

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO BIO-MÉDICO

CORIOMA BENIGNO

ASTERÓIDE PAULO ZWICKER

Curso de Graduação em Medicina

Disciplina de Tocoginecologia-Int.

12a. Fase

Florianópolis, abril - 77

## SUMÁRIO

|  |   |
|--|---|
| Introdução .....                             | 0 |
| Considerações gerais sobre os Coriomas ..... | 1 |
| Etiopatogenia dos Coriomas .....             | 3 |

### CORIOMA BENIGNO

|  |    |
|--|----|
| Considerações etiológicas e incidência ..... | 4  |
| Aspectos macroscópicos .....                 | 5  |
| Características microscópicas .....          | 6  |
| Alterações ovarianas .....                   | 7  |
| Sintomatologia e Diagnóstico .....           | 7  |
| Descrição clássica de Mola .....             | 8  |
| Sinais clínicos .....                        | 8  |
| Sinais físicos .....                         | 9  |
| Exames complementares .....                  | 10 |
| Tratamento .....                             | 11 |
| Conclusões .....                             | 13 |
| Resumo e Summary .....                       | 15 |
| Bibliografia .....                           | 16 |

## INTRODUÇÃO

Propõe-se neste trabalho de categoria didática, através de revisão bibliográfica da literatura médica especializada, reunir material científico que ilustrasse de maneira mais clara e concisa o estudo do Corio<sub>ma</sub> Benigno, dentro do controvertido capítulo da Doença Trofoblástica.

Neste objetivo foi orientada a bibliografia para a pesquisa de livros textos, disponíveis no meio acadêmico, em particular o acessível tratado de Obstetrícia de Jorge de Rezende e colaboradores, e aceitas a contribuição de artigos de revistas e as instruções valiosas da Disciplina de Tocoginecologia.

Fica sublinhado, entretanto, os fatores que possam contribuir para a redução de morbidade da prenhez molar e incidência de complicações.

## CORIOMA BENIGNO

### CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE OS CORIOMAS:

São tumores originados do tecido de revestimento das vilosidades coriais (trofoblasto). Possuem sinonímia numerosa e alguns pontos obscuros na etiopatogenia, o que explica a relutância de alguns autores aceitarem como le são neoplásica o Corioma Benigno (Mola Hidatiforme ou Mola Hidatidiforme).

São 3 as formas apresentadas:

- Corioma Benigno ou Mola Hidatiforme
- Corioma Maligno ou Coriocarcinoma
- Corioma Intermediário ou Mola Invasora ou Coriocadenoma Des  
truens

As duas primeiras acima representam os extremos entre a benigni-  
dade e a malignidade e a última, as lesões de diagnóstico impreciso.

Os coriomas, de ocorrência relativamente rara e características  
clínicas e histopatológicas diversas, apresentam alguns aspectos comuns a serem  
realçados:

- derivam do tecido corial
- umas formas precedem ou sucedem as outras
- nutrem-se dos tecidos maternos vizinhos e principalmente do  
sangue
- apresentam graus variáveis de invasibilidade, infiltração in  
travascular e transporte à distância
- são tumores funcionantes produtores de HCG (Hormônio Gonadotró-  
fico Coriônico ou Gonadotrofina Coriônica)

Essas propriedades dos coriomas são apenas exacerbação das pro  
priedades do trofoblasto normal, cujo poder de invasão é exemplificado pela pró  
pria implantação, quando o ovo abre caminho através do endométrio, até os vasos  
maternos. Esse acometimento vascular produz metástases fisiológicas: partículas



