi solicitado rotina mais colpocitoscopia. -

Em 09/04/79 - Paciente sem queixas, resultado dos exames laboratoriais : Hemograma: dentro da normalidade Ht: 41.90 - Hb:15.0 glicose 92 - lues : negativo - P.fezes: negativo -P.urina: negativo - toxo: 1:64IgG - Rub; negativo.

Em 16/04/79 - Paciente com queixas de fluxo vaginal - conduta: Fazer criocautério, medicação com albocresil: GU- lig, Emals O - mais vagi-sulfa.

Em 02/05/79 -Feito curativo c/albocresil - presença de sangramento vaginal.

Em 09/5/79 - Feito curativo com albocresil , retornar em lodias

21/05/79 - Feito curativo com albocresil , área no LS com aumento de vascularização , retornar em um mês.

Em 08/06/79 - Paciente retorna a consulta com queixa de atraso menstrual. Solicitado teste de ALL-in

Em 19/06/79 - Resultado do exame : ALL-in : positivo.

Diagnóstico provavel : Gravidez de 1 mês

Solicitado exames de rotina. Medicação : espasmocibalena mais-combirom.

Em 20/07/79 - Paciente, com queixas de sangramento mais dor abdominal. Resultado dos exames: Prognost: positivo . Hemog: - Ht:38.90 - Hb: 13,1 -Hemat:4.4 . Lues:negativo. Foi solicitado novo ALL-in.

Em 23/07/79 - Prognost: positivo , medicação com 2 ampolas de Gestadinona mais B.Composto.

26/07/79 - Paciente com queixa de sangramento intenso durante a madrugada diminuindo durante o dia. Conduta: Foi tratado como ameaça de abortamento.

Em 27/08/79 - Paciente foi submetida a curetagem uterina

Em 01/09/79 - Paciente sem queixas . conduta : medicação -
microvlar. solicitado exames: HGC mais Rx de tórax
exame ginecológico: colo :s/p - mamas :s/p - toque :s/p -

Em 12/09/79 - Presença de sangramento intenso. Feito curetagem
uterina. Foi solicitado anatopatológico do material cureta-
do .

Em 16/09/79 - Resultado dos exames solicitados : P.fezes-
negativo - Sorologia p/lues: negativo. Ht: 41.0 -Hb:14.2 -
Rx de torax : normal .

EM 23/09/79 - Resultado do exame anatomo patológico: -
Macroscopia: Vários fragmentos de tecido pardacento e fria-
vel com aspecto de material curetado, contendo inúmeras ve-
sículas conferindo-lhe semelhança a sagú.

Microscopia: Os cortes histológicos evidenciam inúmeras vi-
losidades coriais volumosas, avasculares, bastante edemacia -
das, revestidas por uma ou mais camadas de células trofoblás-
ticas, em meio a decídua.

Conclusão : MOLA HIDATIFORME

Nota: Sugiremos controle hormonal da paciente.

EM 05/10/79 - Resultado do teste para verificação da gra-
videz na urina: Planotest : negativo
ALL-in : negativo
Dosagem das HGC ; negativo

Em 30/01/80 - Resultado exames solicitados: Lues: negativo -
glicose : 78,93 - uréia: 33.01 - creat: 062 - C.O II : cerv -
mod - Ht: 42 -Hb: 13,80.

Em 31/01/80 - Rx de tórax (2poses), Crânio (2 poses). -

Tórax:

Imagens nodulares localizadas no pulmão D.

Área cardioártica normal.

mediastino sem alteração, arcabouço costal de aspecto rádio -
gráfico normal. Deve fazer estudo tomográfico dos pulmões . -

Crânio:

Aspecto radiográfico normal.

Em 01/02/80 - Resultado exame : Gonodotrofinas Coriônicas: -
Inf.a 1,5UI/ml ou inf. a 975UI/volume.

Volume : 650ml (tido como de 24 horas)

Em 06/02/80 - Solicitado Tomografia de tórax

Em 20/02/80 - Resultado do exame radiológico - Tomografia -
pulmonar: Presença de múltiplos nódulos localizados no pul-
mão direito.

