



PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E PRÉ-NATAL DE GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR



FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Taiane Gesualdi de

Protocolo de diagnóstico e pré-natal de gestação gemelar molar [livro eletrônico] / Taiane Gesualdi de Andrade, Antônio Rodrigues Braga Neto. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro, RJ : Ed. dos Autores, 2023.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-65823-1

1. Cuidado pré-natal 2. Doença trofoblástica gestacional 3. Gestantes - Cuidado e tratamento

4. Neoplasias - Diagnósticos - Manuais 5. Obstetrícia

I. Braga Neto, Antônio Rodrigues. II. Título.

23-149907

CDD-618.24
NLM-WQ-175

ESTE E-BOOK É UM PRODUTO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, CUJO TÍTULO: RISCO DE DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL APÓS TRATAMENTO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, DESENVOLVIDO NO PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

"PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E PRÉ-NATAL DE GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR"

TAIANE GESUALDI DE ANDRADE

TAI.ANDRADE@GMAIL.COM

AUTORA

ANTÔNIO RODRIGUES BRAGA NETO

BRAGAMED@YAHOO.COM.BR

ORIENTADOR

MARCIA MEDEIROS DE LIMA

ANTÔNIO RODRIGUES BRAGA NETO

REVISÃO

GABRIEL NUNES LINS ETELVINO

PRODUÇÃO DA CAPA E PROJETOS GRÁFICOS

GABRIEL NUNES LINS ETELVINO

DIAGRAMAÇÃO

DR. HERON WERNER

PROFESSOR MARCELO BURLÁ

PROFESSOR ANTÔNIO BRAGA

IMAGENS

COLABORAÇÃO:

MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

1ª EDIÇÃO, 2023. RIO DE JANEIRO, ABRIL DE 2023

SUMÁRIO

- 05 Apresentação
- 07 O que é a gestação gemelar molar?
 - 07 Incidência no Brasil e no Mundo
 - 08 Riscos da gestação gemelar molar
 - 09 Evitando as complicações da gestação gemelar molar
 - 09 Desenvolvimento de um embrião viável durante a gestação gemelar molar
- 10 Protocolo de diagnóstico e pré-natal de gestação gemelar molar
- 11 Pré-natal da gestação gemelar molar
 - 11 Primeira consulta
 - 12 Consultas subsequentes semanais
 - 12 Parto x Interrupção gestacional
 - 13 Acompanhamento pós-molar
- 14 Espectativas
- 15 Notas
- 16 Referências

APRESENTAÇÃO

A Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foi criada pelo decreto n. 5.117, de 18 de janeiro de 1904. Sua finalidade principal era, então, a de assistir às gestantes e às crianças recém-nascidas das classes menos favorecidas. Presta assistência integral à saúde da mulher e da criança, com perfil multiprofissional, e possui programas de residência médica e multiprofissional, programas de pós-graduação lato sensu e atividades de pesquisa vinculadas a programas de pós-graduação stricto sensu da UFRJ.

Além disso, dispõe de ambulatórios especializados na assistência pré-natal (hipertensão arterial, diabetes, gestação gemelar, patologias fetais e adolescentes), programa de rastreio de risco para gestantes no primeiro trimestre, planejamento familiar para mulheres de risco, genética pré-natal e medicina fetal.

No ano de 2013, foi incorporado à Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro o ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), transferido da Maternidade da Santa Casa da

Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 2017, foi também incorporado o ambulatório que atendia mulheres com diagnóstico de mola hidatiforme (MH) do Hospital da Mulher Heloneida Studart, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.



Dessa forma, a partir de 2017, o ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional tornou-se o maior Centro de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional do Estado do Rio de Janeiro, para onde são referenciadas a maioria das mulheres com suspeita ou diagnóstico da doença no Estado do Rio de Janeiro. Junto com o Hospital Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (UFF), em Niterói, congrega toda a casuística do mesmo Estado, desde quando o serviço seminal foi fundado, em 1960.

