

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER

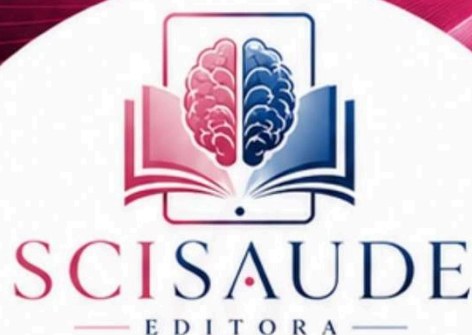
VOLUME 4

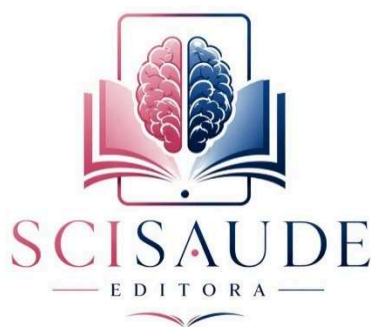


SCISAUDE
— EDITORA —

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER

VOLUME 4





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER 4 de [SCISAUDE](https://www.scisaude.com.br/catalogo/planejamento-e-gestao-em-saude-da-mulher-4/103) está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/planejamento-e-gestao-em-saude-da-mulher-4/103>

2026 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2026 Os autores

Copyright da edição © 2026 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE



PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER 4

ORGANIZADORES

Me. Iara Nadine Vieira da Paz Silva

<http://lattes.cnpq.br/3158922554159966>

<https://orcid.org/0000-0002-5027-200X>

Andre Massahiro Shimaoka

Editor chefe

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Projeto gráfico

Lennara Pereira Mota

Diagramação:

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lennara Pereira Mota

Revisão:

Os Autores





Conselho Editorial

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Moraes Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	Jean Carlos Leal Carvalho De Melo Filho	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana britto martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		





Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Planejamento e gestão em saúde da mulher [livro eletrônico] :
volume 4 / [organização Iara Nadine Vieira da Paz Silva; Andre
Massahiro Shimaoka; Wallace Rodrigues de Holanda Miranda]. --
Teresina, PI : SCISAUDE, 2026.
PDF

Vários autores.

ISBN 978-65-85376-90-7

1. Artigos científicos - Coletâneas 2. Ginecologia 3.
Maternidade 4. Mulheres - Saúde mental 5.
Multidisciplinaridade 6. Saúde da mulher 7. Saúde pública
I. Silva, Iara Nadine Vieira da Paz; II. Shimaoka, Andre
Massahiro; Miranda, Wallace Rodrigues de Holanda.

26-369059.0

CDD-613.04244

Índices para catálogo sistemático:

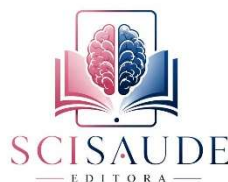
1. Saúde da mulher : Medicina 613.04244
Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB
8/8415



10.56161/sci.ed.20260427



978-65-85376-90-7



SCISAUDE
Teresina – PI – Brasil
scienceesaude@hotmail.com
www.scisaude.com.br



SCISAUDE
EDITORA



APRESENTAÇÃO

A obra **Saúde e Vida: Uma Abordagem Multidisciplinar 4** dá continuidade à missão de promover a integração de conhecimentos e experiências que contribuem para o fortalecimento da ciência e das práticas em saúde. Em um contexto marcado por desafios cada vez mais complexos, torna-se essencial compreender a saúde de forma ampla, considerando os aspectos biológicos, sociais, ambientais, culturais e tecnológicos que influenciam o processo saúde-doença.

Este quarto volume reúne importantes contribuições de pesquisadores, docentes, profissionais e estudantes das mais diversas áreas da saúde, apresentando reflexões, pesquisas e experiências que enriquecem o debate científico e fortalecem a construção de práticas assistenciais mais qualificadas, humanizadas e baseadas em evidências. Os capítulos contemplam temáticas atuais e relevantes, abordando desde ações de promoção da saúde e prevenção de agravos até avanços diagnósticos, terapêuticos e tecnológicos.

A proposta desta coletânea é incentivar a interdisciplinaridade e a troca de saberes, reconhecendo que os desafios contemporâneos da saúde exigem abordagens integradas e colaborativas. Ao reunir diferentes perspectivas, a obra contribui para a formação acadêmica, o aperfeiçoamento profissional e o desenvolvimento de estratégias capazes de gerar impactos positivos na qualidade de vida da população.

Espera-se que este volume sirva como fonte de conhecimento, inspiração e reflexão para todos aqueles comprometidos com a promoção da saúde, a valorização da vida e a construção de um cuidado cada vez mais ético, inclusivo, humanizado e resolutivo. Que as experiências e evidências aqui compartilhadas fortaleçam o compromisso coletivo com uma sociedade mais saudável e com sistemas de saúde mais eficientes e acessíveis.

Boa Leitura!





