

Gravidez Gemelar com uma Mola Hidatiforme Completa e um Co-Gémeo Viável



Twin Pregnancy with a Complete Hydatiform Mole and a Viable Co-Twin

Ana Beatriz GODINHO¹, Diana MARTINS¹, Cláudia ARAÚJO¹, Maria Antonieta MELO², Luís MENDES GRAÇA¹
Acta Med Port 2014 Jan-Feb;27(1):135-137

RESUMO

A existência de uma gravidez gemelar bicoriónica com uma mola hidatiforme completa e um co-gémeo viável é um evento raro, sendo o diagnóstico habitualmente realizado no segundo trimestre. Pode associar-se a tirotoxicose, pré-eclâmpsia, hemorragia vaginal, doença persistente do trofoblasto e morte fetal. Os autores descrevem o caso de uma grávida com hemorragia do primeiro trimestre. As imagens ecográficas foram interpretadas como uma gravidez gemelar bicoriónica com um embrião vivo e outra placenta com imagem de descolamento. Às 16 semanas visualizou-se um feto vivo com placenta posterior e uma massa vacuolada anterior, vascularizada. Perante a hipótese de doença do trofoblasto o casal optou pela interrupção da gravidez. O exame anatómico-patológico confirmou o diagnóstico. Perante a raridade desta entidade clínica, é necessário um elevado índice de suspeição para estabelecer o seu diagnóstico ecográfico. Apesar de estarem descritos casos com um bom desfecho materno e neonatal, a decisão de continuação da gravidez deve ser tomada pelos progenitores.

Palavras-chave: Doenças em Gémeos; Gravidez Gemelar; Mola Hidatiforme; Ultrassonografia.

ABSTRACT

A complete hydatiform mole coexisting with a live, viable twin is a rare event. The diagnosis is challenging, and is normally achieved only at second trimester. It may be associated with thyrotoxicosis, vaginal bleeding, preeclampsia, fetal death or persistent trophoblastic disease. The authors describe the case of a pregnant woman presenting with first trimester bleeding. Ultrasound revealed a twin pregnancy with a viable twin and another placenta apparently detached. At 16 gestational weeks ultrasound revealed a live fetus with a normal placenta and a separate vacuolated and vascularized mass. Facing the hypothesis of gestational trophoblastic disease, the couple chose pregnancy interruption. Given the rarity of this situation, a high index of suspicion is needed to achieve the diagnosis. Despite the existence of case reports with good fetal and maternal outcome, the decision of pregnancy continuation should be made by the informed parents.

Keywords: Diseases in Twins; Hydatidiform Mole; Pregnancy, Twin; Ultrasonography.

INTRODUÇÃO

A doença trofoblástica gestacional define-se como uma doença proliferativa das células do trofoblasto resultantes de um processo de fertilização aberrante. As doenças do trofoblasto mais frequentes são a mola hidatiforme completa, caracterizada por edema generalizado do tecido vilositário, hiperplasia trofoblástica difusa, sem tecido embrionário presente, e a mola hidatiforme parcial, caracterizada por alterações placentárias hidatiformes focais e presença de embrião, habitualmente triploide, com múltiplas malformações.¹ Estima-se que a incidência de mola hidatiforme seja de 1 para 1 000, embora se verifiquem diferenças geográficas importantes, com uma maior incidência nos países asiáticos e da América do Sul.¹ Esta patologia é considerada pré-maligna, pelo que a interrupção da gravidez é a regra assim que se estabelece o diagnóstico.

A mola hidatiforme completa está associada a várias complicações maternas, como a tirotoxicose, hiperemese gravídica, quistos bilaterais dos ovários, pré-eclâmpsia precoce, eclâmpsia, hemorragia vaginal e doença persistente do trofoblasto.^{2,3} Associa-se também a morte fetal.^{2,3}

A existência de uma gravidez gemelar bicoriónica, em que coexiste uma mola hidatiforme completa com um gé-

meo viável, é um evento raro, estimando-se a sua incidência em 1:20 000 a 1:100 000.² O primeiro caso descrito na literatura remonta a 1952,⁴ e desde então têm sido publicados casos clínicos isolados⁵⁻⁷ e algumas séries de casos.^{2,3,8}

Os autores apresentam o caso de uma gravidez gemelar bicoriónica com uma mola hidatiforme completa e um co-gémeo viável.

