

GESTAÇÃO GEMELAR COM MOLA HIDATIFORME COMPLETA ASSOCIADA A PRÉ-ECLÂMPسيا

TWIN PREGNANCY ASSOCIATED WITH FULL HYDATIDIFORM MOLE PREECLAMPSIA

ISADORA OLIVEIRA¹, ISADORA CAVALCANTE¹, GUILHERME PIMENTA¹,
JOÃO HENRIQUE PEDROSO¹, DÊNIS NASASHI SUGITA²

Palavras Chave: *Gestação gemelar, Mola hidatiforme, Mola hidatiforme completa, Tumores gestacionais, Pré-eclâmpsia.*

Keywords: *Twin pregnancy, Hydatidiform mole, complete hydatidiform Spring, pregnancy tumors, Preeclampsia.*

RESUMO

INTRODUÇÃO: A mola hidatiforme completa é formada a partir de um óvulo sem cromossomos fecundado por um espermatozoide que se reproduz por partenogênese, sendo, portanto, dizigótico.

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente de 32 anos, atendida em hospital público do Centro-Oeste brasileiro apresenta sinais de pré-eclâmpsia, com expulsão espontânea do feto e material morfológicamente semelhante a mola hidatiforme.

DISCUSSÃO: O diagnóstico do gestação gemelar com mola hidatiforme é complicado pela presença de feto viável. Neste caso, exames citológicos e anatomopatológicos confirmaram a suspeita diagnóstica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: A complete hydatiform mole is formed from an ovule without chromosomes impregnated by a spermatozoon that reproduces by parthenogenesis, being, therefore, diploid.

CASE REPORT: A 32 years old patient, attended on a public hospital of brasilian Centro-Oeste presents signs of preeclampsia, with spontaneous expulsion of the fetus and a material morphologically like hydatiform mole.

DISCUSSION: The diagnosis of fraternal pregnancy with hydatiform mole is complicated by the existence of a viable fetus. In this case, cytological and anatomopathological exams confirmed the diagnosis suspicion.

INTRODUÇÃO

A mola hidatiforme (MH) é uma complicação da gravidez com potencial para evolução para doença com comportamento maligno, sendo a doença trofoblástica gestacional (DTG) mais frequente¹. A incidência de gravidez gemelar com DTG num ovo e gestação normal no outro ocorre em 1:22.000 a 1:100.000 gestações. O quadro clínico da MH é semelhante ao da DTG, porém, o diagnóstico geralmente é mais tardio pela presença do feto².

São reconhecidos dois tipos de MH: completa (MHC) e parcial ou incompleta (MHP). Entre elas, há diferenças quanto a aspectos morfológicos, histopatologia e cariótipo. Quanto à histopatologia, as MHC não têm elementos fetais, mostram pro-

liferação generalizada e mais pronunciada do trofoblasto e maior frequência de atipias¹.

RELATO DE CASO

Paciente de 32 anos, G4P2cA1, gestante de 17 semanas procurou atendimento médico após início de quadro de tonturas, náuseas e vômitos, seguido de síncope e hemorragia vaginal. Foi internada e evoluiu com Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e tireotoxicose. Sete dias após a internação, houve expulsão espontânea do feto e da placenta, após a qual foi realizada curetagem com saída de material sugestivo de mola (figura 1), sendo este enviado para exame anatomopatológico.

1. Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

2. Médico residente em Patologia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

CORRESPONDÊNCIA:

Isadora Roberta de Oliveira: Avenida Primeira Avenida, n 246, qd A, lt 1, apto 203, Setor Leste Vila Nova, Goiânia – GO; CEP: 74643-070



Figura 1

DISCUSSÃO

Existe dificuldade no diagnóstico de MH em gestação gemelar e a chave desse diagnóstico é o cariótipo do tecido molar. Esse exame diferencia a MHC de origem androgenética da MHP triploide, de origem genética materna e paterna^{2,3}.