Dentro os casos de mola hidatiforme, são acompanhadas as gestações molares gemelares nos ambulatórios de DTG, de pré-natal, ultrassonografia e de medicina fetal, até seu desfecho final, e no período de puerpério/pós gestação molar.

A gestação gemelar molar é constituída por uma mola hidatiforme (MH) e um feto coexistente. Apresenta maior risco de evolução para neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) e complicações obstétricas, apesar de ser extremamente rara. Por isso, é de grande importância a padronização do seu cuidado, que visa não apenas a melhor condução dos casos por especialistas, mas também o manejo do risco materno-fetal. Portanto, a elaboração de um protocolo de diagnóstico e de pré-natal da gestação gemelar molar é de grande valia para a equipe multiprofissional e para as pacientes.

O QUE É A GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR?

Define-se a gestação molar como aquela em que o produto da fertilização é uma mola hidatiforme completa (MHC) ou mola hidatiforme parcial (MHP). Pode ser uma gestação única, em que só há MHC ou MHP na cavidade uterina, ou gemelar, que é composta por uma MHC ou MHP e um ou mais fetos coexistentes viáveis (FEBRASGO, 2021; LIN, L.H. et al, 2017).



INCIDÊNCIA NO BRASIL E NO MUNDO

Estima-se que a prevalência da gestação molar no Brasil seja de 1: 200 a 1: 400, sendo maior que na América do Norte e na Europa (0.5 a 1 em 1000 gestações) e menor que em alguns estudos da Ásia (12 per 1000 gestações) (MANGILI, G. et al., 2014).

A incidência de gravidez gemelar com MH é de cerca de uma em 20.000 a 100.000 gestações. A maioria delas são gestações gemelares que combinam CHM e feto normais coexistentes. MH parcial ou completa com feto coexistente é uma condição rara, mas o aumento da incidência de gestações múltiplas, oriundas de tratamentos de reprodução assistida, pode causar um aumento concomitante de gestações com mola completa e feto coexistente (WEE, L., JAUNIAUX, E., 2005; LIU, Y., ZHENG, X., WANG, Y., LI, Y., LIU, C, 2020).

Essas gestações são caracterizadas pela coexistência de uma MHC e um feto potencialmente viável com uma placenta normal, em contraste com as MHP, que são compostas de um único concepto triplóide com uma placenta anormal. O diagnóstico diferencial é importante, devido ao feto da mola parcial ser inviável, e o risco de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) ser menor que 5% (WEE, L., JAUNIAUX, E., 2005).

RISCOS DA GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR

Existe o risco de evolução da gravidez molar para formas malignas, composta pela mola invasora (MI) e pelo coriocarcinoma, e as mais raras, o tumor trofoblástico do sítio placentário (PSTT – placental site trophoblastic tumor) e o tumor trofoblástico epitelióide (ETT – epithelioid trophoblastic tumor) (SECKL, M. J. et al, 2013). Essas entidades são denominadas também de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) e apresentam o risco de evolução a partir da MHC de 18 a 28% nos Estados Unidos da América e de 7 a 25% no Brasil. Já Braga et al. observaram que a taxa de transformação maligna da gravidez molar foi de 24,6% das pacientes com MHC e de 7,6% paciente com MHP, em um estudo epidemiológico no Brasil (MAESTÁ, I, BRAGA, A., 2012; BRAGA, A. et al, 2014).



Os estudos na literatura relataram uma taxa de evolução para NTG após gestação molar gemelar entre 14 e 57%. O maior estudo sobre esse assunto é dos Centros de Doenças Trofoblásticas de Charing Cross e Weston Park, que incluiu 90 casos e revelou risco de 27% de progressão para o NTG, um pouco mais alto que as molas completas. Outro estudo realizado no Japão, relatou taxa de NTG de 31%, em 72 casos de gestação molar gemelar. Um recente estudo mostrou um risco mais alto (46%) quando comparado a molas completas isolados (18%) em um período de tempo semelhante (LIN, L.H. et al, 2017).

