

GESTÃO MOLAR EM PRIMIGESTA EVOLUINDO COM MOLA INVASORA



Bruna Tifani Bitzcof¹

¹ Discente do curso de Medicina, Faculdade Meridional-IMED, Passo Fundo, RS.

INTRODUÇÃO

A doença trofoblástica gestacional (DTG) se caracteriza pela proliferação do epitélio trofoblástico placentário. A manifestação benigna da DTG pode ser representada pela mola hidatiforme parcial (MHP), um tumor com parte de tecido fetal, podendo, em 20% dos casos, evoluir para uma neoplasia trofoblástica gestacional (NTG)¹. Dentre as neoplasias, destaca-se a mola invasora, uma evolução da MHP, a qual acomete apenas 1% dos casos², indicada pela persistência do hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG) após esvaziamento uterino, demonstrando a possibilidade de uma invasão da parede uterina³. Dessa forma, considerando a necessidade em identificar manifestações da DTG, o presente estudo aborda um caso incomum de evolução da MHP para mola invasora.

RELATO DO CASO

Mulher, 21 anos, hígida, com exame de β -HCG qualitativo positivo. Primigesta. Queixa-se de sangramento vaginal vermelho escuro em pequena quantidade há 2 dias. Negava dor. Através do exame especular observou presença de sangramento ativo em pequena quantidade pelo orifício externo do colo uterino. Solicitou-se ultrassonografia transvaginal (USG TV) a qual evidenciou um material heterogêneo de aspecto multicístico na região do fundo do corpo uterino. Exame de β HCG igual a 20.443 mUI/ml. Indicado esvaziamento uterino por aspiração manual intrauterina (AMIU) e encaminhamento à patologia.

Após 48 horas, o exame do β -HCG quantitativo resultou em 2.562 mUI/ml. O anatomopatológico concluiu mola hidatiforme parcial (MHP). Após acompanhamento semanal do β -HCG, verificou-se uma ascensão dos valores. Foi iniciado investigação e estadiamento com exames de imagem, laboratoriais. A RNM de pelve evidenciou espaçamento da cavidade endometrial no fundo uterino, formação nodular estendendo-se até superfície serosa do útero e cistos tecaluteínicos nos ovários. Diagnosticada Mola Invasora com estadiamento de NTG confinada ao útero, estágio I. Tratamento clínico iniciou com 4 ciclos de metotrexato (MTX) 1mg/kg IM, intercalados com ácido folínico (AF) 15mg. Seguimento com dosagem de β -HCG quantitativo, do qual o nível de 676,5 mUI/ml após última aplicação de MTX decaiu para 132 mUI/ml em 7 dias. Seguindo semanalmente até negativar, além de obter a regressão da lesão.

DISCUSSÃO

Entende-se que a evolução da MHP para mola invasora é atípica. O seguimento até a negativação do β -HCG é indispensável para confirmar a cura. Logo, um aumento do hCG, mesmo após AMIU, caracteriza uma evolução para NTG. Neste caso a mola invasora foi confinada ao útero, sendo possível descartar carcinosarcoma. O tratamento constituído de MTX alternando com AF, foi imprescindível para manter a fertilidade da paciente, já que o MTX inibe o metabolismo do folato. O acompanhamento regular de hCG asseguraram o sucesso no tratamento.