Neste caso, ao exame anatomopatológico, observou-se placenta com edema vilositário e pseudoinclusões de trofoblasto (figura 2), favorecendo cromossomopatia fetal. O feto se apresentava sem malformações macroscópicas aparentes, mas, aos cortes, observou-se hemorragia tímica, além de conteúdo hemorrágico em lúmens intestinal e brônquico, sugerindo óbito por anóxia aguda intraútero. O material da curetagem apresentou, à microscopia, vilos difusamente hidrópicos, cavitações císticas e proliferação trofoblástica circunferencial, características compatíveis com MHC (figura 3), além de cariótipo diploide. A paciente apresentou complicações esperadas⁴, como sangramento vaginal, hipertireoidismo, parto pré-termo e pré-eclâmpsia severa, com clínica correspondente ao quadro: hipertensão, cefaleia intensa, proteinúria e convulsão tônico-clônica generalizada, dispneia e edema de MMSS e MMII, antecedendo o esvaziamento uterino.

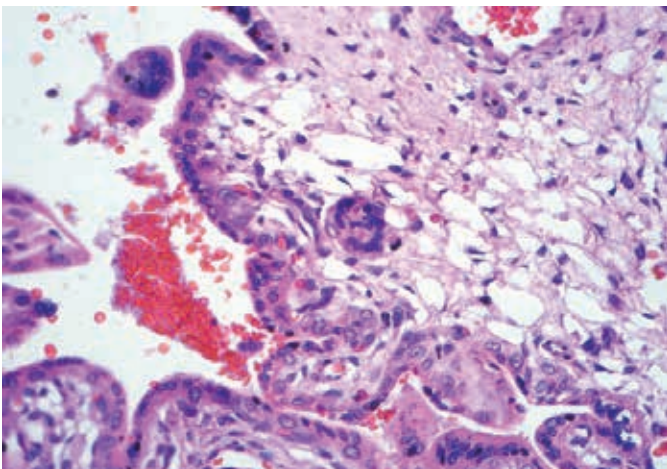


Figura 2

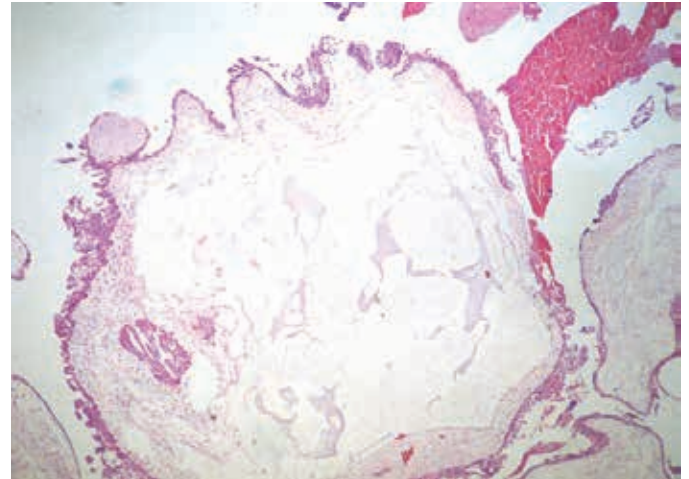


Figura 3

O caso apresenta evolução clássica de mola hidatiforme associada a pré-eclâmpsia, com expulsão espontânea do feto de 18 semanas, sem alterações macroscópicas. O manejo da gestação gemelar com mola hidatiforme completa e feto coexistente depende das circunstâncias de cada caso, e uma conduta conservadora pode ser possível^{2,5}. A conduta deve ser individualizada, sendo que a viabilidade fetal, o desejo da paciente em continuar a gestação e suas condições clínicas é que devem nortear a decisão do obstetra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade JM. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(2): 94- 101.
2. Maestá I, Calderon IMP, Rudge MVC, Sales MM, Saggioro FP, Peraçoli JC. Mola completa em gravidez gemelar: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998; 20(7): 415-419.
3. Almeida CED, Curi EF, Almeida CRD, Vieira DF. Crise tireotóxica associada à doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Anestesiologia.* 2011; 61(5): 604-609.
4. Maestá I, Peraçoli JC, Passos JR, Borges VTM, Pedrazzani CD, Rudge MVC. Mola hidatiforme completa e pré-eclâmpsia: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25(6): 445-448.
5. Yela DA, Pinheiro A, Pinto JPL, Andrade L. Gestação gemelar de mola hidatiforme completa com feto vivo. *J Bras Patol Med Lab.* 2011; 47: 165-170.