Em 23/02/80 - Paciente deverá ser avaliada p/Quimioterapia -

Em 28/02/80 - Resultado exames solicitados: Ht: 42 - Hb:14.
Plaquetas: 220.000p/mm³. - uréia :27mg% -creatinina :097mg% -
Latex : negativo - ALL-in : negativo.

Em 07/03/80 - Resultado exames solicitados : Ht : 42 - -

Hb:Hb : 14.1 - Plaquetas:220.000 .

PU : s/p - Sustagem - combirom - Progn.: negativo

Conduta : Quimioterapia antituberculosa

Citostático	CICLO	DOSE
-------------	-------	------

ACTD	Iº	10mg
------	----	------

UTX	Iº	25mg
-----	----	------

Em 21/03/80 - Exame radiológico - Torax PA

Pulmões com transparência e desenho vascular normais -

Área cardioaortica normal.

Mediastino sem alteração

Arcabouço costal de aspecto radiográfico normal.

Em 26/03/80 - Quimioterapia

CICLO	CITOSTÁTICO	DOSE
II	ACTD	10mg
II	UTX	25mg

Suspensão QT

Desaparecimento de todas as lesões

Em 18/04/80 - Rx de tórax normal

Paciente curada . Faremos controle sem/sem :2meses

mês/mês : 6meses

Em 04/06/80 - Resultado : HGC :

22/ 04 /80 - 29/04/80 - 06/05/80 - 13/05/80 : inf-1.5 -
DUM : 03/06/80.

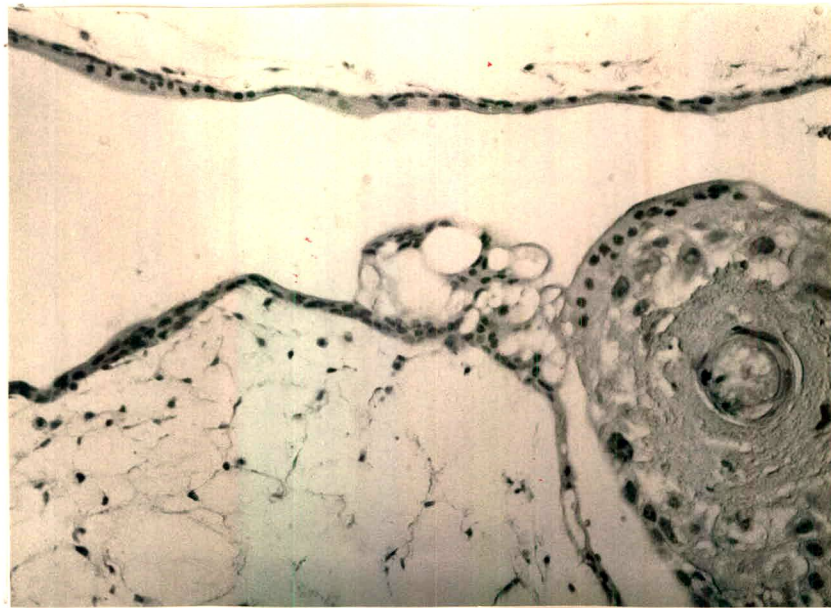
Em 1/06/80 : Exame Bacterioscópico do cont vaginal

Resultado: Presença de muitos bastonetes gram positivo pró -
priosda flora, raros bastonetes gram negativos, raros coeos -
gram positivo, muitas células epiteliais e poucos leucócitos-
RESULTADO DA CULTURA : Negativo (de urina)

Em 13/06/80 : Resultado de exames: Plaquetas : normais - -
Ht:43 - Hb:15 -Hemac. 86 .