Sumário

CAPÍTULO 1.....	11
INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NA AUTOESTIMA DE MULHERES NO PUERPÉRIO: UMA ANÁLISE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL.....	11
10.56161/sci.ed.20260613C1	11
CAPÍTULO 2.....	28
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: FATORES ASSOCIADOS E REPERCUSSÕES NA AUTOESTIMA DA MULHER.....	28
10.56161/sci.ed.20260613C2	28
CAPÍTULO 3.....	45
POLIFENÓIS NA PÓS-MENOPAUSA: MECANISMOS ANTIOXIDANTES E PROTEÇÃO CARDIOVASCULAR FEMININA	45
10.56161/sci.ed.20260613C3	45
CAPÍTULO 4.....	60
CONTRACEPTIVOS ORAIS E DEPLEÇÃO DE NUTRIENTES: IMPACTOS CLÍNICOS E MANEJO NUTRICIONAL NA SAÚDE FEMININA	60
10.56161/sci.ed.20260613C4	60
CAPÍTULO 5.....	75
PERSISTÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HPV E FATORES RELACIONADOS À PROGRESSÃO DAS LESÕES INTRAEPITELIAIS.....	75
10.56161/sci.ed.20260613C5	75
CAPÍTULO 6.....	89
DE SOP PARA SOMP: ATUALIZAÇÕES CLÍNICAS E O PAPEL DA NUTRIÇÃO NO MANEJO METABÓLICO.....	89
10.56161/sci.ed.20260613C6	89
CAPÍTULO 7.....	104
CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS EM GESTANTES DE ALTO RISCO	104
10.56161/sci.ed.20260613C7	104
CAPÍTULO 8.....	118
ENDOMETRIOSE E SAÚDE PÉLVICA: DISFUNÇÕES E INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS.....	118
10.56161/sci.ed.20260613C8	118
CAPÍTULO 9.....	130
MENOPAUSA E REGULAÇÃO AUTÔNOMICA CARDIOVASCULAR: IMPLICAÇÕES DO SONO E DO RISCO CARDIOVASCULAR	130
10.56161/sci.ed.20260613C9	130





CAPÍTULO 10.....	146
MITOS, DESCONHECIMENTOS, FATORES CULTURAIS E ASSISTENCIAIS NO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA	146
10.56161/sci.ed.20260613C10	146
CAPÍTULO 11.....	163
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO AMBIENTE ESCOLAR: UMA REVISÃO NARRATIVA	163
10.56161/sci.ed.20260613C11	163
CAPÍTULO 12.....	171
PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: EVIDÊNCIAS DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA	171
10.56161/sci.ed.20260613C12	171
CAPÍTULO 13.....	187
SARCOPENIA E ENVELHECIMENTO FEMININO: ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS E FUNCIONAIS PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE MÚSCULO-ESQUELÉTICA.....	187
10.56161/sci.ed.20260613C13	187
CAPÍTULO 14.....	198
GESTAÇÃO HETEROTÓPICA – RELATO DE CASO	198
10.56161/sci.ed.20260613C14.....	198
CAPÍTULO 15.....	206
GESTAÇÃO MOLAR TRIPLOIDE – RELATO DE CASO	206
10.56161/sci.ed.20260613C15	206
CAPÍTULO 16.....	220
IMPACTO DO ESTROBOLOMA NA ENDOMETRIOSE: MODULAÇÃO POR MEIO DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL	220
10.56161/sci.ed.20260613C16.....	220
CAPÍTULO 17.....	233
EFEITOS DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA E QUEIXAS RELACIONADAS À ENDOMETRIOSE: REVISÃO INTEGRATIVA	233
10.56161/sci.ed.20260613C17	233
CAPÍTULO 18.....	245
SEPSE PUERPERAL: FATORES DE RISCO E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E PREVENÇÃO	245
10.56161/sci.ed.20260613C18.....	245
CAPÍTULO 19.....	254
TRADWIFES: ENTRE A AUTONOMIA FEMININA E A ROMANTIZAÇÃO DOS PAPÉIS TRADICIONAIS DE GÊNERO	254
10.56161/sci.ed.20260613C19	254





CAPÍTULO 20.....	267
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: DESAFIOS PARA ASSISTÊNCIA	
HUMANIZADA	267
10.56161/sci.ed.20260613C20	267





CAPÍTULO 15

GESTAÇÃO MOLAR TRIPLOIDE – RELATO DE CASO

 10.56161/sci.ed.20260613C15

Fabine Santos Karam

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - FURG

<https://orcid.org/0000-0003-3138-111X>

Iago Laguna Maset

Médico Ginecologista e Obstetra com Pós-Graduação Sexologia Clínica

<https://orcid.org/0009-0001-0323-8255>

Luana Macêdo de Almeida Cavalcanti

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0009-0002-9694-3785>

Lisiane Basso

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0009-0003-4791-8599>

Agnes Souza Soares

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0009-0009-7590-5895>

Beatriz Silva Malagueta

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0000-0001-8020-4967>

Waniellem Zanini

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0000-0002-9258-6867>

Renata Rocha dos Santos Souza

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário – FURG

<https://orcid.org/0009-0002-9213-3320>

Letícia Gomes Fabri Dourado

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0009-0005-9120-8388>

Carla Vitola Gonçalves

Professora Titular da Faculdade de Medicina – FURG

<https://orcid.org/0000-0001-6580-6417>





RESUMO

A gestação molar triploide é uma forma rara de mola hidatiforme parcial, resultante de uma fertilização anômala que origina um conceito triploide, caracterizado pela proliferação anormal do trofoblasto e degeneração hidrópica das vilosidades coriônicas. Esta condição pode cursar com complicações maternas graves, como pré-eclâmpsia precoce, hemorragia e evolução para neoplasia trofoblástica gestacional, exigindo diagnóstico e manejo precoces. O presente trabalho descreve o caso de uma paciente de 29 anos, primigesta, diagnosticada com gestação triploide associada a múltiplas malformações fetais e sinais de pré-eclâmpsia. O diagnóstico foi confirmado por estudo anatomopatológico e cariotípico, e o tratamento realizado por indução medicamentosa e posterior curetagem uterina. A paciente evoluiu satisfatoriamente, com remissão completa dos níveis de beta-hCG e sem sinais de doença trofoblástica persistente. O caso reforça a importância da suspeita clínica frente a quadros de disfunção placentária precoce, bem como do seguimento laboratorial rigoroso após o esvaziamento uterino, conforme as diretrizes internacionais. O reconhecimento oportuno dessa patologia é fundamental para prevenir complicações e preservar a saúde reprodutiva da paciente.

Palavras-Chave: gestação molar triploide; mola hidatiforme parcial; neoplasia trofoblástica gestacional; pré-eclâmpsia precoce.

