



ASPECTOS NUTRICIONAIS EM GESTAÇÃO GEMELAR MOLAR: RELATO DE CASO

NUTRITIONAL ASPECTS IN TWIN MOLAR PREGNANCY: CASE REPORT

(Maria Gracyella Ferreira da Silva, Alane Cabral Menezes de Oliveira, Juliana Bittencourt Duarte dos Santos)

Resumo: Duas hipóteses devem ser consideradas em casos que evidenciem mola associada a feto vivo: mola parcial com feto triplóide ou gestação gemelar com feto normal e mola completa. Uma gestação gemelar de um feto vivo e uma mola tem incidência estimada em 1 para cada 100 mil gestações. Estima-se que 40% dos casos podem evoluir para parto com feto vivo. Devido à raridade deste tipo de gestação os poucos relatos de caso descritos na literatura abordam a evolução clínica do caso e não descrevem as condutas nutricionais. Por isso, o objetivo deste trabalho é descrever as condutas nutricionais implantadas em uma gestante gemelar molar. Paciente P.A.N., 29 anos de idade, 18 semanas de gestação, iniciou com quadro de sangramento há 1 mês o qual foi solicitado ultrasonografia que evidenciou gestação gemelar molar. Adicionalmente, obteve, no terceiro internamento, diagnóstico de hipotireoidismo. O exame físico nutricional demonstrou alopecia evidente, além de pele ressecada, sem outras alterações. Quanto à avaliação antropométrica, possuía sobrepeso pré-gestacional e atualmente sobrepeso para idade gestacional associado a ganho de peso gestacional excessivo. O plano alimentar quantitativo foi prescrito por via oral, com consistência livre, fracionado em 5 refeições diárias, com característica laxante, visando o ganho de peso adequado durante o período gestacional. Não há evidência na literatura que recomende a utilização de suplementação específica de algum micronutriente tanto para a gestação gemelar molar, quanto para o hipotireoidismo durante a gestação. Conclui-se que nesta paciente, o cuidado nutricional é incerto devido à ausência de elementos na literatura que tratem da nutrição nessas situações. A paciente possui um diagnóstico de sobrepeso para idade gestacional associado ao ganho de peso excessivo. O cuidado nutricional foi baseado considerando uma gestação única, e prezando pelo consumo adequado de nutrientes importantes para o período gestacional.

Palavras-Chave: Hipotireoidismo; Sobrepeso; Suplementação.

Abstract: The literature does not describe nutritional conducts in cases of twins with Hydatidiform Mole, because of their rarity. Then, the objective of this paper is to describe the nutritional conduct implanted in a case like this. Patient P.A.N., 29 years old, 18 weeks of gestation, started with bleeding 1 month ago. The dietary plan was prescribed aiming adequate weight gain during the gestational period. The patient has a diagnosis of overweight for gestational age associated with excessive weight gain, therefore the nutritional care was based on a single pregnancy, aiming adequate consumption of important nutrients for the gestational period.

Keywords: Hydatidiform Mole; Dietary; Overweight.



INTRODUÇÃO

A mola hidatiforme é um tipo de doença trofoblástica gestacional que pode ser completa ou incompleta. Na completa, o óvulo não tem núcleo ativo, portanto os genes são exclusivamente paternos e há ausência de feto. Já na incompleta, há fecundação de um ovócito normal, por dois espermatozóides ou um espermatozóide diploide. (GRANERO, BOMFIM e SANTOS, 2018). Em casos que evidenciem mola associada a feto vivo, duas hipóteses devem ser consideradas: mola parcial com feto triploide ou gestação gemelar com feto normal e mola completa. (YELA et al., 2011).

Uma gestação gemelar de um feto vivo e uma mola tem incidência estimada em 1 para cada 100 mil gestações, ou seja, é um episódio raro. As complicações materno-fetais citadas neste tipo de gestação são: aborto espontâneo, parto prematuro, morte fetal intraútero, sangramento, hipertireoidismo, pré-eclâmpsia, cisto teca-luteínico, doença tromboembólica, malignização da doença trofoblástica. Estima-se que 40% dos casos podem evoluir para parto com feto vivo, sendo a interrupção precoce da gravidez determinada pelas complicações acima citadas. (YELA et al., 2011).

Uma das características para o diagnóstico da mola são os níveis elevados de gonadotrofina coriônica humana (β HCG). Isto porque as células trofoblásticas (que produzem β HCG) são hiperplásicas numa gravidez molar. (BERKOWITZ e GOLDSTEIN, 2009). Quanto à etiologia, alguns estudos fazem relação com fatores como: idade, meio socioeconômico, dieta, procedência, fatores hormonais e predisposição genética. A relação dietética posicionada na literatura se dá pela capacidade da dieta de redefinir a expressão genética. (MICHAEL; NEAL; ROSS, 2010).