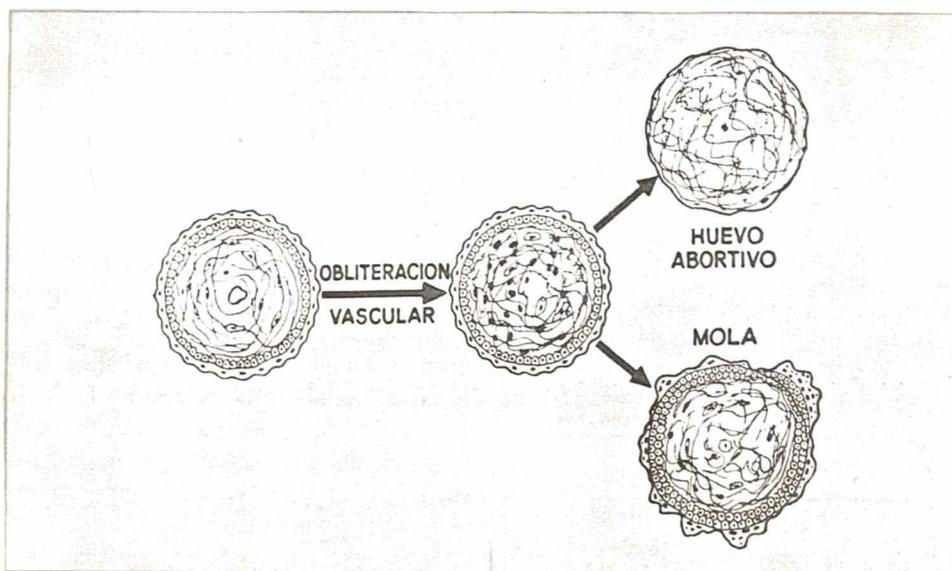
## ETIOPATOGENIA DOS CORIOMAS:

Pouco ou quase nada se sabe a respeito. Cumpre esclarecer para o entendimento da etiologia dos coriomas se a proliferação trofoblástica em sentido neoplásico existe desde os primórdios do desenvolvimento do ovo, o que significaria estar nas próprias células embrionárias o poder de malignidade. Aceita-se a alteração "primária" do trofoblasto, traduzindo falta (aborto) ou excesso de crescimento (coriocarcinoma).

Alguns supõem que o desenvolvimento autônomo do trofoblasto decorra da maior ou menor resistência materna.

Existe corrente que admite os dois fatores.

É Também ponto de vista difundido para explicar a malignidade do trofoblasto a existência de um "fator de maturação antigênica", como ineficiência do tecido embrionário para despertar a reação defensiva do organismo materno. Esse parece ser o conceito mais atual e satisfatório, que considera a mola um ovo abortivo, no qual o epitélio trofoblástico se tem feito parasita materno (reações do tipo antígeno-anticorpo materno-coriais).



Transformação Abortiva e Transformação Molar ( Llusia e Núñez )

Para Jeffcoate, aqui como ilustração, o trofoblasto constitui-se de tecidos 50% materno e 50% paterno, motivo pelo qual deve haver algum mecanismo que previne a sua rejeição ao mesmo tempo que controla seu poder invasivo. Se tem sugerido que os tumores trofoblásticos, ou pelo menos o coriocarcinoma, tem maior probabilidade de origem na primeira gravidez com um determinado homem, e que quando ocorrem em mulher multipara, fornecem suspeitas de uma paternidade diferente. Esse critério implica na teoria de que a primeira concepção seja uma prova de capacidade da mulher em resistir e controlar o trofoblasto produzido por um homem em particular, e havendo conseguido ela se torna mais ou menos imune ao coriocarcinoma no futuro; a menos que tome um novo cônjuge para cuja descendência não tenha adquirido resistência. Ainda que haja provas documentadas, nos EEUU e Inglaterra, para sustentar essa tese, ela não é confirmada na maioria das observações feitas nas mulheres asiáticas, nas quais os coriomas são muito mais frequentes nas últimas gestações do que nas primeiras. Há casos descritos, entretanto, de mais de uma mulher do mesmo companheiro masculino mortas por coriocarcinoma, o que seria uma evidência da implicação paterna (imunológica ?) nos tumores trofoblásticos.

#### CORIOMA BENIGNO:

Há duas correntes fundamentais para explicar a origem da Mola Hidatiforme. Uma 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.). Para a outra 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.