ABSTRACT

Triploid molar pregnancy is a rare form of partial hydatidiform mole resulting from an abnormal fertilization that leads to a triploid conceptus, characterized by abnormal trophoblastic proliferation and hydropic degeneration of chorionic villi. This condition may be associated with severe maternal complications such as early-onset preeclampsia, hemorrhage, and progression to gestational trophoblastic neoplasia, requiring early diagnosis and appropriate management. The present report describes the case of a 29-year-old primigravida diagnosed with triploid pregnancy associated with multiple fetal malformations and signs of preeclampsia. The diagnosis was confirmed by histopathological and cytogenetic analysis, and treatment consisted of medical induction followed by uterine curettage. The patient showed satisfactory recovery with complete remission of beta-hCG levels and no evidence of persistent trophoblastic disease. This case highlights the importance of clinical suspicion in the presence of early placental dysfunction, as well as the need for strict post-molar follow-up according to international guidelines. Early recognition of this condition is essential to prevent complications and to preserve the patient's reproductive health.

Keywords: triploid molar pregnancy; partial hydatidiform mole; gestational trophoblastic neoplasia; early-onset preeclampsia.

1. INTRODUÇÃO

A gestação molar triploide é uma forma de mola hidatiforme parcial, caracterizada pela presença de um conjunto cromossômico triploide (69,XXX; 69,XXY ou 69,XYY), resultante geralmente da fertilização de um ócito haploide por dois espermatozoides (dispermia) ou, menos frequentemente, pela duplicação do genoma paterno em um espermatozoide único (Gonzales et al., 2024; Soper et al., 2021). Essa condição representa uma anomalia genética da gestação, pertencente ao espectro das doenças trofoblásticas gestacionais (DTG), e é





caracterizada pela proliferação anormal do trofoblasto e degeneração hidrópica das vilosidades coriônicas (Gonzales et al., 2024; Soper et al., 2021).

A incidência da mola hidatiforme parcial varia entre 1:700 a 1:1000 gestações, sendo mais comum que a mola completa, e ocorre com maior frequência em mulheres muito jovens ou com idade materna avançada, além de estar associada a fatores nutricionais e antecedentes obstétricos prévios. No contexto triploide, observa-se a coexistência de tecido fetal com alterações estruturais graves e placenta aumentada, com aspecto vesicular, características que podem confundir-se com abortamento retido ou gestação inviável (Soper et al., 2021; BJOG 2021).

Clinicamente, a paciente pode apresentar sangramento vaginal irregular, aumento uterino desproporcional à idade gestacional, hiperêmese gravídica e, em alguns casos, sinais de hipertireoidismo ou pré-eclâmpsia precoce (BJOG 2021; Ngan et al, 2025). Contudo, em gestações parciais triploides, o quadro clínico tende a ser menos exuberante, e o diagnóstico frequentemente é incidental, realizado por ultrassonografia obstétrica ou após avaliação anatomopatológica do material de curetagem (Ngan et al, 2025; Lindor et al, 1992).

O diagnóstico definitivo requer correlação clínica, ultrassonográfica e laboratorial, incluindo a dosagem de beta-hCG, que, embora elevada, costuma ser inferior aos níveis observados nas molas completas. A confirmação é feita por estudo histopatológico e, quando disponível, por análise genético-citogenética, que demonstra o cariótipo triploide e diferencia de outras formas de DTG (Lindor et al, 1992).

O tratamento padrão consiste no esvaziamento uterino por aspiração a vácuo, seguido de acompanhamento rigoroso com dosagens seriadas de beta-hCG até sua completa negatificação, a fim de excluir progressão para neoplasia trofoblástica gestacional persistente. A abordagem cirúrgica deve ser cuidadosa, com controle do sangramento e monitoramento hemodinâmico adequado (Lindor et al, 1992; Rice et al, 1990)

A conduta expectante ou o uso de agentes quimioterápicos profiláticos não é indicado, uma vez que a maioria das pacientes evolui com regressão completa após o esvaziamento uterino. Entretanto, a vigilância pós-molar é essencial, visto que cerca de 0,5% a 5% dos casos de mola parcial podem evoluir para formas malignas (Lindor et al, 1992; Eagles et al, 2016).

Dessa forma, a gestação molar triploide representa uma entidade clínica rara e potencialmente grave, cuja detecção precoce e manejo adequado são fundamentais para a preservação da saúde reprodutiva e prevenção de complicações oncológicas futuras (Eagles et al, 2016).





2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho consiste em um relato de caso clínico, de natureza descritiva e observacional, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) durante o acompanhamento pré-natal e o parto de uma paciente atendida pelo serviço de Ginecologia e Obstetrícia no ano de 2023.

A obtenção dos dados ocorreu por meio da revisão do prontuário médico, dos registros de exames complementares e da observação clínica ao longo das consultas e procedimentos hospitalares. As informações foram apresentadas em sequência cronológica, abordando o histórico obstétrico, a evolução da gestação atual, os achados de imagem, as condutas terapêuticas adotadas e o desfecho materno-fetal.

Foram observados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A identidade da paciente foi integralmente preservada, com a omissão de dados pessoais e garantia de anonimato. A utilização dos dados clínicos e das imagens foi previamente autorizada pela paciente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), específico para a elaboração e publicação deste relato de caso. Por tratar-se de um relato de caso único, retrospectivo e sem intervenção experimental, o estudo foi dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as normas vigentes para esse tipo de investigação.

A estrutura do relato seguiu as recomendações internacionais das diretrizes CARE (Case Report Guidelines), incluindo introdução, descrição detalhada do caso, discussão embasada na literatura científica e considerações finais. Por ser um estudo observacional de caso isolado, não foi realizada análise estatística inferencial, sendo a interpretação fundamentada no raciocínio clínico e na comparação crítica com evidências previamente publicadas.