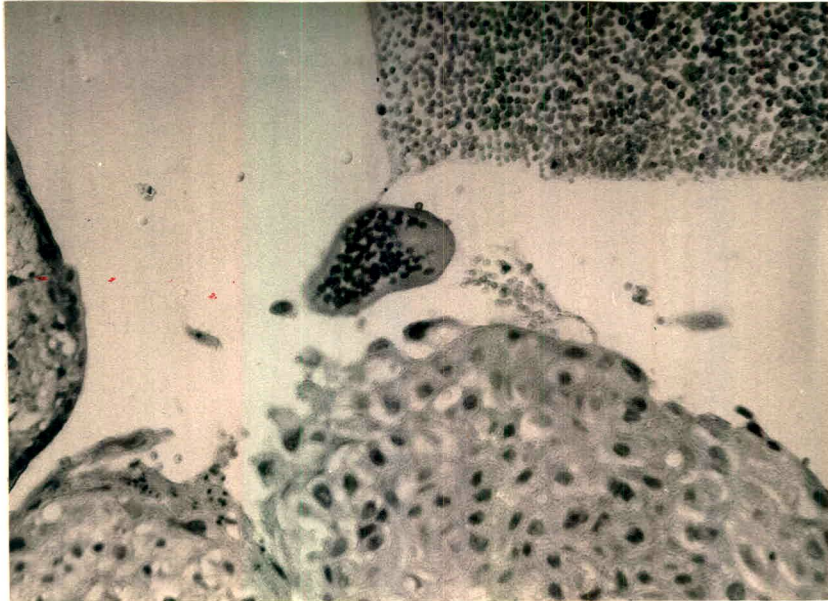
Em 01/09/80 - Rx de tórax PA e Perfil : Dentro da normali -
dade. P.fezes: Negativo. Ht: 41 - Hb 14.2 - Plaquetas : norma
is .

Em 11/09/80 : Exame de urina : negativo - Lues: negativo-
Exame :GonodotrofinaCoriônicas : 1.resultado:inf a 1,5UI/ml
ou inf a 1.215 UI/volume . volume :810ml (tido como de 24hs)

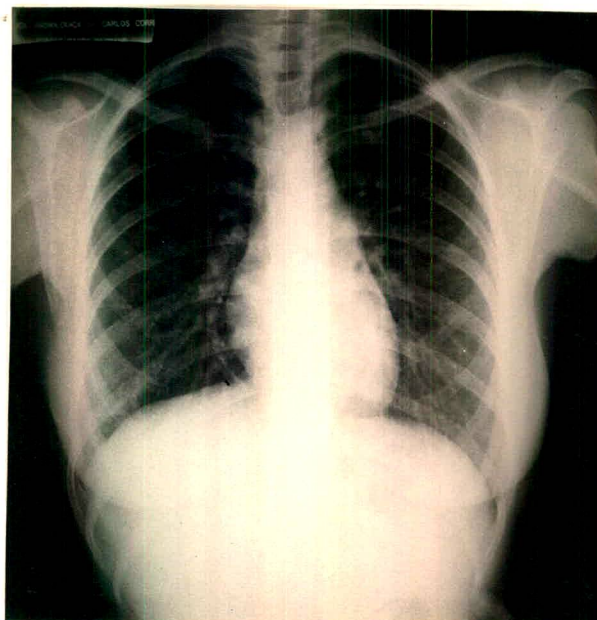


I - PRESENÇA DE VILOSIDADES HIDRÓPICAS
A VASCULARES .

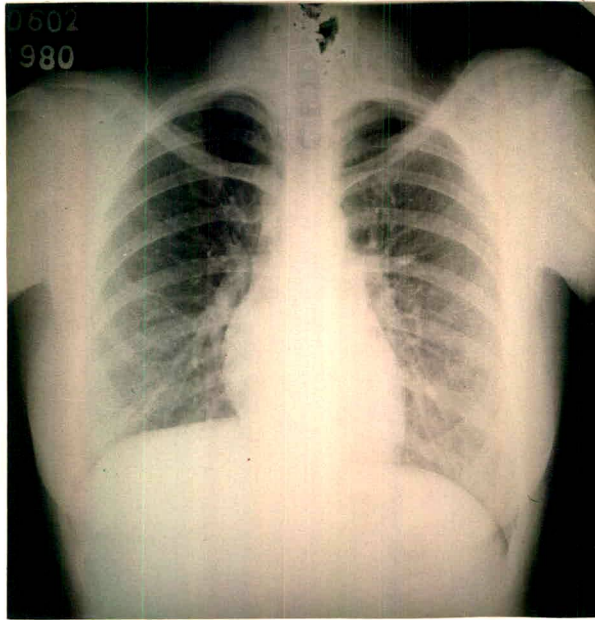
II - PRESENÇA DE TROFOBIASTOS NA SUPERFÍCIE .