#### Incidência:

Deve-se levar em conta a frequência do diagnóstico clínico, do conhecimento anátomo-patológico e quando todos os ovos abortados são sistematicamente examinados. Esses fatores explicam os números discordantes da literatura, - que variam desde 1 mola: 20 000 partos (Boivin, segundo Bastos) à 1 mola: 2 500 partos (Novak, segundo Bastos). A incidência no Brasil e demais países da América do Sul é de 1 mola: 1 000 gestações (Bastos).

A paridade não é fator relevante, já que primíparas são acometidas em 30% dos casos. A idade predominante está na faixa dos 35 a 40 anos, em plena atividade sexual. Há grande variação na incidência de um país para outro, sendo in discutível a relativa banalidade da mola na China, 1: 530 gestações, na Indonésia e no Vietnã, 1:100 gestações, e em Formosa, 1:82 gestações. Estudos realizados em comunidades polirraciais demonstram que a incidência é consideravelmente maior nos grupos orientais. Tais trabalhos sugerem ser racial a etiologia primária dos coriomas

Aspectos macroscópicos:



Padrão vesicular acinoso da Mola Hidatiforme ( Cortesia do Dr. Jan Smalbraak, Países Baixos, segundo Novak)

Na Mola Hidatiforme: há transformação total ou parcial do ovo em pequenas vesículas translúcidas cheias de líquido claro, que se eliminam aos poucos ou em grande número, podendo estar associadas a coágulos escuros. Quando se abre o útero, durante o ato operatório, encontra-se a aparência tradicionalmente referida de "cachos de uva", ou "hidátides". O sangue ao se derramar no útero, pode coagular formando a "Mola Sanguínea"; a reabsorção do plasma, pigmentos sanguíneos e líquidos ovulares, conferem à massa aspecto de posta de carne, daí o nome "Mola - Carnosa". A mola pode ser ainda total ou parcial, embrionada ou anembrionada. Na primeira toda a massa corial está comprometida. Na segunda apenas alguns cotilédones. Na mola embrionada encontra-se o saco ovular, com embrião ou feto, o que não se dá na anembrionada ou ôca. Essa modalidade é excepcional, sob o prisma anatomopatológico, e traduz, geralmente, a lise do embrião.

Os Coriomas Benignos são mais comuns no primeiro trimestre, mas podem ocorrer em todo o transcurso da gestação. No início da gestação é geralmente total e anembrionada, e no final geralmente parcial, estando presente o conceito.

#### Características Microscópicas:

Constituem particularidades das vilosidades molares, três alterações microscópicas fundamentais:

- proliferação trofoblástica
- degeneração hidrópica do estroma
- vascularização deficiente ou ausente

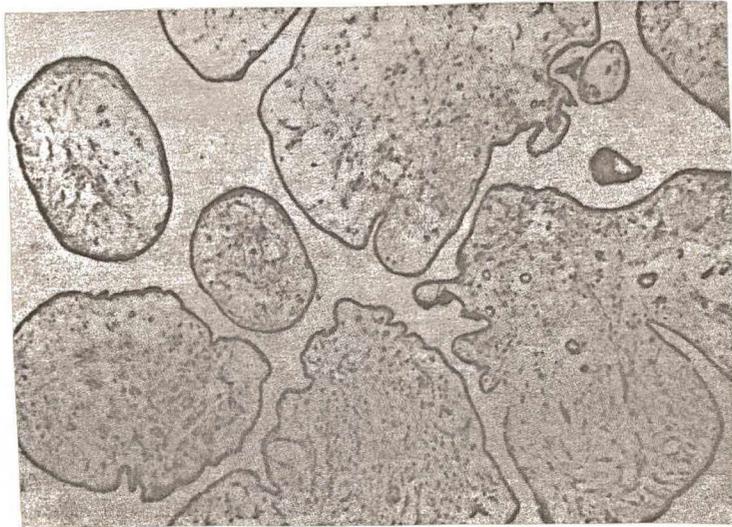
Baseados nos diferentes graus de proliferação trofoblástica e nas alterações anaplásicas, Hertig e Sheldon, em 1947 (segundo Rezende) classificaram as molas em 6 grupos:

1. Benignas
2. Provavelmente Benignas
3. Possivelmente Benignas
4. Possivelmente Malignas
5. Provavelmente Malignas
6. Malignas

Hertig e Mansell, em 1956 (Rezende), classificaram em 3 grupos:

1. Aparentemente Benignas
2. Potencialmente Malignas
3. Aparentemente Malignas

O potencial de malignidade da Mola Hidatiforme e suas variantes aumenta com a idade das pacientes. A conversão da mola em coriocarcinoma é tão elevada após os 40 anos, que justifica a conduta adotada por muitos em praticar a histerectomia sistemática nas pacientes com mais de 40 anos, mesmo que apresentem Corioma Benigno.