CASO CLÍNICO

Primípara saudável, de 31 anos, grupo sanguíneo ARh+. Iniciou hemorragia vaginal escassa às nove semanas de gravidez, sem outros sintomas associados. As imagens ecográficas sugeriam gravidez gemelar bicoriónica com um embrião vivo e uma outra placenta com imagem sugestiva de descolamento (Fig. 1) mas sem saco amniótico nem embrião. Às 12 semanas mantinha hemorragia vaginal escassa, e a ecografia mostrava um feto vivo de morfologia normal, com os marcadores ecográficos de aneuploidias negativos e com placenta posterior, e uma imagem sugestiva de descolamento placentário junto ao orifício interno do colo (Fig. 2).

1. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução. Hospital de Santa Maria. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Lisboa. Portugal.

2. Unidade de Ecografia. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução. Hospital de Santa Maria. Centro Hospitalar Lisboa Norte. Lisboa. Portugal.

Recebido: 30 de Janeiro de 2013 - Aceite: 24 de Agosto de 2013 | Copyright © Ordem dos Médicos 2014



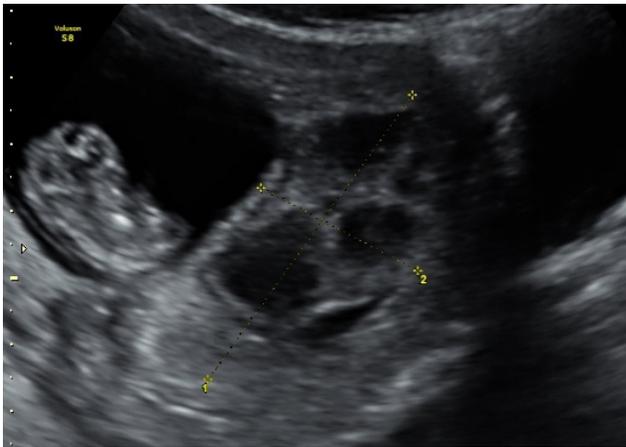


Figura 1 - Imagem ecográfica às 9 semanas de gestação, sugestiva de gravidez gemelar bicoriônica com um embrião vivo e um saco gestacional sem embrião, com descolamento

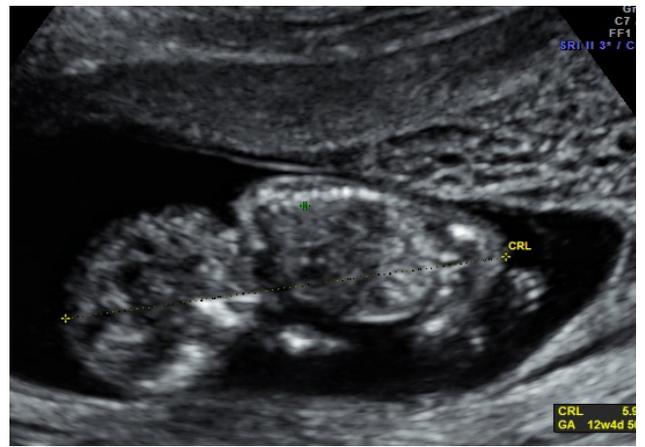


Figura 2 - Imagem ecográfica às 12 semanas, com um feto vivo e uma imagem sugestiva de descolamento placentário

Às 16 semanas, uma semana após a suspensão das perdas hemáticas, a ecografia revelou um feto vivo, com biometria adequada, boa dinâmica, placenta posterior, e uma massa vacuolada, vascularizada, inserida na face anterior do útero (Fig. 3). Perante a hipótese diagnóstica de uma gravidez gemelar com uma mola hidatiforme com um co-gémeo viável, o casal foi esclarecido acerca das possíveis complicações maternas e fetais e da sua gravidade, tendo solicitado a interrupção médica da gravidez.