I - PRESENÇA DE TROFOBLASTOS NA SUPERFÍCIE .



I - IMAGENS NODULARES NO PULMÃO DIREITO
A PÓS 5 MESES DA CURETAGEM UTERINA .



I - Rx de TÓRAX PA :

DENTRO DA NORMALIDADE.

II - AO TÉRMINO DO TRATAMENTO DE
QUIMIOTERAPIA, NOTANDO-SE A AUSÊNCIA
DO NÓDULOS .

2 - PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

2.1 - CORIOMA BENIGNO

CONSIDERAÇÕES GERAIS :

A mola hidatiforme resulta da deterioração da circulação vilosa em um ovo patológico.

É caracterizada histologicamente pela proliferação das camadas sinciciotrofoblástica e citotrofoblástica que cobrem as vilosidades coriônicas e pela dissolução edematosa e, contação cística do estroma avascular das vilosidades.

- Proliferação com sincício e cito
- Dissolução edematosa e
- Contação cística do estroma avascular das vilosidades.

As vilosidades são convertidas em cistos molares em forma de uvas, unidas umas as outras por ponte de tecido tênue. O diâmetro das vilosidades hidrópicas geralmente é de 0,5 a 1 cm, mas pode variar de 1mm a 3mm.

Há duas correntes fundamentais para explicar a origem da mola hidatiforme:

- a) 1 teoria admite que as lesões degenerativas do trofoblasto seriam decorrentes de lesões do estroma (por ausência de circulação vilositária, ou por distúrbios da mesma decorrentes de causas diversas, deficiência do meio, determinismo genético, etc.).

b) Outra teoria, é essencial o primitivo processo proliferativo do revestimento trofoblástico, e daí decorreriam as alterações do estroma e vasculares, ou seja, defende-se o caráter neoplásico primário.

2.2 - INCIDÊNCIA :

A incidência é diversa por fatores diversos como :

- Condições sócio econômica (para) da população.
- Técnicas usadas para o diagnóstico.

Boivin dizia haver 1 caso entre 20.000 partos

Essen-Moller, 1:3.000; e

Novak, 1:2.500.

Formosa (Indonésia) e maternidade pública México: 1.200

Filipinas (quando pela ocupação japonesa) subnutrição, 1:120-
atualmente nas Filipinas :

maternidades particulares : 1 caso de mola para 2.000 partos

maternidades publicas : 1 caso de mola para 1.000 partos

Logo é importante as condições nutricionais na patogenia dos coriomas.

Dados obtidos no Chile, Venezuela, Brasil, sugerem para a América do Sul 1: 1000 gestantes hospitalizadas

clinica 1: 530 gestantes.

A incidência aumenta nos grupos orientais.

Relação com paridade, não parece ter importância para Marques Monte & Cols (1963) :32,8 dividido primíparas.

Dr Resende (Rio) : não há predileção quanto a paridade.

Relação com a idade:

Davis : mais entre 25 a 35 anos

Seifz : mais entre 40 a 45 anos

Dr Rezende : mais entre 25 a 30 anos (idade média), 27anos-
e extremos 18 e 50 anos.

2.3 - MACROSCOPIA :

Na mola há transformação total ou parcial do ovo em pequenas vesículas translúcidas cheias de líquido claro, que se eliminam em poucos ou em grande números, podendo estar associadas à coágulos escuros. Quando a evacuar-mos do útero, a aparência é de cachos de uva ou de hidátides.

O sangue ao se derramar no útero pode coagular formando a "mola-sanguinea".

Mola Carnosa : Quando há reabsorção do plasma, pigmentos sanguíneos e líquidos ovulares conferindo a massa aspecto de carne - daí origem ao nome mola carnosas.