3. RESULTADOS

A mola hidatiforme (MH) foi descrita pela primeira vez por Hipócrates em 400 a.C. como “hidropisia uterina”, desde então sendo interesse clínico e científico. A doença tem potencial de invadir localmente e metastizar, vale lembrar que a doença é única, surgindo do tecido gestacional, não materno (Berkowitz et al, 2013). É composta por duas entidades: parcial (3n) e completa (2n) (Vassilakos et al, 1977). São consideradas doenças pré-malignas devido ao risco potencial de evoluir para malignidade, necessitando de manejo e seguimento clínico posterior (Szulman et al, 1982). Naturalmente, as molas mais comuns são as completas (80%), tendo uma diferença em elevação acentuada do hormônio beta-HCG, ao contrário das parciais





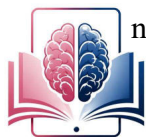
(20%), apresentando, geralmente, valores de hormônio mais baixos (Vassilakos et al, 1977; Osathanondh et al, 1986).

É difícil estabelecer a incidência e prevalência da doença com precisão, devido à baixa frequência da afecção, ainda mais em diferentes localidades. Em países norte-americanos e europeus as taxas são baixas ou intermediárias, cerca de 66-121:100.000 gestações, enquanto taxas mais altas são encontradas em países latino-americanos, asiáticos e do oriente médio, 23-1299:100.000 gestações (Braga et al, 2024). Outrossim, há maior dificuldade em especificar se completa ou parcial, devido a perda de registro, erros de gravação e informação dos resultados encontrados, havendo a possibilidade de encontrar números mais frequentes de gestações molares parciais (Braga et al, 2024; Altieri et al, 2003).

Ademais, alguns fatores de risco parecem propiciar o surgimento da MH, como gravidez molar anterior, extremos de idade, histórico de aborto espontâneo e infertilidade. Caso a gravidez molar anterior esteja presente, é necessário manter uma vigilância, existindo um risco de 1-1,5% maior da repetição, podendo ser tanto pelo mesmo tipo, quanto diferente, não valendo-se de uma ordem correta (Vargas et al, 2014; Sebire et al, 2002).

O quadro clínico é inespecífico geralmente, inicia-se a investigação devido ao sangramento na primeira metade da gestação, podendo ser acompanhada de sintomas como: tamanho uterino maior que a idade gestacional, hiperêmese gravídica, dor pélvica e/ou surgimento de pré-eclâmpsia precoce. Durante a investigação é importante avaliar os diagnósticos diferenciais, aborto e gravidez ectópica por exemplo, pois há uma diferença no manejo terapêutico (BJOG 2021; Vassilakos et al, 1977; Sun et al, 2015; Soto-Wright et al 1995). Não raramente, algumas apresentações podem decorrer da gestação molar, como hipertireoidismo, devido a elevação importante do hormônio beta-HCG, sendo esse também um estimulador tireotrópico, aumentando enfim os valores séricos de T4 e T3 (Norman et al, 1981; Fine et al, 1989).

A avaliação diagnóstica segue como na apresentação do caso clínico, acompanhada do exame físico e complementada pelo exame ultrassonográfico, onde podem ser averiguados os cistos teca-luteínicos no ovário, ausência de feto/embrião, ausência de líquido amniótico e massa central heterogênea com numerosos espaços anecoicos discretos (padrão de tempestade de neve) – apresentação do ultrassom da mola completa. Entretanto, na gestação molar parcial, esses sinais podem ser mais sutis, verificando-se a presença de líquido amniótico em baixa quantidade, placenta com espaços císticos aumentados, aumento do diâmetro transversal do saco gestacional, fetos com malformações, e em alguns casos podem ser encontrados fetos viáveis, normalmente com crescimento restrito (Fowler et al, 2006; Fine et al, 1989).





Em complemento a isso, conforme já discutido, os valores dos hormônios beta-HCG devem ser investigados e acompanhados, tanto para diagnóstico quanto seguimento clínico de resolução, importantes para rastreamento de neoplasia trofoblástica gestacional nesses casos, devido ao risco aumentado para evolução maligna (Fine et al, 1989).

O tratamento, pode ser realizado por esvaziamento uterino ou histerectomia, entretanto, o esvaziamento é preferido pois é capaz de preservar a capacidade reprodutiva, ser eficaz e possuir menor morbidade. Métodos de evacuação apenas com medicamentos (misoprostol e/ou ocitocina) não devem ser considerados. Um único estudo avaliou que 20 de 77 casos (26%) necessitaram de evacuação cirúrgica posteriormente, devido a manutenção dos sintomas e níveis de beta-HCG persistentemente elevados. A paciente deve ser preparada e estabilizada nos casos em que apresentam pré-eclâmpsia/eclâmpsia e hipertireoidismo, a fim de evitar complicações recorrentes ao estado metabólico aumentado, necessitando do manejo antes de proceder a terapêutica definitiva (Berkowitz et al, 2012; Wolfberg et al, 2006)

O esvaziamento uterino trata-se de um procedimento cirúrgico, e ainda que sejam mínimas, pode apresentar possíveis complicações relacionadas. Sintomas cardiopulmonares, como desconforto respiratório pode ser referente a embolização trofoblástica ou reposição maciça de fluidos. Os cistos teca-luteínicos regredem lentamente ao longo dos meses, conforme os hormônios diminuem, em alguns casos, cistos sintomáticos, podem ser aspirados via abdominal sob orientação ultrassonográfica (Berkowitz et al, 2012; Zhao et al, 2019).

Após a resolução da gestação, faz-se necessário o monitoramento dos níveis de hCG, e a paciente deve ser orientada quanto a necessidade de evitar uma nova gestação nesse período, para não prejudicar avaliação da remissão. Contracepção efetiva deve ser prescrita, optando-se por métodos combinados, com estrogênio e progesterona, ou apenas progesterona. Os centros de controle e prevenção de doenças recomendam a não inserção de dispositivos intrauterinos devido ao risco teórico aumentado de perfuração, infecção e hemorragia. Há a indicação de acompanhamento semanal do beta-HCG até três níveis consecutivos negativos, posteriormente seguindo mensalmente por 6 meses. Qualquer aumento de três valores ou quatro valores estacionários deve-se investigar neoplasia trofoblástica gestacional (Wolfberg et al, 2006; Lavie et al, 2005).