A interrupção foi realizada às 17 semanas com misoprostol por via vaginal e decorreu sem complicações. Verificou-se a expulsão de um feto sem malformações aparentes, uma placenta normal e uma massa vesiculosa macroscopicamente compatível com mola hidatiforme (Fig. 4). Procedeu-se a aspiração uterina sob controlo ecográfico, para assegurar a completa expulsão do produto de concepção. A doente teve alta no dia seguinte, clinicamente bem.

A doente manteve-se sempre assintomática, com valores tensionais normais. A radiografia de tórax e a função tiroideia mantiveram-se sem alterações. Os valores de HCG normalizaram ao fim de seis semanas após a interrupção.

Foi realizado o exame anátomo-patológico do produto de concepção, que confirmou o diagnóstico.

DISCUSSÃO

A coexistência de uma mola hidatiforme completa com um feto viável coloca várias questões quanto ao diagnóstico, terapêutica e prognóstico.

A maior série foi publicada por Sebire² em 2002, tendo sido analisados 77 casos. Os autores concluíram que estas gestações representam um maior risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia, tirotoxicose, hemorragia vaginal, tromboembolismo pulmonar e doença trofoblástica gestacional persistente. Por outro lado, nas grávidas que decidiram continuar a gestação, em apenas 40% o recém-nascido foi viável, dada a elevada taxa de morte fetal e de necessidade de interrupção da gravidez pré-viável por complicações maternas graves. Neste estudo não houve incidência significativamente aumentada de doença trofoblástica gestacional persistente em comparação com os casos de mola hidatiforme completa isolada (16%) contrariando os achados publicados em 2000 por Matsui.³ Neste estudo foram investigados 72 casos de gravidez gemelar com uma mola hidatiforme completa e um gémeo viável, tendo concluído que 30 a 50% dos casos evoluem para doença trofoblástica gestacional persistente, por oposição aos 12,5% nos casos de mola hidatiforme completa isolada.

Perante a hipótese de diagnóstico de uma gravidez



Figura 3A – Imagem ecográfica às 16 semanas, com um feto vivo, uma placenta normal e uma placenta molar

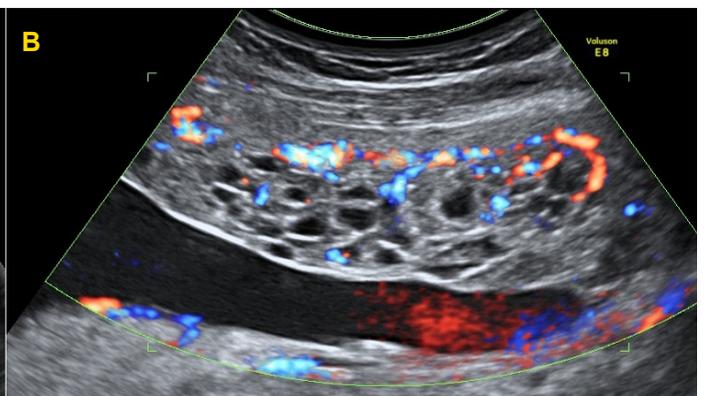


Figura 3B – Vascularização da placenta molar



Figura 4 - Produto de concepção: feto, placenta e mola hidatiforme (fotografia cortesia de Artur Costa e Silva)

gemelar em que há uma mola hidatiforme completa e um feto viável, o casal tem de optar entre interromper a gravidez de um feto vivo, sem patologia, ou deixar prosseguir a gestação, enfrentando os riscos de morte fetal e de complicações maternas graves. Se o casal optar por prosse-