2.4 - CLASSIFICAÇÃO - TIPOS

Mola : sanguinea

Mola : carnosas

MOLA : TOTAL OU PARCIAL

MOLA : embrionada ou anembrionada ou ôca

Será a mola hidatiforme total ou parcial, embrionada, oca ou anembrionada. Na primeira, toda a massa corial está comprometida. Na segunda, apenas alguns cotiledões. Na mola embrionada encontra-se o saco ovular, que pode ter embrião ou feto, o que se não dá na oca ou anembrionada. Essa modalidade é excepcional, sob o prisma anátomo-patológico, se foi a pesquisa cuidadosamente realizada, e traduz, geralmente, a lise do embrião.

É a ocorrência dos coriomas benignos comum no primeiro trimestre - mas pode ser visto em todo o transcurso da gestação. Nos primeiros dias dela são, pelo geral, totais e (geral) real ou aparentemente anembrionados enquanto, no período final, é de regra a degeneração parcial e estar presente o conceito.

2.5 - MICROSCÓPIA

Há 3 alterações microscópicas fundamentais nas vilosidades molares :

- Proliferação trofoblástica
- Degeneração hidrópica do estroma
- Vasculização deficiente ou ausente.

As vilosidades apresentam o estroma frouxo e edemaciado, o que as torna císticas.

Sob esse aspecto surgem isoladas ou em grupos; são acentuados os sinais de atividade trofoblástica, da simples hiperplasia à aparência de neoplasia maligna.

Proliferam o cito e o sinciciotrofoblastico, advindo graus variáveis de hiperplasia e anaplasia, às vezes intimamente ligados à parede uterina, explicando certos diagnósticos falsamente positivos de malignidade.

Baseados nos diferentes graus de proliferação trofoblástica e nas alterações anaplásicas, Hertig & Sheldon (1947) - classificam as molas hidatiformes em 6 grupos:

- I . Benignas.
- II. Provavelmente benignas
- III Possivelmente benignos
- IV. Possivelmente malignas
- V. Provavelmente malignas
- VI. Malignas.

A existência de fases intermediárias entre os grupos, torna difícil a aplicação dessa classificação. Daí a importância de gizar outra, menos complexa, como a de Herting & Mansell (1956), que servindo-se do critério idêntico separaram os coriomas em 3 grupos:

- I Aparentemente benignos

II Potencialmente malignos ;

III Aparentemente malignos

Num estudo de 200 coriomas, Hertig & Mansell tiveram, respectivamente, 22 do grupo I

122 do grupo II

46 do grupo III

Somente no último grupamento, 5 evoluíram para corioma maligno; em todos os demais foram as setélas favoráveis. - Em termos práticos e globalmente, a possibilidade de transformação maligna vai a 2,5%; é de 0% nas duas primeiras séries (coriomas aparentemente benignos e potencialmente malignos) e de 10 % na terceira (aparentemente malignos).

O potencial de malignidade da mola hidatiforme e suas variantes aumenta com a idade das pacientes. Embora menos de 10% das gestações ocorram nos Estados Unidos após os 35 anos, mais de 20% das molas são encontradas nesse grupo mais idoso. A conversão de mola em coriocarcinoma é tão elevada após os 40 anos, que justifica a conduta adotada por muitos, de praticar a histerectomia sistemática nas pacientes com mais de 40 anos, mesmo que apresentem corioma benigno.

2.6 - ALTERAÇÕES OVARIANAS

Em cerca de 60% dos casos de mola hidatiforme notam-se alterações policísticas em ovários volumosos. Em grande número de pacientes estão os ovários sem aumento apreciável, não havendo paralelismo entre a fase evolutiva do processo molar e o grau dessas alterações .

É o aspecto microscópico do ovário mui variado, de caso a caso e frequentemente, em diferentes zonas do mesmo órgão. Em algumas peças as paredes dos cistos foliculares mostram a transformação luteínica da teca. Não raro a camada luteínica é inquestionavelmente de origem granulosa.

Admite-se que as alterações ovarianas sejam induzidas pelo alto teor de HGC, produzidos pelo trofoblasto, embora duvide-se seja essa a única causa.