Mola Benigna. Observa-se a falta de vascularização das vesículas molares (Llusiá e Núñez).

#### Alterações Ovarianas:

Em mais ou menos 60% dos casos de mola, notam-se alterações policísticas nos ovários, porém em grande número de pacientes os ovários permanecem em tamanho quase normal.

Admite-se que as alterações ovarianas sejam induzidas pelo alto teor de gonadotrofinas coriônicas, produzidas 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 a 2 meses. Há casos em que a terapêutica não obteve êxito, permanecendo altos teores de HCG e os ovários diminuírem de volume durante o período de remissão incompleta.

#### Sintomatologia e Diagnóstico:

Há casos de sintomatologia exuberante, com quadros clínicos típicos de literatura, e grande número de outros que o exame mais atento não consegue rastrear. Meios atuais para o diagnóstico (sinais e provas), se -

gundo Goldstein e Reid, em 1967 (Rezende):

1. Sinais Clínicos: sangramento uterino, volume excessivo da matriz, ausência de batimentos cardio-fetais e sinais precoces de toxemia.
2. Provas laboratoriais: dosagens do HCG no sangue ou na urina, dosagens de leucina- amino-peptidases, eletrocardiograma fetal (presença ou ausência de coração fetal) e ultra- som.
3. Provas radiológicas:(ausência de esqueleto fetal) , arterio- grafia pélvica e histerografia contrastada.

#### Descrição Clássica de Mola:

Segundo Jeannin é experiência de Rezende e colabs. :

"A ausência de feto e a exagerada proliferação das vilosidades, e lementos fundamentais, contrapõem-se ao quadro de gravidez, com sintomatologia - desconcertante, perdas sanguíneas ao invés de amenorréia. Exagerados, também, os distúrbios simpáticos, neurovegetativos e vasomotores (náuseas, vomitos, sialor- réia, albuminúria precoce).

O início da síndrome assemelha a instalação de prenhez normal, - ameaçada, sim, pelas pequenas hemorragias, jamais se particularizando por qual- quer aspecto patognômico. Faz-se a transição, insensível, para o período de es- tado, onde distinguiremos três grupos de sintomas, funcionais, gerais e sinais físicos".

#### Sinais Clínicos:

1. Hemorragias precoces: sangramento indolor, podendo estar as- sociado à diminuição do volume uterino, e hemorragias de re- petição de intensidade progressiva.
2. Fluxo vaginal: amarelo escuro, mesclado de sangue, entre as hemorragias.
3. Emissão de vesículas: dado patognômico, mas que surge no iní- cio do trabalho de abortamento , quando o diagnóstico já foi confirmado. É excepcional a expulsão de vesículas espontanea- mente antes da saída da massa molar.
4. Dores abdominais e lombares: não muito frequentes.

5. Anemia: entre os sintomas gerais é o principal, com descoramento das mucosas e estado vertiginoso (emagrecimento).
6. Sintomas tóxicos (atividade trofoblástica): náuseas, vômitos repetidos, sialorréia, edema, dispnéia e proteinúria (50% dos casos).

#### Sinais Físicos:

1. Palpação: crescimento desproporcional do útero em relação à idade presumível da prenhez. Pode-se detectar crescimento de 1 cm diário, traduzindo clinicamente a retenção de coágulos sanguíneos. Se aumentar a hemorragia intra-uterina surge sangramento vaginal e diminui a matriz, para em seguida aumentar progressivamente. A essa variação de volume dá-se o nome de "útero em sanfona". Ocorre diminuição da consistência uterina.
2. Ausculta: geralmente inexpressiva, dadas as degenerações em prenhez incipiente serem mais comuns.
3. Toque: chama a atenção o amolecimento excessivo do colo e a formação precoce do segmento inferior, sinal característico de mola. Não há rechaço fetal, mesmo em gravidez que ultrapassou a primeira metade.