4. DISCUSSÃO

O relato consiste no caso de paciente feminina, 29 anos, primigesta, hígida, obteve o diagnóstico da gestação com o primeiro beta-HCG dia 30/12/2022, com valores de 16.388,88





mUI/ml, iniciando o pré-natal com os exames de primeiro trimestre dentro dos valores da normalidade. Seguiu acompanhamento até a realização da ultrassonografia morfológica de primeiro trimestre no dia 24/02/2023, com idade gestacional (IG) 12 semanas e 4 dias, demonstrando aumento da espessura da translucência nuchal (TN) de 2,7 mm, sem outros achados, sendo repetida em 28/02/2023, com IG de 13 semanas e 1 dia, apresentando TN de 2,19 mm. Após um mês, com 17 semanas e 1 dia no dia 28/03/2023, fora realizada nova ultrassonografia para avaliar evolução, demonstrando enfim meningocele, afundamento dos ossos parietais e compressão cerebelar ao osso occipital, sem demais alterações.

Orientada a acompanhar a gestação em um serviço especializado em Medicina Fetal conjuntamente ao seu pré-natal, realizou então estudo de cariótipo fetal, o qual confirmou presença de triploidia, além de evidenciar em nova ultrassonografia com 18 semanas e 6 dias (06/04/2023), as associações das múltiplas malformações fetais: restrição de crescimento intrauterino severa, incluindo meningocele lombossacra, fenda palatina, micrognatia, bem como uma possível atresia de esôfago (Figura 1).

PESQUISA DE ANEUPLOIDIAS DOS CROMOSSOMOS 13, 18, 21, X e Y POR PCR

(Material: Líquido Amniótico)

(Método: QF-PCR - PCR fluorescente quantitativa)

Indicação Clínica

Ultrassom alterado: Mielomeningocele, fenda labio palatina esquerda, micrognatia e estômago não visível

Material

DNA extraído de líquido amniótico.

Resultado

Após a análise, concluiu-se que o feto é do sexo feminino, porém houve ganho de todos os marcadores STRs para os cromossomos analisados, sugerindo uma possível triploidia, alteração cromossômica causada pela presença de três conjuntos cromossômicos (3n). Sugerimos realizar aconselhamento genético.

Valores de referência:

Masculino normal

Feminino normal

Metodologia:

O DNA é extraído da amostra utilizando o kit Qiamp DNA Blood Mini Kit (Qiagen). O exame de análise molecular pré-natal é um teste rápido para a detecção das aneuploidias mais comuns, como: trissomia 21 (síndrome de Down); trissomia 18 (síndrome de Edwards); trissomia 13 (síndrome de Patau); XXY (síndrome de Klinefelter) e monossomia X (síndrome de Turner). A metodologia consiste em reação em cadeia da polimerase fluorescente quantitativa (QF-PCR) com uso do kit ChromoQuant® SuperStar Optima (CyberGene AB), que é composto por marcadores STRs (short tandem repeat) específicos para os cromossomos 13, 18, 21, X e Y. Análise de fragmentos através de eletroforese capilar utilizando o sequenciador automático ABI 3500 (Applied Biosystems). A análise dos eletroferogramas é feita pelo software GeneMarker v2.6.2.

Metodologia desenvolvida e validada pelo laboratório de acordo com a RDC 302 de 13/10/2005, Art.5.5.5.1.

(FIGURA 1 – Pesquisa de aneuploidias realizadas no serviço de Medicina Fetal, onde se iniciou a suspeita de gestação molar parcial).

A gestante com IG 21 semanas e 1 dia, foi admitida no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (FURG) em 25 de abril de 2023, apresentando aumento progressivo dos níveis pressóricos e proteinúria. Durante o acompanhamento, a paciente evoluiu com sinais de





pré-eclâmpsia, apresentando níveis pressóricos persistentemente elevados mesmo sob tratamento com terapia anti-hipertensiva otimizada, e demonstrando relação proteinúria/creatinúria positiva (1,27). Diante da piora clínica e da confirmação de gestação inviável com risco materno iminente, fora discutido com a paciente e seu familiar a interrupção terapêutica da gestação, sendo obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme preconizado pelas normas éticas vigentes.

Fora prescrita indução medicamentosa com misoprostol 400 mcg a cada 3 horas, conforme protocolo da FIGO, para interrupção terapêutica. O parto vaginal junto com a primeira curetagem ocorreu em 26 de abril de 2023, às 09h15, sem complicações imediatas, sendo necessária curetagem uterina devido à retenção de restos ovulares e hemorragia pós-parto (Figura 2). Posteriormente fora necessária uma segunda curetagem uterina, devido a manutenção do sangramento e permanência de restos ovulares intrauterinos. no dia 27 de abril de 2023.



(FIGURA 2 – Produto da concepção de gestação molar triploide, demonstrando a presença de fenda paliativa, micrognatia e meningocele lombossacra.)

