

# DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL



by Luís Ferreira de Castro

## INTRODUÇÃO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) designa um conjunto de anomalias do desenvolvimento trofoblástico de natureza e prognóstico distintos, desde a Mola Hidatiforme (MH) ou gravidez molar até condições malignas (doença trofoblástica gestacional persistente ou maligna / neoplasia trofoblástica gestacional (NTG)).

- Cerca de 20% doentes com MH desenvolverão doença persistente ou maligna. Porém a NTG pode ocorrer em qualquer gravidez.
- A NTG divide-se em não metastática (doença limitada ao útero), ou metastática (doença em localizações extrauterinas – vagina, pulmão, fígado, rim e/ou cérebro).
- Maior incidência: Asiáticas, idade < 20 anos ou > 35 anos, história de DTG, dieta baixa em vitamina A.
- Excelente resposta à quimioterapia, mesmo na doença metastizada

## MOLA HIDATIFORME

### Mola Hidatiforme Completa

- Diagnóstico mais frequente do que MH parcial, no entanto, tem **maior probabilidade de se transformar em malignidade**
- Macroscopicamente caracteriza-se por **vilosidades coriônicas aumentadas, edematosas e de estrutura vesicular (semelhante a cachos de uvas)**, com graus variáveis de **hiperplasia do trofoblasto**. [D]
- Microscopicamente observa-se **vilosidades hidrópticas e sem vascularização**. [D]
- Atualmente, devido ao acesso fácil aos exames ecográficos, o diagnóstico de MH ocorre em fases cada vez mais precoces, e portanto, esse aspeto macroscópico típico visualiza-se menos frequentemente. [D]
- O património genético das células da MH completa é totalmente de **origem paterna**. Isto conduz à hiperplasia trofoblástica e à ausência ou reabsorção precoce do embrião e, por isso, não se identificam estruturas embrionárias ou fetais. **Cariótipo 46, XX na maioria dos casos**. [D]

### Mola Hidatiforme Parcial

- Diagnóstico menos frequente.
- Macroscopicamente **visualiza-se embrião/feto** e o tecido trofoblástico não possui exuberância hidróptica em “cachos”. [D]
- **Fetos habitualmente polimalformados** com estigmas próprios de triploidia, que resultam, na maioria dos casos, da fecundação de um ovócito por dois espermatozoides ou por um espermatozoide que duplica o seu DNA. **O cariótipo mais comum é o 69, XXX** seguindo-se o 69, XXY. [D]

## APRESENTAÇÃO CLÍNICA

**Sintomas são mais frequentes na MH completa**; Na MH parcial a clínica é geralmente menos evidente, e o diagnóstico é, por vezes, apenas estabelecido no 2ºT da gestação ou após o estudo histológico dos produtos de um abortamento espontâneo

- Discrepância entre a idade gestacional e o tamanho uterino
- Sintomas fisiológicos da gravidez (p.ex náuseas e vômitos) intensos
- Hemorragia uterina anormal (por vezes, suspeita de ameaça de abortamento)
- Na MH completa é comum o aparecimento de patologia médica associada, por exemplo, pré-eclâmpsia / hipertensão gestacional, hipertireoidismo clínico, taquicardia, dispneia
- Raramente (+ MH completa): quistos teca-luteínicos, tipicamente multiloculares e bilaterais



**Hipertensão severa / pré-eclâmpsia antes das 20 semanas de gestação deve levar à suspeita de MH**



# DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

by Luís Ferreira de Castro



C

GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA - GINECOLOGIA

D

## DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

[D]

Na **MH completa** visualiza-se um **útero com dimensões aumentadas para a idade gestacional e uma imagem intrauterina em “tempestade de neve” / vesículas de grandes dimensões que correspondem às vilosidades coriônicas edemaciadas/hiperplásicas**

Aa **MH parcial** o crescimento uterino é inferior ao esperado para a idade gestacional e não se observam as imagens típicas descritas na MH completa. Pode-se observar um **saco gestacional de características anómalas ou alterações placentares de tipo quístico ou hidróptico**, em idades mais avançadas. O feto habitualmente apresenta **polimalformações**.