Esse é o aspecto tradicional ou mais comum da Mola Hidatiforme, chamado de forma "Hemorrágica", em que a evolução se faz para o abortamento próximo ao terceiro mês, com hemorragias intensas, emissão de vesículas e expulsão completa ou parcial da massa molar. Além dessa forma merecem referências a forma "Tóxica", semelhante à hiperêmese gravídica, que se acompanha de emagrecimento, palidez, oligúria, acidose com cetose e proteinúria; a forma "Prolongada" em que, clinicamente, suspeita-se de ovo morto retido (a literatura registra casos de história superior a doze meses), com expulsão posterior da massa com o molde da cavidade uterina, de consistência dura, semelhante a um polipo e que só a microscopia desvenda; e a forma "Metastática" em que a propagação do tumor às vizinhanças ou à distância é o primeiro sintoma.

### Exames Complementares:

Só as dosagens hormonais são habitualmente solicitadas além da rotina ( hemograma, hemossedimentação, contagem de plaquetas, provas de função hepática, dosagem de uréia, parasitológico de fezes e parcial de urina).

A Colpocitologia tem sido relegada ao plano secundário, embora alguns autores realcem a importância do achado de células multinucleadas sinciciais.

Um teste idealizado por Acosta- Sison, envolve a introdução de uma sonda no canal cervical, verificando-se a passagem da mesma para a cavidade anterior da cavidade uterina. Uma vez que na prenhez molar não existe âmnio, não deverá haver resistência à passagem da sonda. Existindo, porém, a presença de gravidez normal, a sonda será obstada pela membrana amniótica. Por outro lado, isto poderia resultar em interrupção de uma gravidez normal pela ruptura prematura das membranas.

Vários métodos radiológicos têm sido aplicados com a finalidade de diagnosticar essa patologia. O método direto, com os Raios-X simples é de pouca utilidade, uma vez que sendo aplicado antes da 20a. semana pode não revelar o esqueleto fetal, não nos autorizando, contudo, a diagnosticar ausência de gravidez normal.

Quando a idade gestacional for inferior a 16 semanas, reduz-se a importância da eletrocardiografia fetal como auxílio diagnóstico.

A arteriografia pélvica representa um meio válido de diagnóstico, exigindo porém, o uso de anestésicos e a cateterização cirúrgica de uma artéria materna. Novamente encontramos como maior obstáculo o uso dos Raios-X.

O diagnóstico seguro de Mola Hidatiforme pode ser firmado introduzindo-se um meio de contraste na cavidade uterina, não sendo entretanto isento de riscos. A prenhez molar, através desse método pode ser facilmente detectada, porque imagens contrastadas com aspecto de "colméia" ou de "roído de traça" são compatíveis com mola "in útero", porém, se gravidez normal estiver presente, será fatalmente exposta às radiações, existindo ainda a possibilidade de, pela punção, desencadear-se o trabalho de parto.

A aplicação dos ultra-sons no campo obstétrico tem sido demonstrado por vários autores. O emprego da ultra-sonografia (bidimensional), realçando a existência de clássico e característico padrão ecográfico colhido em tela semelhante a da televisão, no diagnóstico da Mola Hidatiforme, em particular, tem-se mostrado como o mais eficiente recurso de detecção precoce da doença e oferece índice de acerto diagnóstico, na suspeita clínica de mola, corres-

pondente a 90% dos casos (experiência com 35 pacientes, período de 1972 a 1973, com aparelho VIDOSON 635, bidimensional, realizada no Serviço de Ultra-sonografia da Associação Maternidade de São Paulo, SP).