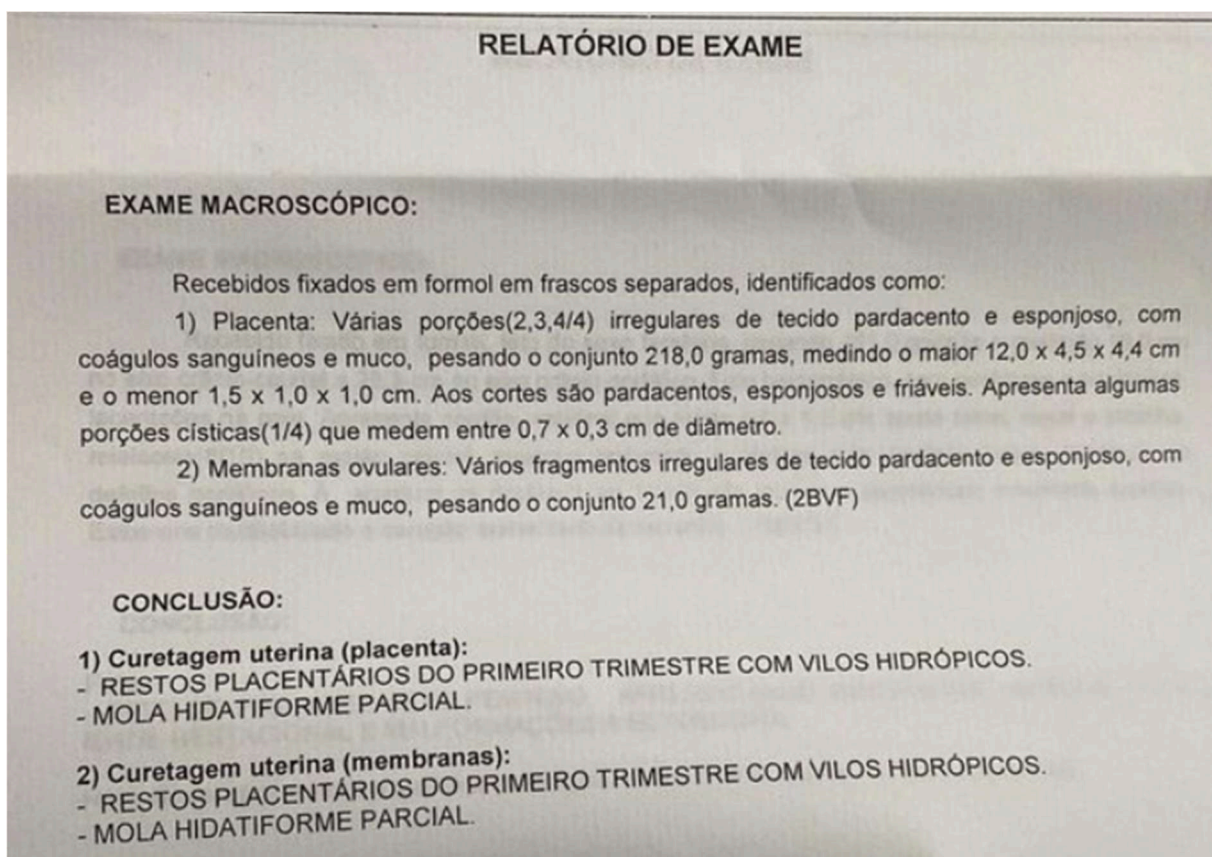
O material uterino foi enviado para exame anatomopatológico, que confirmou mola hidatiforme parcial associada à triploidia (Figura 3). No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica, útero contraído e involuído, sem sinais de infecção ou





sangramento anormal. Recebeu alta hospitalar em 30 de abril de 2023, com prescrição de metildopa 500 mg a cada 8 horas e enalapril 5 mg a cada 12 horas.

A paciente manteve acompanhamento mensal com seu médico assistente, comparecendo na consulta de seguimento em julho de 2023, quando hCG sérico quantitativo reduziu progressivamente, apresentando valor de 182.135,7 mUI/mL em 26/04 e inferior a 1,20 mUI/mL em 26/06, demonstrando remissão completa da atividade trofoblástica. Manteve-se assintomática, sem evidência de neoplasia trofoblástica gestacional, e orientada a seguir em uso de método contraceptivo até normalização definitiva do quadro e término do seguimento oncológico.



(Figura 3 – Relatório de exame macroscópico relacionado a placenta e membranas ovulares da curetagem uterina do dia 26/04/2023).

Diante do caso apresentado, é importante salientar que a gestação molar triploide constitui uma entidade clínica rara, caracterizada por um desequilíbrio genético resultante de uma fertilização anômala, o que leva à formação de uma mola hidatiforme parcial. O caso apresentado ilustra uma manifestação típica dessa condição, em que a paciente apresentou sinais precoces de disfunção placentária e pré-eclâmpsia antes da metade da gestação,





fenômeno que, embora infrequente, tem sido descrito em gestações molares parciais associadas à triploidia (Gonzalez et al, 2024; Soper et al, 2022). A literatura evidencia que a presença de tecido trofoblástico anormal pode promover aumento significativo da produção de beta-hCG e de fatores antiangiogênicos, como o sFlt-1, contribuindo para o desenvolvimento de síndromes hipertensivas gestacionais precoces (Soper et al., 2021; BJOG 2021).

O diagnóstico, nesse caso, foi firmado por meio de investigação clínica e ultrassonográfica, posteriormente confirmado pelo exame anatomopatológico e pela análise cariotípica que demonstrou triploidia, o que reforça a importância da avaliação citogenética como padrão-ouro para diferenciação entre mola completa e parcial (Ngan et al, 2025). O achado de malformações fetais múltiplas associado a placenta com degeneração hidrópica, conforme observado, é altamente sugestivo de mola parcial triploide, sendo esse padrão fenotípico amplamente relatado em séries clínicas e revisões recentes (Lindor et al 1992; Rice et al, 1990).

A conduta adotada — interrupção terapêutica da gestação por meio de indução medicamentosa com misoprostol, seguida de curetagem uterina — encontra respaldo nas recomendações internacionais para casos de gestação inviável associada a risco materno, conforme os protocolos da FIGO e do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (Eagles et al, 2016; Berkowitz et al, 2013). O manejo foi realizado de forma adequada, considerando a instabilidade clínica relacionada à pré-eclâmpsia e a inviabilidade fetal confirmada, com atenção à hemostasia uterina e ao monitoramento pós-operatório.