EVITANDO AS COMPLICAÇÕES DA GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR

O diagnóstico precoce da gravidez molar é de grande importância para evitar as complicações clínicas que advém de sua evolução, como hemorragia transvaginal, pré- eclâmpsia, hipertireoidismo, hiperêmese e cistose ovariana. Comparado às molas completas únicas, em um período de tempo semelhante, casos de gestação gemelar molar apresentaram taxas significativamente mais altas de pré-eclâmpsia, hipertireoidismo clínico, condições potencialmente fatais e eventos de near miss materno. À vista disso, há grande necessidade de acompanhamento médico minucioso realizado por especialistas em centros de referência de DTG (LIN, L.H. et al, 2017).

DESENVOLVIMENTO DE UM EMBRIÃO VIÁVEL DURANTE A GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR

A literatura refere uma chance de dar à luz um bebê viável, em uma gestação molar gemelar, variando de 20 a 71%, quando não se considera a gravidez interrompida eletivamente. O estudo mais recente, com maior casuística, revelou uma chance de 60% em casos conduzidos por especialistas, em centros de referência de Boston e do Brasil. (LIN, L.H. et al, 2017)

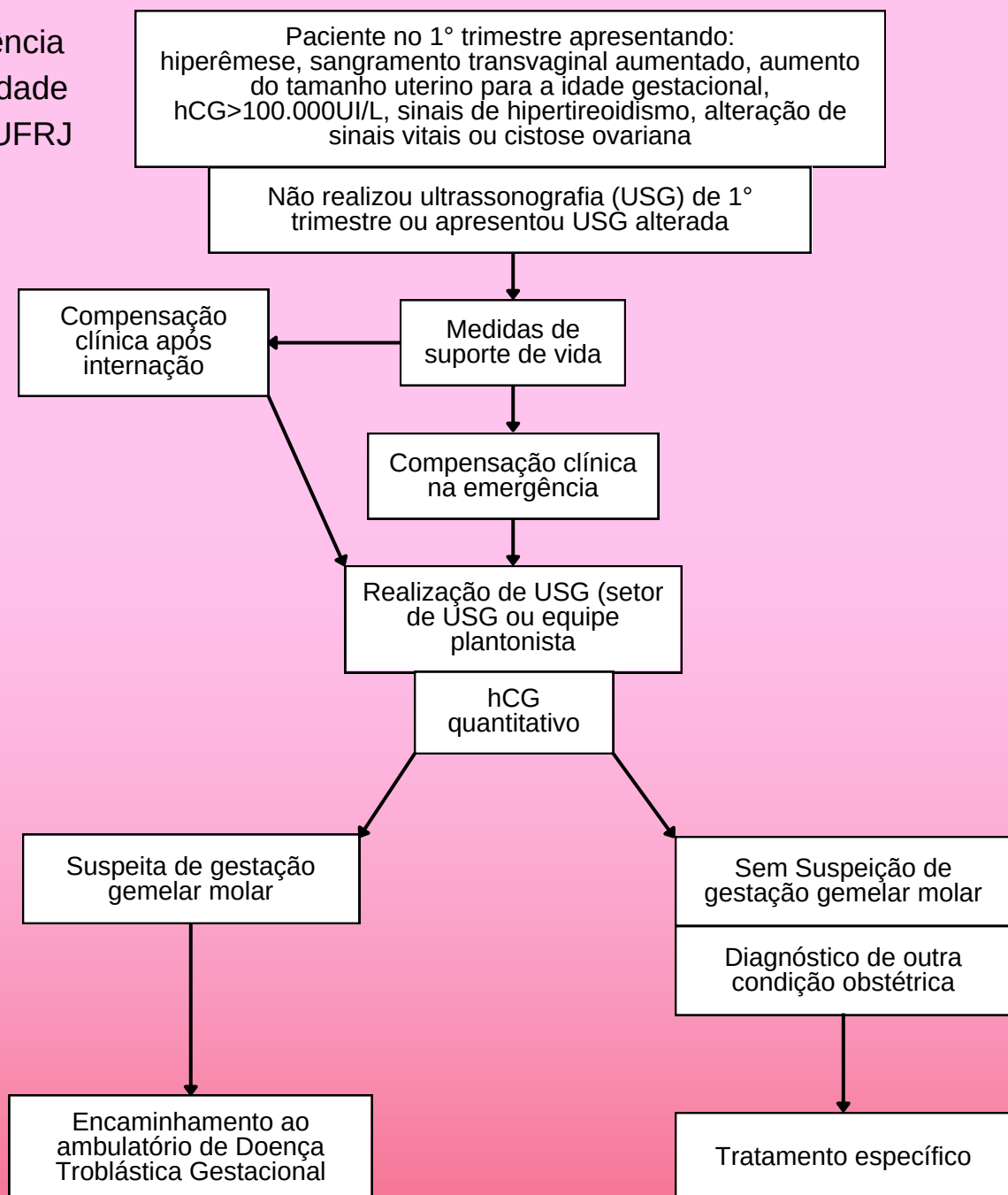


PROTÓCOLO DE DIAGNÓSTICO E PRÉ-NATAL DE GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR

Apesar de ser rara, é essencial que a equipe médica identifique sinais e sintomas característicos da gestação gemelar molar para não adiar a suspeição diagnóstica.

Diagnóstico de gestação gemelar molar

Emergência
Maternidade
Escola UFRJ



PRÉ-NATAL DA GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR

Por apresentar maior risco de e complicações obstétricas e evolução para NTG, a gestação gemelar molar deve ser rigorosamente acompanhada, em Centro de Referência (CR) para Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), conforme esquema proposto:

PRIMEIRA CONSULTA

- Anamnese detalhada
- Análise e armazenamento de exames prévios no prontuário
- Exame físico completo e avaliação de sinais vitais