O método apresenta total isenção de riscos, mesmo em presença de gravidez normal, o que nem sempre fica assegurado com o uso de outros meios técnicos ( Raios-X, arteriografia pélvica, contraste na cavidade uterina e sonda no canal cervical) e nem sempre se torna possível pela avaliação clínica (data "lembrada" da última menstruação, hemorragia genital pode estar ausente, emissão tardia de vesículas e limitações de titulação biológica e imunológica de gonadotrofinas coriônicas).

É útil inclusive para o controle pós-molar, salientando-se, entretanto, a importância da titulação de gonadotrofina coriônica no período de observação, e o uso dos ultra-sons quando durante esse controle houver ascensão dos níveis desse hormônio.

As restrições da técnica ultra-sonográfica, parecem ser, unicamente, a exigência de alto poder aquisitivo para a inclusão do aparelho na rotina dos serviços.

#### Tratamento:

A grande maioria dos casos de mola termina pelo abortamento espontâneo, mas por segurança deve-se proceder à limpeza completa da cavidade por meio de curetagem e ocitócicos e, atualmente, ao esvaziamento uterino pela vacuoaspiração de seu conteúdo, muito mais segura, especialmente quando volumosa a matriz, isentando-a dos riscos de perfuração e disseminação do corioma. Idosa (com mais de 40 anos de idade e com prole constituída) ou multipara (sem desejo de ter mais filhos) a paciente, esse procedimento cede lugar à "histerectomia total" (segundo autores conservam-se os anexos, embora os ovários apresentem cistos luteínicos) que elimina de maneira radical o foco de produção trofoblástica. No caso de pacientes na menacme ou vida adulta, desejosas de ter filhos, duas condutas poderão ser adotadas: a quimioterapia profilática com Ametopterina (Metrotexate), na dosagem de 10 a 15 mg por dia, durante 5 dias, via oral; ou a conduta expectante, sem medicação, aguardando-se a cura que se dará em 30 ou 40 dias e, decorrido esse prazo, ainda permanecerem indícios de atividade trofoblástica, inicia-se a quimioterapia.

Há quem preconize a quimioterapia profilática até mesmo antes

da extração do tecido molar, apoiados nas seguintes razões:

1. a sensibilidade do tecido trofoblástico aos medicamentos oncolíticos
2. a toxicidade previsível dos agentes empregados
3. o perigo de invasão do tecido trofoblástico
4. a possibilidade de disseminação do tumor por manipulação
5. a redução do número de casos que evoluem para coriocarcinoma

Para adoção de conduta profilática, após avaliação clínica da paciente em termos de estado geral, idade e paridade, visando-se detectar ou impedir o aparecimento de Doença Trofoblástica Metastática é necessário que a taxa de Hemoglobina esteja acima de 70%, o número de leucócitos acima de 3 000 por  $\text{mm}^3$ , a contagem plaquetária no mínimo 100 000 por  $\text{mm}^3$  e os exames restantes sejam normais.

Os efeitos colaterais da quimioterapia poderão ser manifestados por estomatite, enterocolite hemorrágica, cistite hemorrágica e depressão medular e alopecia.

Na verificação da expulsão molar completa tem importância a colpocitologia e, principalmente, a determinação da curva de excreção hormonal de gonadotrofinas coriônicas com dosagens aos 7, 15, 30 e 60 dias após a expulsão da mola. Presença de elementos sinciciais no esfregaço, aumento progressivo de HCG, excreção hormonal além do 6º mês ou teores elevados 4 semanas após o abortamento, anunciam a existência de anormalidades, desde a retenção de restos até a existência de coriocarcinoma.

Outros autores, indicam para a "vigilância pós-molar" o exame ginecológico e a dosagem de gonadotrofinas coriônicas que deverá ser avaliada de 15 em 15 dias, até se tornar negativa e, a seguir, mensalmente, até completar-se o prazo de um ano.

Sempre que o tratamento for conservador é de boa prática que se institua a anti-concepção pelo espaço de um ano, de preferência às custas de anovulatórios hormonais.