Após tratamento quimioterápico ou cirúrgico da mola, os ovários reverterem ao tamanho normal no espaço de 1-2 meses. A presença de cistos ovarianos no curso da mola não é mau prognóstico nem pronuncia a evolução maligna posterior

2.7 - SINTOMATOLOGIA E DIAGNÓSTICO

É a fisionomia clínica da mola hidatiforme extremamente variável, polimorfa, imprecisa.

Há grande número de outros, exuberantes na sintomatologia ou quase silenciosos, que o exame mais atento não consegue rastrear. Novos métodos laboratoriais e radiológicos permitem, a par dos sinais clínicos, o reconhecimento precoce da prenhez molar-

Goldstein & Reid (1967) sistematizaram, recentemente, os meios atuais de diagnóstico:

A. SINAIS CLÍNICOS :

1. Sangramento de origem uterina.
2. Volume excessivo da matriz.
3. Ausência de batimentos cardíofetais.
4. Sinais precoces de toxemia.

B. PROVAS LABORATORIAIS :

1. Dosagem das gonadotrófinas coriônicas, no sangue ou na urina.
2. Dosagem de leucina-aminopeptidase
3. Eletrocardiograma fetal (para verificar a presença ou ausência de coração fetal).
4. Ultra-som.

C. Provas radiológicas

1. Ausência de esqueleto fetal
2. Arteriografia pélvica.
3. Histerografia contrastada.

Jeannin deu da mola hidatiforme descrição insuperável, tão lúcida e minuciosa, que se tornou classica. A ela nos apoiaremos. A ausência de feto e a exagerada proliferação das vilosidades, elementos fundamentais contrapõem-se ao quadro de gravidez, com sintomatologia desconcertante, perdas sangüneas ao invés de amenorréia. Exagerados, também, os distúrbios simpáticos, neurovegetativos e vasomotores (náuseas, vômitos, sialorréia, albuminuria precoce).

O início da síndrome semelha a instalação de prenhez normal, ameaçada, sim, pelas pequenas hemorragias, jamais se particularizando por qualquer aspecto patognomônico. Faz-se a transição, insensível, para o período de estado onde distinguiremos três grupos de sintomas, funcionais, gerais e sinais físicos.

2.8 - SINAIS CLÍNICOS

1 - Hemorragias precoces, é comum consigná-las desde o 2º mês. - Ninguém pensa em gravidez molar sem ligá-la a quadro hemorrágico

É sangramento indolor, que o exame não consegue subordinar à patologia uterina. Não há contrações dolorosas, apenas a víscera parece ter diminuído de volume, sinal que não passa ^{desa} despercebido a quem examinou a paciente pouco tempo antes.

É hemorragia de repetição (imita as perdas da placenta prévia), de intensidade progressiva, aumentando a cada novo surto sempre mais grave que o anterior.

2 - No entremeio das hemorragias há corrimento amarelado sanioso mesclado de sangue, elemento a mais a associar a mola ao cancerdo útero, e não se deve confundir com o líquido proveniente da rotura das membranas. Na mola hidatiforme e, de regra, a cavidade amniótica não existe. O útero da prenhez molar por ser excessivamente flácido, não se contrai aparentemente.

3 - Emissão de vesículas. Eis a assinatura da mola, sinal que não pode ser duvidado, de sua presença. Jeannim, afirma não tem quase valor clínico. Surge ao começo do trabalho de abortamento quando o diagnóstico já se confirma, A inércia primitiva do útero retém as vesículas e é excepcional a emissão espontânea delas antes de consumar-se a saída da massa molar.

4 - Dores, abdominais e lombares são inconstantes em nossa experiências, a dor lombar é contínua.

5 - Entre os sintomas gerais, provenientes das perdas sanguíneas, o sinal principal é a anemia, com palidez do tegumento, descoramento das mucosas visíveis, estado vertiginoso, sincopal. Com a repetição das hemorragias e sua progressiva magnitude, quebranta-se a resistência das pacientes e a hematimetria, de menos de 2 milhões, torna-se alarmante.

6 - Sintomas tóxicos. Jeannin os considera capitais, e as fortes reações humorais do organismo são esperadas como surgimento de acidentes: náuseas, vômitos repetidos e incessantes, chegando à incoercibilidade. sialorréia, edemas, disonéia, proteinúria. O estado geral evolui mal, e a aparência das pacientes impressiona pelo emagrecimento, a subicterícia e a fâcie escavada.