- Solicitação de exames laboratoriais: Rotina de pré-natal relativa à idade gestacional¹ + dosagem sérica de gonadotrofina coriônica humana (hCG) quantitativa + Rastreo de pré-eclâmpsia² + Rastreo de tireoideopatia³
- Orientações sobre essa entidade e seus possíveis desfechos e riscos associados, e sobre a importância de adesão aos tratamentos e às recomendações médicas
- Orientações e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido relativo à gestação gemelar molar, disponível no ambulatório
- Prescrição de ácido fólico 5mg⁴, AAS 150mg/dia e Cálcio 500mg⁴ (suplementação de cálcio a partir da 20^a semana de gestação e de AAS a partir da 12^a semana)
- Orientações sobre sinais de alarme⁵, como sangramento transvaginal aumentado, cefaleia associada a escotomas cintilantes, lipotimia, hiperêmese, dor abdominal intensa, e a necessidade de comparecimento à emergência da Maternidade Escola UFRJ

Notas:

1, 2 e 4_ Protocolo de Assistência ao Pré-natal, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/assistencia_pre_natal_new_2022.pdf

3_ Protocolo de Hipertireoidismo, disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/hipertireoidismo.pdf>

5_ Anexo 2 – As principais queixas para pacientes com diagnóstico ou suspeita de DTG: Protocolo de Itinerário terapêutico – Doença Trofoblástica Gestacional, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/protocolo_itinerario_terapeutico_de_dtg.pdf

CONSULTAS SUBSEQUENTES SEMANAIS

- Avaliação de queixas clínicas e esclarecimento de novas dúvidas
- Exame físico obstétrico, orientado também à queixa clínica, e avaliação de sinais vitais
- Solicitação de exames laboratoriais: Rotina de pré-natal relativa à idade gestacional¹ + dosagem sérica quantitativa de hCG semanal + Rastreamento de pré-eclâmpsia² semanal + Rastreamento de tireoideopatia³ mensal
- Solicitação de estudo citogenético para diagnóstico fetal: Biópsia de vilo corial⁶ (11 – 13 semanas) ou Amniocentese⁷ (a partir da 16ª semana)
- Orientações sobre sinais de alarme⁵ e necessidade de comparecimento à emergência da Maternidade Escola UFRJ