É conveniente a feitura de Raio-X após a expulsão da mola. Quando se suspeita de mola maligna só se admite a conduta conservadora na ausência de teores hormonais crescentes e de sintomas clínicos e radiológicos, do contrário fica indicada a histerectomia total mesmo em pacientes jovens. Pacientes com corioma é considerada em remissão quando 3 dosagens em semanas consecutivas revelam ausência de HCG. Cerca de 10% podem apresentar elevação do teor hormonal, a

maioria nos 2 meses imediatos e algumas até o final do 1º ano, o que justifica evitar nova prenhez no período de 1 ano quando o risco de recorrência é reduzido.

Toda mulher que tem excreção positiva de HCG um mês após o esvaziamento uterino, deve fazer tratamento, conforme foi visto, histerectomia se for multipara e quimioterapia quando deseja preservar a função reprodutora.

#### CONCLUSÕES:

1. Os Coriomas são tumores originados do tecido de revestimento das vilosidades coriais, de ocorrência relativamente rara, que apresentam características clínicas e histopatológicas diversas, embora possuam alguns aspectos comuns dados pela exacerbação de propriedades do trofoblasto normal.

2. O Corioma Benigno (Mola Hidatiforme) e o Corioma Maligno (Coriocarcinoma) representam os extremos entre a benignidade e a malignidade, enquanto que o Corioma Intermediário (Mola Invasora ou Coriadenoma Destruens) é a lesão de diagnóstico impreciso.

3. Pela invasão de vasos maternos pode ocorrer acometimento vascular produzindo metástases fisiológicas que se acentarão em pulmões ou outros órgãos, sem quaisquer repercussões no sentido de crescimento neoplásico e que devem desaparecer após o esvaziamento uterino.

4. Parece que o conceito mais atual e satisfatório da etiopatogenia dos coriomas é o de base imunológica, que realça a possibilidade de reações do tipo antígeno- anticorpo materno- coriais.

5. Existem duas correntes fundamentais que tentam explicar a origem do Corioma Benigno, sendo que uma aceita as lesões degenerativas do trofoblasto por deficiências do meio, determinismo genético, etc., enquanto a outra defende o caráter neoplásico primário.

6. A incidência do Corioma Benigno é maior na raça oriental, predominante na faixa etária dos 35 a 40 anos, em plena atividade sexual, acometendo primíparas em 30% dos casos e são mais comuns no primeiro trimestre da gestação.

7. A forma macroscópica da Mola Hidatiforme caracteriza-se pela transformação total ou parcial do ovo em pequenas vesículas translúcidas, cheias de líquido claro, tradicionalmente referidas como "cachos de uva" ou "hidátides", eliminadas aos poucos ou em grande número, podendo estar associadas a coágulos escuros.

O aspecto tradicional ou mais comum da Mola Hidatiforme é o da "forma hemorrágica", em que a evolução faz-se para o abortamento próximo ao terceiro mês, com hemorragias intensas, emissão de vesículas e expulsão completa ou parcial da massa molar.

8. Constituem particularidades das vilosidades molares, três alterações fundamentais microscópicas representadas pela proliferação trofoblástica, degeneração hidrópica do estroma e vascularização deficiente ou ausente.

9. Há casos de sintomatologia exuberante e grande número de outros que o exame mais atento não consegue rastrear. São importantes para o diagnóstico clínico o volume excessivo da matriz para a idade gestacional, sangramento uterino, fluxo vaginal, característico entre as hemorragias, dado patognômico da emissão de vesículas, emagrecimento, anemia, sinais precoces de toxemia, ausência de batimentos cardio-fetais e dores menos frequentes de localização abdominal e lombar.

São importantes meios semiológicos a palpação, que evidencia um crescimento desproporcional do útero em relação à idade presumível da prenhez ou mostra a diminuição da matriz após sangramento vaginal para em seguida aumentar progressivamente (útero em sanfona), e o toque vaginal que chama atenção para o amolecimento excessivo do colo e a formação do segmento inferior, sinal característico de mola, não havendo rechaço fetal mesmo em gravidez que ultrapassou a primeira metade.