2.9 - SINAIS FÍSICOS

Palpação - Crescimento do útero desproporcional à idade presumível da gravidez, avaliada pela data da amenorréia. No 2º ou no 3º mes ultrapassa o fundus, a cicatriz umbilical; com 18 a 20 semanas, enche o escavado epigástrico. A mensuração da altura uterina verifica-lhe o aumento diário de 1cm e mais espelhando clinicamente, a retenção de coágulos sanguíneos. Se a hemorragia aumenta e flui o sangue abundantemente, mingua a víscera, para novamente crescer, paulatinamente, a essa variação de volume dá-se o nome de útero em sanfona, sinal constante nas formas clínicas de predominância hemorrágica.

Auscultação : Raras as molas embrionadas, mais frequentes as degenerações na prenhez incipiente, a audiência do ventre materno é, por via-de regra, inexpressiva.

Toque : Chama a atenção a moleza da extrema da cérvice e a formação precoce, do segmento inferior, especialmente succulento, sinal muito do apreço de Jeannin e para Manahan (1965) patognômico da mola. A evolução faz-se para o abortamento, ocorrente próximo ao 3º mês, com hemorragias profusas, emissão de vesículas e expulsão completa ou parcial da massa ovular ou aos poucos, segue-se no abortamento, a apojadura e o corrimento loquial.

2 . 10 - EXAMES COMPLEMENTARES

Como a sintomatologia é inconstante, inespecífica, só a expulsão do conteúdo (típico) forma o diagnóstico.

1 - Além da rotina, como : hemograma, VSG, contagem de plaquetas, provas de função hepática, dosagem de uréia, parasitológico de fezes e parcial de urina.

2 - Colpocitologia: A existência de células sinciciais ou de Langhans no esfregaço vaginal sela o diagnóstico mas é raro - este achado.

3 - Ultra-sonografia (tridimensional) aplicada no campo obstétrico realçando a existência de clássico e característico padrão ecográfico colhido em tela diferente a da televisão - no diagnóstico da mola, tem-se mostrado o mais eficiente recurso de detecção precoce da doença e oferece índice de acerto diagnóstico, na suspeita clínica de mola, correspondente a 90% dos casos .

Rx, arteriografia pélvica , amniografia , sonda no canal cervical.

4 - Rx - inesistência esqueleto fetal

5 - Fono e eletrocardiografia

6 - Arteriografia pélvica (é muito sofisticada não é usada)-

7 - Amniografia ou histerografia contrastada (tem valor didático na mola retida) imagem de colméia ou tecido roído por traças.

8 - Dosagens Hormonais

A produção de HGC é uma das características do trofoblasto , - tendo importância para estudo da função placentária normal - ou patológica. Nos coriomas há elevada reprodução celular com elevada produção de HGC sendo assim as dosagens de HGC se o exame visado para : diagnóstico , tratamento e posterior suprimento dos trofoblásticos.

Na gravidez normal a excreção de HGC início precocemente, 12º dia após fecundação.

Os teores crescem rapidamente, alcançando níveis elevados entre 40-70º dias da gravidez.

Neste quando há flutuações 7.000 - 500.000 p/24h . A partir do 4º mês decrescem os valores mantendo-se entre 4.000-1.100 aumentando no 3º trimestre.

Estudos mostram os níveis de HGC nos coriomas desde milhões a milhões UI/24h.

Em contraposição , gestação gemelar ou com toxemia podem sempre 1.000.000.

Robson considera que a dosagem isolada pode ter valor quando a excreção é maior 600.000 UI entre 1º e 4º mês excreção é maior 300.000 UI entre 5º e o final.

Q dos isolados não é sempre devido à flutuações ocorridas tanto na gravidez quanto nos coriomas.

Se acharmos títulos , devemos fazer observação continua e repetidas dosagens +--- curva real de excreção.

LCR : Manahan (1965)

Dosagem HGC no LCR . Quando positivo é mola.

