

## **Mola hidatiforme: manifestações clínicas e critérios diagnósticos por imagem**

## **Hydatidiform mole: clinical manifestations and diagnostic imaging criteria**

DOI:10.34119/bjhrv4n1-283

Recebimento dos originais: 24/01/2020

Aceitação para publicação: 24/02/2021

### **Bruna Vasconcelos Ramos**

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM  
Rua Nações Unidas, 471, apto 102 – Centro – Patos de Minas - MG

### **Ana Flávia Bereta Coelho Guimarães**

Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas -  
UNIPAM  
Rua dos Bandeirantes 111 boa vista, Patos de Minas- MG

### **Maria Flávia Guimarães Corrêa dos Santos**

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM  
Rua Tamoios, número 150. Centro, Guimarães - MG

### **Amanda Rocha Dorneles**

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM  
Rua Nito de Deus Vieira, 175. Caiçaras, Patos de Minas-MG

### **Laura de Oliveira Regis Fonseca**

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM  
Rua João da Rocha figueira 193, apto 303. Centro. Patos de minas/ MG.

### **Marcela Cristina Caetano Gontijo**

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM  
Rua Major Gote 944, apto 801, Caiçaras, Patos de Minas - MG.

### **Isadora Sene**

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM  
Rua dos Bemvidos 90 apto 504, Caiçaras, Patos de Minas-MG

### **Amanda Braga Calcagno**

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –  
UNIPAM  
Rua Tonho do Nico 192 apto 201, Nossa Senhora das Graças, Patos de Minas - MG

## RESUMO

A Mola Hidatiforme (MH) é caracterizada como uma patologia que, em sua condição benigna, é classificada em completa (MHC) e parcial ou incompleta (MHP). Ela é englobada no termo “Doença Trofoblástica Gestacional”, que define um grupo heterogêneo de afecções caracterizadas pela proliferação celular anormal originada a partir do epitélio trofoblástico, com formas clínicas malignas e benignas. O objetivo deste estudo é realizar uma revisão de literatura sobre a Mola Hidatiforme (MH) em diversos artigos nacionais e internacionais para estabelecer critérios clínicos e de diagnóstico por imagem associados à esta condição. O presente artigo é uma revisão bibliográfica de caráter narrativo, a mensuração foi obtida a partir de pesquisas por meio de plataformas digitais como: Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde. Esta busca compreender o período de 2000 a 2019, nos idiomas português e inglês. Os descritores para o método na busca foram: doença trofoblástica gestacional, mola hidatiforme (MH), achados ultra-sonográficos em MH, critérios diagnósticos para MH. A busca gerou 126 estudos referentes à mola hidatiforme, utilizando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos na metodologia, foram selecionados 11 artigos para esta revisão com o objetivo de analisar os métodos diagnósticos clínicos e de imagem abordado por cada autor. As manifestações clínicas mais pertinentes e discutidas pelos autores são o sangramento vaginal no primeiro trimestre, o útero aumentado para idade gestacional, a eliminação de vesículas e a hiperêmese. O método que melhor tem acurácia diagnóstica para a MH é o Ultrassom (US) ginecológico, a dosagem do beta-hCG aliado com a anamnese e exame físico.

**Palavras-chave:** Mola Hidatiforme, Diagnóstico, Manifestações clínicas, Ultrassom, Beta hCG.

## ABSTRACT

Hydatidiform Mole (MH) is characterized as a pathology that, in its benign condition, is classified as complete (MHC) and partial or incomplete (MHP). It is included in the term "Gestational Trophoblastic Disease", which defines a heterogeneous group of disorders characterized by abnormal cell proliferation originating from the trophoblastic epithelium, with malignant and benign clinical forms. The aim of this study is to conduct a literature review on hydatidiform mole (MH) in several national and international articles to establish clinical and diagnostic imaging criteria associated with this condition. This article is a bibliographic review of a narrative character, the measurement was obtained from research using digital platforms such as: Scielo, Google Scholar and Virtual Health Library. This search seeks to understand the period from 2000 to 2019, in Portuguese and English. The descriptors for the method in the search were: gestational trophoblastic disease, hydatidiform mole (MH), ultrasound findings in MH, diagnostic criteria for MH. The search generated 126 studies referring to the hydatidiform mole, using the inclusion and exclusion criteria established in the methodology, 11 articles were selected for this review in order to analyze the clinical diagnostic and imaging methods approached by each author. The most relevant clinical manifestations discussed by the authors are vaginal bleeding in the first trimester, the uterus enlarged for gestational age, the elimination of vesicles and hyperemesis. The method that has the best diagnostic accuracy for MH is the gynecological ultrasound (US), the measurement of beta-hCG combined with anamnesis and physical examination.