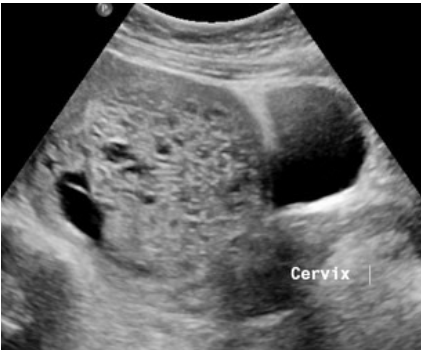


Figura 1: MH Completa; Gestacional Trophoblastic Disease: Clinical and Imaging Features, Shaaban A. (2017)



Figura 2: MH parcial; A Rare Case-report: Partial Molar Pregnancy with a Live Fetus, Emre, K. (2018).

## RESUMO

[D]

Características	Mola Parcial	Mola Completa
Cariótipo	69XXX ou 69XXY	46XX ou 46XY
Patologia		
Tecidos embrionários/Fetais	Frequentemente presentes	Ausentes
Inclusões trofoblásticas	Ausentes	Presentes
Vilosidades hidrópticas	Localizadas, focais	Generalizadas, difusas
Hiperplasia trofoblástica	Focal, leve a moderada	Difusa, leve a severa
Clínica		
Diagnóstico mais comum	Aborto retido	Gestação molar
Tamanho uterino	Pequeno ou normal para IG	50% maior para IG
Quistos teca luteínicos	Raros	> 25%
Complicações médicas	Raros	Raras com o dx precoce
Invasão pós-molar e malignidade	5%	15% e 4%, respetivamente



# DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

by Luís Ferreira de Castro



C

D

## NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

[D]

- Quando os níveis de hCG não diminuem apropriadamente após o tratamento de uma gravidez molar.
- A doença pode ser localizada ou metastizada e é muito difícil de prever quais os doentes que irão desenvolver doença persistente. Os fatores de risco são:
  1. hCG pré-tratamento > 100 000 mU7ml
  2. Tamanho uterino superior para o tempo de amenorreia
  3. Quistos luteínicos volumosos (> 6cm)
  4. Complicações médicas associadas (pré-eclampsia, hipertireoidismo, insuficiência respiratória)
  5. Idade materna > 40 anos
  6. Hx anterior de gestação molar



**Uma MH pode invadir o miométrio e vasos sanguíneos e metastizar, normalmente para os pulmões: mola hidatiforme invasora. O dx histológico implica a demonstração de invasão miometrial e, portanto, uma peça de histerectomia.**

A invasão do miométrio pode não ser demonstrada numa curetagem uterina uma vez que, neste procedimento, nem sempre se obtém tecido miometrial

### Coriocarcinoma

- Transformação maligna do tecido trofoblástico.
- Ao contrário da mola invasora, não existe desenvolvimento de vilosidades coriônicas hidrópticas
- Microscopicamente: aglomerados de células citotrofoblásticas rodeadas de sinciotrofoblasto multinucleado.
- Associados a invasão rápida do miométrio e vasos sanguíneos com metástases sistémicas: Pulmão, vagina, cérebro, rim e fígado são locais comuns.
- Focos vaginais podem ser observados clinicamente; Restantes focos em TAC ou RMN.
- Muito boa resposta à quimioterapia



## REFERÊNCIAS

Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D. & Smith, R, *Obstetrics and Gynecology* (2019), 8<sup>th</sup> Edition, Wolters Kluwer

Mendes-da-Graça, L., Medicina Materno-Fetal, 5ª edição (2017)



## LEGENDA DE SÍMBOLOS



Ideia-chave ou nota importante a reter.



Mnemónica ou nota que ajuda a memorizar o conteúdo.