Com a expulsão da mola o diagnóstico é mais fácil, mas as vezes somente o exame anatomopatológico sistemático faz o diagnóstico e não a inspeção do material testado para se descobrir de geração molar parcial e ou avaliar o potencial evolutivo de l corioma.

Acosta Sison idealizou l teste:

introdução de l sonda no canal cervical, não existindo amnioma - prenhes molar, não há resistência á passagem da sonda.

No entanto, isto poderá promover a contração levando ao aborto. -

2 . 10 - 1 - PROPEDEUTICA DA MOLIA

- Clinica
- Dosagem de HGC
- Ultra-som

2 . 10 - 2 - Conduta

1- Evacuação da massa molar

A F U até 24 cm , macroindução

A F U (aumento) acima de 24cm -- embrionada: indução normal
-- não " macro indução

Vácuo aspiração

Após a indução, fazemos a curetagem com cuidado para não perfurá-lo.

Deve haver sangue total reservado porque pode haver hemorragia.

2- Ocitócico ou ergotamínicos durante 5 dias

3- Separar o material da curetagem:

vesículas , material da cureta mais raspado endometrial - isto separado para o anátomo. /

4- Se a paciente continuar sangrando, fazer tantas curetagens quantas forem necessárias.

5- Nas primeiras 24hs ver o nível de HGC, 48hs após a curetagem, fazer nova dosagem de HGC

Com 72hs, se não recebermos o laudo, se os níveis não baixam,

2.10 - 3 PROFILAXIA

A - Paciente jovem, sem prole : Qt

B - Paciente com prole constituída acima de 35 anos, -
fazemos histerectomia profilática no 3º dia da Qt. -

A alta é dada a paciente somente quando a dosagem de -
HGC for de zero .

Anticoncepcional por filinha /

Semana / semana até 1 mês

15 / 15 dias até 3 meses

mês / mês até 6 meses

3 meses / 3 meses até 1 ano

6 meses / 6 meses até 2 - 3 anos

2.10 - 4 - FOLLOW - UP

As medidas constam de :

1 - Anamnese : com o objetivo de anotar : cessação de -
sangramento:

ausência de dores:

ausência queixas resp.

reinício menstruações.

2 - Exame físico : visando comprovar :

diminuição vol. int e ev.

melhora estado geral (desapareci -
mento de edema e sintomas tóxicos).

ausência de lesões metástáticas em-
vulva e vagina (exame específico).

Exame complementar :

Dosagem de HGC

Colpocitologia

Rx pulmonar

Contracepção (os norcesteróides inibimbo a produção -
hipofisária de gonadotrofina (LH), impedem que se -
confunda com HGC as gonadotrofinas produzidas pela -
hipófise.

QUIMIOTERAPIA PROFILÁTICA -

Actinomicina D - 8 -12 microgramas P/Kg peso/d EV -
durante 5 dias.

2. 10 - 5 - PROGNÓSTICO :

Vai depender das complicações que possam surgir e da -
deligência que for tratada.

As complicações são :

Hemorragia aguda

Infecção secundária

Pré-eclâmpsia

Perfuração uterina

Embolismo pulmonar trofoblástico e progressão da mali-
gnidade .

Risco de malignidade : 8-10% indo até 16%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GREENHILL, J.P. e Fridman Emanuel A. 1970 - OBS-
TETRÍCIA - primeira edição - Interamericana -

NOVAK EDMUND R. M.D. e Jeorgeana Seegar Jones, A.B
M.D. e HOWARD. Jones, Jr., A.B.,M.D. - 1974 -
GINECOLOGIA : -Guanabara Koogan edição unica -

BOGLIOLO L. - PATOLOGIA -1976 -Guanabara Koogan-

REZENDE , JORGE DE. OBSTETRÍCIA 1974 - terceira e
dição . Guanabara Koogan.

EZRA M. GREENSPAN , M.D. CHEMOTHERAPY CLINICAL -
CANCER - Raven Press - New York - 1979 -

TCC
UFSC
TO
0148

N.Cham. TCC UFSC TO 0148
Autor: Cunha, Adais Piber
Título: Mola hidatiforme : apresentação



972804601

Ac. 254283

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM

8V/VT/HT