**Keywords:** Mola Hidatiforme, Diagnosis, Clinical manifestations, Ultrasound, Beta hCG.

## 1 INTRODUÇÃO

A Mola Hidatiforme (MH) é uma patologia que, em sua condição benigna, é classificada em completa (MHC) e parcial ou incompleta (MHP). Ela é englobada no termo “Doença Trofoblástica Gestacional”, que define um grupo heterogêneo de afecções caracterizadas pela proliferação celular anormal originada a partir do epitélio trofoblástico, com formas clínicas malignas e benignas. Segundo a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) os dados estatísticos no Brasil não são confiáveis, mas acredita-se que haja um caso de mola para 200-400 gestações normais (MOREIRA, 2008).

A divisão da MH é realizada segundo aspectos citogenéticos e morfológicos. Segundos os aspectos morfológicos e histopatológicos, as MHC não têm elementos fetais e possuem maior frequência de atípicas. De acordo com o cariótipo, ela é caracterizada quando a fecundação ocorre entre um óvulo com núcleo ausente ou inativo por um espermatozoide 23X, ou seja, todos os genes são de origem paterna (dissomia parental). Já na MHP o cariótipo é triploide (69XXY) ou tetraploide (92XXXXY), sendo o resultado da fertilização de um óvulo normal por dois espermatozoides ou um espermatozoide diploide. Em relação aos aspectos morfológicos e histopatológicos a MHP, pode haver a presença de elementos fetais, porém a gestação é inviável por ter crescimento intrauterino restrito e malformações (BISCARO, et al; 2012).

As pacientes que evoluem com MH produzem como marcador biológico a gonadotrofina coriônica humana (beta hCG). Com o resultado deste exame positivo, associado ao aumento de volume intrauterino, muitas mulheres podem ser diagnosticadas como gestantes, quando na verdade o que evolui é um tumor benigno. O diagnóstico da MH se dá pela dosagem do beta hCG e pelos achados ultrassonográficos, que é de suma importância, pois muitas vezes a apresentação clínica das pacientes é incerta. Esse deve ser realizado precocemente pois, além da MH aumentar a morbimortalidade na gravidez, ela pode gerar consequências biopsicossociais importantes. Dessa forma, quanto mais precoce for o diagnóstico, melhor é a recuperação física e psicológica da paciente. (ABREU, et al; 2009).

Nas últimas décadas houve uma melhora no prognóstico da MH, isso se dá pelo acesso amplo que a população tem a informação e ao pré-natal, por criação de centros de saúde de referência e pela evolução da tecnologia. O ultrassom é um grande aliado no diagnóstico, na evolução, na recuperação e no acompanhamento da patologia. (ABREU, et al; 2009).

Baseado em todos os malefícios comprovados que uma gestação molar pode causar, constata-se a importância de um pré-natal multi e interdisciplinar com consultas, exames complementares e de imagem regulares e o auxílio de profissionais capacitados, para que o diagnóstico seja o mais precoce possível. Soma-se à isto, a extrema importância de um acompanhamento sistemático pré e pós tratamento pois há possibilidade de recorrência. Diante disso, deve-se destacar que esforços têm sido feitos para melhorar a qualidade de vida de mulheres acometidas pela MH, daí a importância da atualização nas estratégias diagnósticas e terapêuticas por profissionais da área (BRAGA, et al; 2014).

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente artigo é uma revisão bibliográfica de caráter narrativo, a mensuração foi obtida a partir de pesquisas por meio de plataformas digitais como: Scielo, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde. Esta busca compreender o período de 2000 a 2019, nos idiomas português e inglês. Os descritores para o método na busca foram: doença trofoblástica gestacional, mola hidatiforme (MH), achados ultrassonográficos em MH, critérios diagnósticos para MH.

Para seleção dos artigos foram utilizados critérios de inclusão: relevância do artigo para com as pesquisas, bem como a sua relação com tema do trabalho em questão, especificações quanto à critérios clínicos diagnósticos clínicos e por imagem. Como critério de exclusão não foram considerados trabalhos que envolvessem resumos e metanálises. Após obter os artigos selecionados, realizou-se uma leitura minuciosa para recolher informações quanto ao assunto, e compará-las para sanar os objetivos. Para análise foram encontrados 126 estudos e para este estudo foram escolhidos 11 artigos, de origens nacionais e internacionais.