PARTO VS. INTERRUPÇÃO GESTACIONAL

- Manutenção da gestação até o parto enquanto houver estabilidade clínica materna, ou interrupção gestacional por indicação obstétrica ou por evolução clínica materna desfavorável
- Manobras de suporte de vida periparto e para hemorragia intra e pós-parto⁸
- Encaminhamento da placenta para análise histopatológica

Notas:

1 e 2 Protocolo de Assistência ao Pré-natal, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/assistencia_pre_natal_new_2022.pdf

3_ Protocolo de Hipertireoidismo, disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/hipertireoidismo.pdf>

5_ Anexo 2 – As principais queixas para pacientes com diagnóstico ou suspeita de DTG: Protocolo de Itinerário terapêutico – Doença Trofoblástica Gestacional, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/protocolo_itinerario_terapeutico_de_dtg.pdf

6- Protocolo de Biópsia de Vilo Corial, disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/biopsia_de_vilo_corial.pdf

7- Protocolo de Amniocentese, disponível em: <http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/amniocentese.pdf>

8- Protocolo de Hemorragia Puerperal, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/hemorragia_puerperal_atu1.pdf

ACOMPANHAMENTO PÓS-MOLAR

- Inicia-se 7 dias após o parto
- Acompanhamento clínico e laboratorial com beta hCG quantitativo em consultas semanais no CR de DTG
- Se a 3^a dosagem de hCG quantitativo semanal for normal, o acompanhamento torna-se mensal
- Se a 6^a dosagem de hCG quantitativo mensal for normal, retornar em 1 ano
- Manter acompanhamento anual ou até desejo de nova gestação
- O diagnóstico de NTG é realizado conforme os critérios da FIGO com a dosagem de hCG:
 - Estabilização de 4 valores dosados no período de 3 semanas (dias 1, 7, 14, 21)
 - Aumento do nível de hCG > 10% a partir de 3 valores obtidos no período de 2 semanas (dias 1, 7 e 14)
 - Persistência de hCG detectável por mais de 6 meses após esvaziamento molar (parto ou interrupção gestacional, no caso da mola gemelar molar)

Se houver diagnóstico de NTG, a paciente deverá ser encaminhada para tratamento em centro oncológico especializado, via SISREG