REFERÊNCIAS

- Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol*. 2003;4:670-8.
- Sebire NJ, Foskett M, Paradinas FJ, Fisher RA, Francis RJ, Short D, et al. Outcome of twin pregnancies with complete hydatiform mole and healthy co-twin. *Lancet*. 2002;359:2165-6.
- Matsui H, Sekiya S, Hando T, Wake N, Tomoda Y. Hydatiform mole co-existent with a twin live fetus: a national collaborative study in Japan. *Hum Reprod*. 2000;15:608-11.
- Taylor JH. Twin pregnancy: Well-formed hydatiform mole associated with normal viable child. *BMJ*. 1957;1:1103.
- Piura B, Rabinovich A, Hershkovitz R, Maor E, Mazor M. Twin pregnancy with a complete hydatiform mole and a surviving co-existent fetus. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;278:377-82.
- Marcorelles P, Audrezet MP, Le Bris MJ, Laurent Y, Chabaud JJ, Ferec C, et al. Diagnosis and outcome of complete hydatiform mole coexisting with a live twin fetus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;118:21-7.
- Malhotra N, Deka D, Takkar D, Kochar S, Goel S, Sharma MC. Hydatiform mole with a coexisting live fetus in dichorionic twin gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001;94:301-3.
- Choi-Hong SR, Genest DR, Crum CP, Berkowitz E, Goldstein DP, Schofield DH. Twin pregnancies with complete hydatiform mole and coexisting fetus: Use of fluorescent in situ hybridization to evaluate placental X- and Y- chromosomal content. *Hum Pathol*. 1995;26:1175-80.
- Wee L, Jauniaux E. Prenatal diagnosis and management of twin pregnancies complicated by a co-existing molar pregnancy. *Prenat Diagn*. 2005;25:772-6.

Arachnoid Cyst Spontaneous Rupture

Rotura Espontânea de Quisto Aracnóide

Inês Brás MARQUES¹, J. VIEIRA BARBOSA¹
Acta Med Port 2014 Jan-Feb;27(1):137-141

ABSTRACT

Arachnoid cysts are benign congenital cerebrospinal fluid collections, usually asymptomatic and diagnosed incidentally in children or adolescents. They may become symptomatic after enlargement or complications, frequently presenting with symptoms of intracranial hypertension. We report an unusual case of progressive refractory headache in an adult patient due to an arachnoid cyst spontaneous rupture. Although clinical improvement occurred with conservative treatment, the subdural hygroma progressively enlarged and surgical treatment was ultimately needed. Spontaneous rupture is a very rare complication of arachnoid cysts. Accumulation of cerebrospinal fluid accumulation in the subdural space causes sustained intracranial hypertension that may be life-threatening and frequently requires surgical treatment. Patients with arachnoid cysts must be informed on their small vulnerability to cyst rupture and be aware that a sudden and severe headache, especially if starting after minor trauma or a Valsalva manoeuvre, always requires medical evaluation.

Keywords: Arachnoid Cysts/complications; Rupture, Spontaneous.

1. Serviço de Neurologia. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Recebido: 14 de Fevereiro de 2013 - Aceite: 15 de Junho de 2013 | Copyright © Ordem dos Médicos 2014



Ana Beatriz GODINHO, Diana MARTINS, Cláudia ARAÚJO, Maria Antonieta MELO, Luís MENDES GRAÇA

Gravidez Gemelar com uma Mola Hidatiforme Completa e um Co-Gémeo Viável

Acta Med Port 2014;27:135-137

Publicado pela **Acta Médica Portuguesa**, a Revista Científica da Ordem dos Médicos

Av. Almirante Gago Coutinho, 151

1749-084 Lisboa, Portugal.

Tel: +351 218 428 215

E-mail: submissao@actamedicaportuguesa.com

www.actamedicaportuguesa.com

ISSN:0870-399X | e-ISSN: 1646-0758



ACTA MÉDICA
PORTUGUESA