A demonstração e discussão dos resultados serão apresentadas sob a ótica da exploração dos melhores critérios diagnósticos clínicos, de imagem e sua sensibilidade a partir da idade gestacional.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca gerou 126 estudos referentes à mola hidatiforme, utilizando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos na metodologia, foram selecionados 11 artigos para esta revisão com o objetivo de analisar os métodos diagnósticos clínicos e de

imagem abordado por cada autor. O detalhamento dos artigos selecionados estão no Quadro 1.

Quadro 1. Sumário dos estudos, manifestações clínicas abordadas e testes diagnósticos.

Estudos	Manifestações clínicas	Testes diagnósticos
Watanabe et al. (2000)	Sangramento transvaginal	Ultrassonografia.
Maestá et al. (2003)	Volume uterino aumentado para idade gestacional, eclampsia, eliminação de vesículas.	Ultrassonografia e dosagem do beta hCG.
Belfort; Braga. (2004)	Hemorragia, hiperêmese, edema, hipertensão arterial, útero aumentado, anemia, pré-eclâmpsia, hipertireoidismo, angústia respiratória.	Ultrassonografia e dosagem do beta hCG.
Mangili et al. (2008)	Sangramento transvaginal, pré-eclâmpsia e hiperêmese.	Ultrassonografia
Abreu et al. (2009)	Sangramento transvaginal.	Ultrassonografia, dosagens do beta hCG e histopatológico.
Andrade. (2009)	Aumento do volume uterino, anemia, sangramento transvaginal, eliminação de vesículas, insuficiência respiratória após o esvaziamento da mola, pré-eclâmpsia, hipertireoidismo e crise tireotóxica.	Ultrassonografia e dosagem do beta hCG, histopatológico.
Biscaro et al. (2012)	Sangramento transvaginal, cólicas, volume uterino não compatível com a idade gestacional, dispneia leve.	Dosagem do beta hCG e ultrassonografia.
Braga et al. (2014)	Sangramento transvaginal, cistos tecaluteínicos, eliminação de vesículas, volume uterino aumentado para a idade gestacional, hiperêmese, pré-eclâmpsia, hipertireoidismo.	Dosagem do beta hCG, ultrassonografia.
Moraes et al. (2014)	Sangramento transvaginal, pré-eclâmpsia, hipertireoidismo, anemia, cistos tecaluteínicos, hiperêmese, útero aumentado para a idade gestacional.	Ultrassonografia e dosagem de beta hCG.
Ferraz et al. (2015)	Sangramento transvaginal.	Dosagem do beta hCG e Ultrassonografia.
Braga et al. (2019)	Sangramento vaginal de repetição e intensidade variável, útero aumentado de volume para idade gestacional, náuseas e vômitos, hipertireoidismo, sinais	Exame físico e ginecológico, dosagem do beta hCG, ultrassonografia, exame histopatológico, imunistoquímica, genética.

	de pré- eclâmpsia antes da 20 <sup>o</sup> semana de gestação, eliminação de vesículas hidrópicas pela vagina.	
--	--	--

Watanabe et al. (2012) avaliaram 247 gestantes com queixa de sangramento vaginal, dentre essas gestações 132 eram viáveis e 115 eram inviáveis. Ou seja, as gestações viáveis tinham a presença de batimento cardíaco embrionário ou fetal e as inviáveis eram abortamento completo, incompleto, aborto retido, gestação anembrionada, mola hidatiforme e gravidez ectópica. Segundo o estudo a média de tempo do sangramento vaginal era de um a quarenta dias. Os pesquisadores concordaram que em questão da mola hidatiforme (MH), sendo ela completa ou incompleta, a ultrassonografia é o melhor exame de imagem para diagnóstico.

Maestá et al. (2003) estudou e comparou a prevalência de mulheres com MH completa e parcial associadas a pré-eclâmpsia. O estudo aponta que com o avanço e disseminação da ultrassonografia a possibilidade de diagnóstico precoce de MH é maior, principalmente no primeiro trimestre. Assim a associação da MH com a pré-eclâmpsia é rara, mas pode acontecer. Na avaliação do quadro clínico o estudo chama a atenção para hipertensão, cefaleia intensa, convulsões tônico clônicas generalizadas e sangramento vaginal.