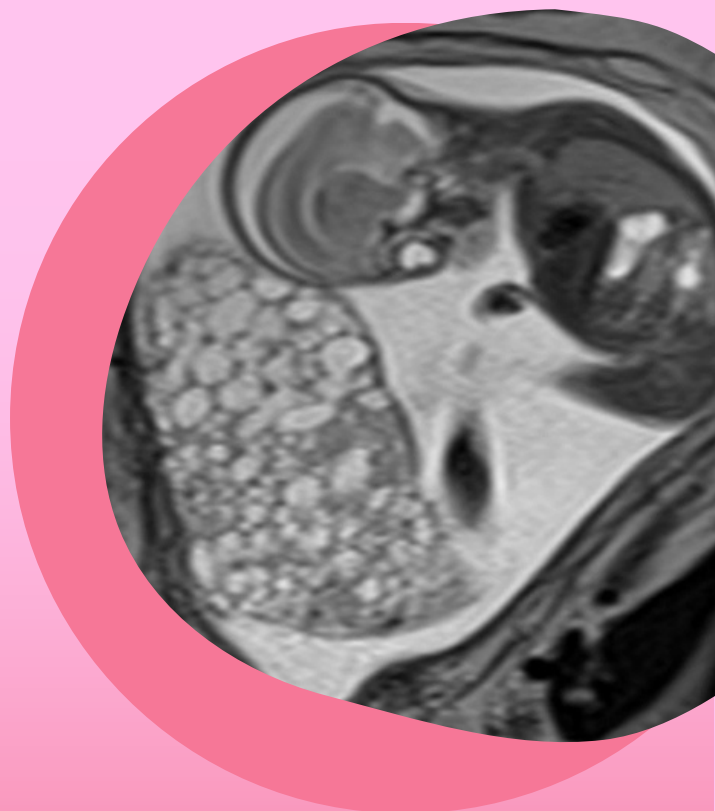
EXPECTATIVAS

Por meio da padronização do diagnóstico da gestação molar gemelar, espera-se:

- Início do cuidado em idade gestacional mais precoce;
- Reprodutibilidade do padrão de cuidado com essa condição.

Por meio do protocolo de pré-natal da gestação molar gemelar, espera-se:

- Redução da morbidade materna;
- Aumento da taxa de nascidos vivos;
- Reprodutibilidade do padrão de cuidado com essa condição.



NOTAS

Este e-book faz referência a determinados protocolos assistenciais, disponíveis no site da Maternidade Escola UFRJ, sobre diversas áreas do atendimento multiprofissional às pacientes.

1, 2 e 4 – Protocolo de Assistência ao Pré-natal, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/assistencia_pre_natal_new_2022.pdf

3 – Protocolo de Hipertireoidismo, disponível em:

<http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/hipertireoidismo.pdf>

5 – Anexo 2 – As principais queixas para pacientes com diagnóstico ou suspeita de DTG: Protocolo de Itinerário terapêutico – Doença Trofoblástica Gestacional, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/protocolo_itinerario_terapeutico_de_dtg.pdf

6- Protocolo de Biópsia de Vilo Corial, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/biopsia_de_vilo_corial.pdf

7- Protocolo de Amniocentese, disponível em:

<http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/amniocentese.pdf>

8- Protocolo de Hemorragia Puerperal, disponível em:

http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/hemorragia_puerperal_atu1.pdf

REFERÊNCIAS

BRAGA, A, UBERTI, E., FAJARDO, M.C., VIGGIANO, M., SUN, S., GRILLO, B. Epidemiological report on the treatment of patients with gestational trophoblastic disease in 10 Brazilian referral centers: Results after 12 years since International FIGO 2000 consensus. **J Reprod Med.**, n. 59, v. 5-6, p. 241-7, 2014.

BRAGA, A. et al. A twin pregnancy diagnosis, treatment, and follow-up. **J Ultrason**, n. 17, p. 299-305, 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Doença trofoblástica gestacional**. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, n. 24 / Comissão Nacional Especializada em Doença trofoblástica gestacional). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n24---O---Doena-trofoblstica-gestacional.pdf>

LIN, L.H., MAESTÁ, I, BRAGA, A, SUN, S., FUSHIDA, K., FRANCISCO, R.P.V. Multiple pregnancies with complete mole and coexisting normal fetus in North and South America: A retrospective multicenter cohort and literature review. **Gynecol Oncol.**, n. 145, p. 88-95, 2017.

MAESTÁ, I, BRAGA, A. Challenges of the treatment of patients with gestational trophoblastic disease. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, n. 34, v. 4, p. 143-6, 2012.

SECKL M J, SEBIRE, N., FISHER, R. A., GOLFIER, F., MASSUGER, L., SESSA, C. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Ann Oncol.**, n. 24, v. 6, p. 39-50, 2013.

WEE, L., JAUNIAUX, E. Prenatal diagnosis and management of twin pregnancies complicated by a co-existing molar pregnancy. **Prenat Diagn.**, n. 25, p. 772-6, 2005.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA - UFRJ



PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E PRÉ-NATAL DE GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR

ISBN: 978-65-00-65823-1



1ª edição, 2023. abril de 2023