A necessidade de uma segunda curetagem, motivada pela retenção de restos ovulares, é uma complicação descrita em cerca de 15 a 20% dos casos de esvaziamento por mola parcial, segundo Soper et al. Ainda assim, o controle clínico e laboratorial subsequente demonstrou evolução satisfatória, com queda progressiva dos níveis de beta-hCG até a negativação completa em menos de dois meses, o que configura remissão total da atividade trofoblástica e ausência de progressão para neoplasia trofoblástica gestacional (Szulman et al, 1982; Osathanondh et al, 1983).

O acompanhamento pós-molar realizado, com dosagem seriada de beta-hCG até sua normalização e orientação contraceptiva subsequente, está de acordo com as diretrizes da FIGO e da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), que recomendam seguimento mensal por pelo menos seis meses após negativação, devido ao risco de recidiva ou evolução para NTG (neoplasia trofoblástica gestacional), estimado entre 0,5% e 5% nas molas parciais (Berkowitz et al, 2013; Braga et al, 2024). Esse cuidado é fundamental, pois a ausência





de monitoramento adequado pode retardar o diagnóstico de neoplasia persistente, comprometendo o prognóstico materno (Genest et al, 2002).

Do ponto de vista prognóstico, o caso descrito reflete o comportamento típico da mola hidatiforme parcial triploide, com regressão espontânea após evacuação e evolução benigna. Estudos demonstram que a grande maioria das pacientes com esse subtipo de mola não desenvolve doença trofoblástica maligna e mantém boa preservação da função reprodutiva (Osathanondh et al; 1983; Altieri et al, 2003). Além disso, pesquisas recentes apontam que a recorrência de mola hidatiforme, embora possível, é rara, com taxa de aproximadamente 1% entre mulheres previamente afetadas (Vargas et al, 2014).

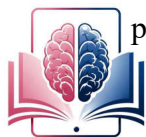
O diagnóstico diferencial entre mola parcial e completa continua sendo um desafio clínico, especialmente em casos nos quais há presença de feto ou tecido embrionário. Nesses contextos, a correlação entre achados ultrassonográficos, dosagens hormonais e estudo histopatológico é indispensável para evitar erros diagnósticos e garantir o manejo adequado (Ngan et al, 2025; Rice et al, 1990; Sebire et al, 2002). A disponibilidade de análise genômica contribui significativamente para confirmar a triploidia e, consequentemente, o diagnóstico preciso, permitindo um melhor aconselhamento reprodutivo (Lindor et al, 1992; Sebire et al, 2002).

Por fim, este relato reforça a importância do diagnóstico precoce e do manejo multidisciplinar nos casos de gestação molar parcial triploide, especialmente quando associados a complicações maternas graves como a pré-eclâmpsia precoce. O sucesso do tratamento depende da identificação oportuna da anormalidade gestacional, da adoção de conduta terapêutica adequada e do seguimento laboratorial rigoroso após o esvaziamento uterino. Dessa forma, assegura-se não apenas a resolução do quadro, mas também a preservação da saúde e da fertilidade futura da paciente.

5. CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação molar triploide representa uma condição rara dentro do espectro das doenças trofoblásticas gestacionais, caracterizada por um desequilíbrio genético que resulta em alterações estruturais graves do conceito e da placenta. Apesar de, na maioria das vezes, evoluir de forma benigna, seu potencial de complicações maternas, como pré-eclâmpsia precoce, hemorragia e evolução para neoplasia trofoblástica gestacional, torna essencial o diagnóstico e manejo precoces.

O caso relatado demonstra a relevância da suspeita clínica frente a quadros de disfunção placentária precoce e achados ultrassonográficos sugestivos, reforçando a importância da





correlação entre os exames de imagem, laboratoriais e histopatológicos para confirmação diagnóstica.

O tratamento por evacuação uterina mostrou-se eficaz, promovendo resolução completa e rápida normalização dos níveis séricos de beta-hCG, sem intercorrências graves. O seguimento pós-molar, com monitorização seriada do hormônio e uso de método contraceptivo, foi fundamental para assegurar a remissão e prevenir complicações subsequentes.

Esse relato evidencia que a condução adequada, aliada ao acompanhamento multidisciplinar e vigilância pós-tratamento, permite desfecho favorável e preservação da capacidade reprodutiva. Além disso, ressalta a necessidade de conscientização dos profissionais quanto à possibilidade de gestações triploides em casos de pré-eclâmpsia precoce e malformações fetais múltiplas, garantindo diagnóstico oportuno e manejo seguro para a paciente.

REFERÊNCIAS

1. Gonzalez J, Popp M, Ocejó S, Abreu A, Bahmad HF, Poppiti R. Gestational Trophoblastic Disease: Complete versus Partial Hydatidiform Moles. *Diseases*. 2024 Jul 17;12(7):159. doi: 10.3390/diseases12070159. PMID: 39057130; PMCID: PMC11276430.
2. Soper JT. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management. *Obstet Gynecol*. 2021 Feb 1;137(2):355-370. doi: 10.1097/AOG.0000000000004240. Erratum in: *Obstet Gynecol*. 2022 Jan 1;139(1):149. doi: 10.1097/AOG.0000000000004589. PMID: 33416290; PMCID: PMC7813445.
3. Management of Gestational Trophoblastic Disease (BJOG) — riscos e estatísticas de evolução para GTN, condutas terapêuticas. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16266>
4. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, Braga A, Garrett A. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2025 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025 Sep;171 Suppl 1(Suppl 1):78-86. doi: 10.1002/ijgo.70275. Epub 2025 Jul 9. PMID: 40631439; PMCID: PMC12411817
5. Lindor NM, Ney JA, Gaffey TA, Jenkins RB, Thibodeau SN, Dewald GW. A genetic review of complete and partial hydatidiform moles and nonmolar triploidy. *Mayo Clin Proc*. 1992 Aug;67(8):791-9. doi: 10.1016/s0025-6196(12)60805-2. PMID: 1434919.
6. Rice LW, Berkowitz RS, Lage JM, Goldstein DP, Bernstein MR. Persistent gestational trophoblastic tumor after partial hydatidiform mole. *Gynecol Oncol*. 1990 Mar;36(3):358-62. doi: 10.1016/0090-8258(90)90142-8. PMID: 2156765.
7. Eagles N, Sebire NJ, Short D, Savage PM, Seckl MJ, Fisher RA. Risk of recurrent molar pregnancies following complete and partial hydatidiform moles. *Hum Reprod*. 2016