Belfort; Braga (2004) fizeram um estudo com 317 pacientes com o diagnóstico de MH, todas as pacientes tiveram comprovação diagnóstica pelo estudo histopatológico. A respeito das manifestações clínicas analisadas foi concluído que elas aparecem entre a 4<sup>o</sup> e 16<sup>o</sup> semana de amenorreia, com presença na grande maioria de hemorragia vaginal, útero aumentado para idade gestacional, anemia, pré-eclâmpsia e hiperêmese. Na maioria das pacientes do estudo foi constatado hipertireoidismo, angústia respiratória pós esvaziamento do útero. Em questão de acurácia diagnóstica, o estudo aponta a importância da dosagem do beta hCG e da ultrassonografia transvaginal. Mangili et al (2008), em seu estudo concorda com Belfort; Braga (2004) quando conclui o quanto o advento da ultrassonografia facilitou o diagnóstico da MH. Em questão de manifestações clínicas é constatado a presença de pré-eclâmpsia, hiperêmese e hemorragia vaginal, também em concordância com o primeiro estudo citado no parágrafo.

Andrade (2009) revisou 166 trabalhos e fez um levantamento das manifestações clínicas mais vistas até o momento da pesquisa e a melhor forma de diagnosticar a MH. Constatou que as formas mais graves e emergências relacionadas à doença são cada vez

menos frequentes. Explicou que no presente estudo a queixa clínica mais comum persiste sendo o sangramento vaginal. O autor argumenta que o diagnóstico pode ser feito quando há o sangramento no primeiro trimestre de gestação aliado ao ultrassom e a dosagem de beta hCG. Abreu et al(2009), concorda com Andrade (2009), em relação ao quadro clínico e ao diagnóstico. A única ressalva feita por Abreu et al. (2009) é o exame histopatológico, como sendo único método diagnóstico absoluto. Esse exame é feito depois do esvaziamento uterino, onde é colhida uma amostra da peça para fazê-lo. Assim o especialista consegue fazer um estudo das células e identificar a MH.

Biscaro et al (2012), avaliou 446 pacientes em que o material coletado após o esvaziamento uterino foi avaliado pelo anatomopatológico. Se tratando do quadro clínico, a autora constatou que as principais queixas no momento da anamnese foram o sangramento vaginal e as cólicas. Em uma paciente apenas foi observado volume uterino maior para idade gestacional e dispneia leve. Foi observado na dosagem do beta hCG nas pacientes com MH que os níveis do hormônio foram extremamente altos, o que ajuda no diagnóstico da doença. Outro aliado foi à ultrassonografia, exame de imagem que foi feito nas pacientes e conseguiu visualizar alterações compatíveis com a doença. O resultado final foi dado pelo anatomopatológico.

Braga et al. (2014) e Moraes et al. (2014), fizeram seus artigos baseados em uma revisão sistemática de literaturas. Os dois concordam que até o ano em questão as manifestações clínicas mais observadas na anamnese e no exame físico são: hemorragia genital com características vermelho vivo que se alterna com borra de café com intensidade variável, aumento uterino incompatível com a idade gestacional, eliminação de vesículas, hipertensão, hiperêmese, hipertireoidismo, cistos tecaluteínicos, pré-eclâmpsia, complicações respiratórias. Os dois estudos chegaram a conclusão que a melhor forma de se fazer o diagnóstico deve ser aliando-se a clínica com a dosagem do beta hCG e a ultrassonografia.

Ferraz et al. (2015) classifica a doença trofoblástica gestacional (DTG), expõe a epidemiologia e etiopatogênia e discorre sobre o quadro clínico e diagnóstico. Em relação à sintomatologia da MH a autora constata que a doença cursa com sangramento vaginal entre a sexta e 16ª semana de gestação na maioria dos casos. Foi discutido pela autora que outros sintomas clássicos da MH como volume uterino maior para idade gestacional, hiperêmese, e hipertensão são menos frequentes devido ao diagnóstico precoce. Isso só é possível segundo a autora, devido as dosagens séricas de beta hCG e a ultrassonografia feita no primeiro trimestre da gestação ou quando há queixa de sangramento.