10. Em mais ou menos 60% dos casos de mola, notam-se alterações policísticas dos ovários, provavelmente induzidas pelo alto teor de gonadotrofinas coriônicas produzidas pelo trofoblasto, porém em grande número de pacientes os ovários permanecem em tamanho quase normal.

11. Nos exames complementares destacam-se como mais importantes as dosagens de HCG no sangue, também na urina, o diagnóstico preciso e limitado pela introdução de contraste na cavidade uterina, a restrição do exame radiográfico e a eletrocardiografia-fetal pouco úteis quando a idade gestacional for inferior a 16 semanas e o recurso mais seguro para investigação precoce de suspeita clínica de mola, através da ultra-sonografia, entretanto, limitado pelo alto custo do aparelho.

12. O potencial de malignidade da Mola Hidatiforme e suas variantes, aumenta com a idade da paciente. A conversão da mola em Coriocarcinoma é bastante elevada após os 40 anos de idade. Muitos preconizam a histerectomia sistemática nessas pacientes, mesmo que apresentem Corioma Benigno.

13. Toda mulher que apresentar excreção positiva de gonadotrofina coriônica um mês após o esvaziamento uterino deverá fazer tratamento clínico ou

cirúrgico. Se for primípara ou múltipara desejosa por ter mais filhos, institui-se a quimioterapia profilática e se for idosa, com mais de 40 anos, ou múltipara sem desejo de aumentar a prole, indica-se a histerectomia total. Há quem preconize a quimioterapia profilática até mesmo antes da extração do tecido molar.

14. A grande maioria dos casos de mola termina pelo abortamento espontâneo.

15. É necessário a combinação do diagnóstico precoce, clínico ou instrumental, evacuação oportuna, quimioterapia profilática ou histerectomia total e seguimento cuidadoso das pacientes, para que se reduza ao mínimo a morbidade da prenhez molar e a incidência de complicações.

RESUMO:

Através revisão bibliográfica da literatura médica especializada, disponível no meio acadêmico, o autor apresenta um trabalho de categoria didática que objetiva tornar mais claro e conciso o estudo do Corioma Benigno, no controvertido capítulo da Doença Trofoblástica, salientando a importância da combinação do diagnóstico precoce com outros procedimentos técnicos, que possa contribuir na redução de morbidade da prenhez molar e incidência de complicações.

SUMMARY:

Through the bibliographic study of the specialized medical literature available, for the graduate student, the author present a didactic paper that clear some aspect about Benign Corioma. According to many controverse aspects in the chapter of the Trophoblastic Diseases, the author stress the importance of the early diagnoses with another techniques procedures in order to contribute to decrease the morbidity of the molar pregnancy and the incidence of complications.

BIBLIOGRAFIA

1. BASTOS, Álvaro da Cunha. Noções de Ginecologia. Atheneu Editora São Paulo S.A., São Paulo, SP, 4a. edição, cap.29, Moléstia Trofoblástica, 1975.
2. JEFFCOATE, Sir Norman. Ginecologia. Inter-Médica Editorial, Buenos Aires, República Argentina, cap.14, Tumores Trofoblásticos, 1971.
3. LLUSIÁ, José Botella e NÚÑEZ, José A. Clavero. Tratado de Ginecologia, Tomo II, Patologia Obstétrica. Editorial Científico-Médico, Barcelona, Espanha, 10a. edição, cap. XII, sub-título Mola Hidatiforme, 1976.
4. NOVAK, Edmund R., JONES, Georgeanna Seegar e JONES, Howard W. Ginecologia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, GB, 8a. edição, cap.27, Doença Trofoblástica, 1974.
5. REVISTA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Publicação do Centro de Estudos da Associação Maternidade de São Paulo e Sociedade Paulista de Perinatologia, São Paulo, SP, artigos destacados de Mola Hidatiforme.
6. REZENDE, Jorge de. Obstetrícia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, GB, 3a. edição, cap. 25, Coriomas, 1974.

TCC  
UFSC  
TO  
0057

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0057

Autor: Zwicker, Asteroide

Título: Corioma benigno..



972815917

Ac. 254202

Ex.1 UFSC BSCCSM