- Jun;31(6):1379. doi: 10.1093/humrep/dew079. Epub 2016 Apr 12. Erratum for: Hum Reprod. 2015 Sep;30(9):2055-63. doi: 10.1093/humrep/dev169. PMID: 27076498.
8. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol.* 2013 Jan;128(1):3-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.07.116. Epub 2012 Jul 27. PMID: 22846466
 9. Vassilakos P, Riotton G, Kajii T. Hydatidiform mole: two entities. A morphologic and cytogenetic study with some clinical consideration. *Am J Obstet Gynecol.* 1977 Jan 15;127(2):167-70. doi: 10.1016/s0002-9378(16)33244-6. PMID: 188340.
 10. Szulman AE, Surti U. The clinicopathologic profile of the partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol.* 1982 May;59(5):597-602. PMID: 7070731.
 11. Osathanondh R, Berkowitz RS, de Chohnoky C, Smith BS, Goldstein DP, Tyson JE. Hormonal measurements in patients with theca lutein cysts and gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med.* 1986 Mar;31(3):179-83. PMID: 3009803.
 12. Braga A, Paiva G, Barcellos M, Elias KM, Horowitz NS, Berkowitz RS. Diagnosis and Management of Molar Pregnancies. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2024 Dec;38(6):1149-1159. doi: 10.1016/j.hoc.2024.07.001. Epub 2024 Sep 5. PMID: 39242292.
 13. Genest DR, Ruiz RE, Weremowicz S, Berkowitz RS, Goldstein DP, Dorfman DM. Do nontriploid partial hydatidiform moles exist? A histologic and flow cytometric reevaluation of nontriploid specimens. *J Reprod Med.* 2002 May;47(5):363-8. PMID: 12068831.
 14. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol.* 2003 Nov;4(11):670-8. doi: 10.1016/s1470-2045(03)01245-2. PMID: 14602247.
 15. Vargas R, Barroilhet LM, Esselen K, Diver E, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS. Subsequent pregnancy outcomes after complete and partial molar pregnancy, recurrent molar pregnancy, and gestational trophoblastic neoplasia: an update from the New England Trophoblastic Disease Center. *J Reprod Med.* 2014 May-Jun;59(5-6):188-94. PMID: 24937955.
 16. Sebire NJ, Foskett M, Fisher RA, Rees H, Seckl M, Newlands E. Risk of partial and complete hydatidiform molar pregnancy in relation to maternal age. *BJOG.* 2002 Jan;109(1):99-102. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.t01-1-01037.x. PMID: 11843379.
 17. Soto-Wright V, Bernstein M, Goldstein DP, Berkowitz RS. The changing clinical presentation of complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1995 Nov;86(5):775-9. doi: 10.1016/0029-7844(95)00268-V. PMID: 7566847.
 18. Sun SY, Melamed A, Goldstein DP, Bernstein MR, Horowitz NS, Moron AF, Maestá I, Braga A, Berkowitz RS. Changing presentation of complete hydatidiform mole at the New England Trophoblastic Disease Center over the past three decades: does early diagnosis alter risk for gestational trophoblastic neoplasia? *Gynecol Oncol.* 2015 Jul;138(1):46-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.05.002. Epub 2015 May 10. PMID: 25969351.





19. Norman RJ, Green-Thompson RW, Jialal I, Soutter WP, Pillay NL, Joubert SM. Hyperthyroidism in gestational trophoblastic neoplasia. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1981 Oct;15(4):395-401. doi: 10.1111/j.1365-2265.1981.tb00680.x. PMID: 7318191.
20. Fowler DJ, Lindsay I, Seckl MJ, Sebire NJ. Routine pre-evacuation ultrasound diagnosis of hydatidiform mole: experience of more than 1000 cases from a regional referral center. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006 Jan;27(1):56-60. doi: 10.1002/uog.2592. PMID: 16273594.
21. Fine C, Bundy AL, Berkowitz RS, Boswell SB, Berezin AF, Doubilet PM. Sonographic diagnosis of partial hydatidiform mole. *Obstet Gynecol*. 1989 Mar;73(3 Pt 1):414-8. PMID: 2644599.
22. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current advances in the management of gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol*. 2013 Jan;128(1):3-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.07.116. Epub 2012 Jul 27. PMID: 22846466.
23. Zhao P, Lu Y, Huang W, Tong B, Lu W. Total hysterectomy versus uterine evacuation for preventing post-molar gestational trophoblastic neoplasia in patients who are at least 40 years old: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2019 Jan 7;19(1):13. doi: 10.1186/s12885-018-5168-x. PMID: 30612545; PMCID: PMC6322260.
24. Wolfberg AJ, Growdon WB, Feltmate CM, Goldstein DP, Genest DR, Chinchilla ME, Berkowitz RS, Lieberman ES. Low risk of relapse after achieving undetectable HCG levels in women with partial molar pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006 Aug;108(2):393-6. doi: 10.1097/01.AOG.0000227754.12848.4e. PMID: 16880311.
25. Lavie I, Rao GG, Castrillon DH, Miller DS, Schorge JO. Duration of human chorionic gonadotropin surveillance for partial hydatidiform moles. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May;192(5):1362-4. doi: 10.1016/j.ajog.2004.12.080. PMID: 15902109.