O ultimo e mais recente artigo analisado por este estudo foi de Braga et al (2019). O autor também discorre da epidemiologia da MH, epidemiologia, etiopatogenia, fatores de risco, manifestações e aspectos clínicos, citogenética e diagnóstico. Até o momento, esse foi o estudo mais recente encontrado quando se diz respeito ao quadro clínico e diagnóstico. As manifestações observadas e relatadas por Braga et al. (2019) são: sangramento transvaginal de repetição e intensidade variável, útero aumentado para idade gestacional, cistos tecaluteínicos visualizados tanto no ultrassom quanto nas abordagens cirúrgicas, náuseas e vômitos hipertireoidismo, sinais de pré-eclâmpsia precoce, e eliminação de vesículas hidrópicas pela vagina junto com o sangramento. O autor constatou que esses sintomas são menos comuns de serem apresentados, visto que o diagnóstico hoje em dia é feito precocemente. A melhor forma de diagnosticar a MH é feita pela anamnese e exame físico e ginecológico. Os exames complementares discutidos pelo autor são a dosagem de beta hCG, a ultrassonografia, o exame histopatológico, a genética e a imunoistoquímica. Ele concluiu que desses, os mais importantes são a ultrassonografia e dosagem do beta hCG.

#### **4 CONCLUSAO**

As manifestações clínicas da Mola Hidatiforme (MH) mais pertinentes e discutidas pelos autores são o sangramento vaginal no primeiro trimestre, o útero aumentado para idade gestacional, à eliminação de vesículas e a hiperêmese gravídica. O método que tem melhor acurácia diagnóstica para a MH é o ultrassom ginecológico, a dosagem do beta hCG aliado com a anamnese e exame físico.

A maioria das gestações molares cursa com a aparência clássica à ultrassonografia desde o primeiro trimestre, representada pela ausência de embrião e múltiplos cistos de dimensões diferentes. Por isso, quanto mais precoce o US for realizado, mais rápido será dado o diagnóstico. Feito isso, o tratamento deve ser instituído da maneira mais rápida e eficaz possível.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Erick Martins Faria de *et al.* Mola hidatiforme. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 2, n. 19, p.14-17, 2009. Disponível em: <file:///D:/Users/Usuario/Downloads/v19n2s3a04%20(2).pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

**AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY: Clinical presentation of hydatidiform mole in northern Italy: has it changed in the last 20 years?** California, mar. 2008. Disponível em: <https://www.ajog.org/article/S0002-9378(07)01180-5/pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

ANDRADE, Jurandyr Moreira de. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 2, n. 31, p.94-101, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/08.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

**ATUALIZAÇÃO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA GRAVIDEZ MOLAR.** São Paulo, fev. 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2016/v103n2/a5399.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

BELFORT, Paulo; BRAGA, Antônio. Mudanças na Apresentação Clínica da Gravidez Molar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 6, n. 26, p.483-488, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n6/21326.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

BISCARO, Andressa *et al.* Frequência de mola hidatiforme em tecidos obtidos por curetagem uterina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 6, n. 34, p.254-258, maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n6/v34n6a03.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

BRAGA, Antonio *et al.* Doença trofoblástica gestacional – atualização. **Revista Hupe**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.54-60, 28 jul. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12124/9981>. Acesso em: 25 set. 2019.

MAESTÁ, Izildinha *et al.* Mola Hidatiforme Completa e Eclâmpsia: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 25, n. 6, p.445-448, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n6/a10v25n6.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

MORAES, Valéria Pereira de *et al.* Complicações clínicas da gravidez molar. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p.230-234, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n5/a4647.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

O, Gemer *et al.* The current clinical presentation of complete molar pregnancy. **Pubmed**, Berlin, v. 1, n. 264, p.33-40, 2000. Disponível em: <The current clinical presentation of complete molar pregnancy.>. Acesso em: 25 set. 2019.

RIO DE JANEIRO. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. **Mola: manual de informações sobre a doença trofoblástica gestacional**. Rio de Janeiro, 2014. 12 p.

RUANO, R. *et al.* Doença trofoblástica gestacional. *In*: RUANO, R. *et al.* **Zugaib obstetrícia**. 3. ed. Barueri: Manole, 2012. Cap 31, p 598-603.

WATANABE, Luiz Carlos *et al.* Achados Ultra-Sonográficos em Pacientes com Ameaça de Abortamento no Primeiro Trimestre da Gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 22, n. 5, p.275-279, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v22n5/12189.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2019.