Devido à raridade deste tipo de gestação os poucos relatos de caso descritos na literatura abordam a evolução clínica do caso e não descrevem as condutas nutricionais. Por isso, o objetivo deste trabalho é descrever as condutas nutricionais implantadas em uma gestante gemelar molar.



DESENVOLVIMENTO

Paciente P.A.N., 29 anos de idade, natural e procedente de União dos Palmares, alfabetizada, do lar, casada (conjugue com 33 anos e primo de 1º grau), relata viver com esposo e filho (de 5 anos de idade) em casa própria, com acesso a água tratada e renda estimada em R\$1330,00, sendo R\$130,00 proveniente do Programa Bolsa Família. Possui acesso ao serviço de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Gestante de 18 semanas de idade gestacional, nega etilismo e tabagismo e relata prática de atividade física antes da gestação (caminhada 5 vezes por semana com duração de 1 hora por dia). Refere diagnóstico de dislipidemia e síndrome do pânico antes da gestação. Quanto aos antecedentes familiares, refere avós e tias com Diabetes *mellitus* tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica.

Relata sangramento há 1 mês a partir do qual foi solicitado Ultrassonografia (USG) que evidenciou gestação tópica com ovários muito aumentados em volume e com aspecto de teca luteínicos associado a placenta com achado ecográfico de degeneração molar. Foi internada para investigação diagnóstica no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) onde foi solicitado nova USG e antes da realização da mesma recebeu alta com encaminhamento para pré-natal no hospital. Posteriormente, a paciente reinternou por encaminhamento do pré-natal com USG que evidenciava gestação gemelar com um feto normal e o outro molar. Recebeu alta médica 48 horas depois para acompanhamento da gestação em pré-natal. Cerca de uma semana depois, paciente reinterna, novamente por encaminhamento do pré-natal, para tratamento, desta vez, de hipotireoidismo grave recebendo alta 48 horas após internamento.

O hipotireoidismo é incomum na gestação e os principais sintomas observados são: cansaço, ganho de peso (apesar de apetite diminuído), queda de cabelos, constipação intestinal e intolerância ao frio. (MACIEL e MAGALHÃES, 2008). Como citado, a gestação gemelar molar pode cursar com hipertireoidismo.



(YELA et al., 2011). Contudo, esta paciente apresenta o oposto do que é relatado ser comum na doença. Possivelmente, o hipotireoidismo desta paciente tem etiologia pré-gestacional.

No primeiro internamento relatou hábito intestinal diário, contudo no momento da avaliação estava há 2 dias sem evacuar. No segundo internamento a paciente estava há 14 dias sem evacuar.

Na primeira internação, não foi prescrito nenhum medicamento para uso hospitalar ou doméstico. Na segunda internação foi prescrito Dimeticona® que tem como ação a eliminação de gases, porém pode causar constipação. No terceiro internamento, foi prescrito para uso hospitalar e doméstico Levotiroxina® que tem como função auxiliar no tratamento do hipotireoidismo.

A avaliação bioquímica esta demonstrada no quadro 1, onde se observa que não há alteração nos exames realizados no hospital durante o período de internação. Não havia registro dos exames que evidenciaram o diagnóstico de hipotireoidismo grave.

Quadro 1: Perfil bioquímico segundo o tempo de uma paciente gestante gemelar com mola internada no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes em Maceió, 2019.

| | 25/07 | 26/07 |
|---|--------------|------------------------|
| Hemoglobina | - | 11g/dL |
| Hematócrito | - | 30,81% |
| Leucócitos | - | 9600mm ³ |
| Plaquetas | - | 211000/mm ³ |
| Transaminase Glutâmico Pirúvica | 24 U/L | 15 U/L |
| Transaminase Glutâmico Oxalacética | 44 U/L | 43 U/L |
| Desidrogenase Láctica | 294 U/L | 263 U/L |
| Bilirrubina total | - | 0,4 mg/dL |
| Bilirrubina Direta | - | 0,13 mg/dL |



| | | |
|-----------------------------|---|------------|
| Bilirrubina indireta | - | 0,27 mg/dL |
| Ureia | - | 15 mg/dL |
| Creatinina | - | 0,79 mg/dL |
| Ácido Úrico | - | 3,0 mg/dL |

Fonte: Silva et al., 2019.

Ao exame físico nutricional, a gestante apresentava uma alopecia evidente, além de pele ressecada, sem outras alterações. Quanto a avaliação antropométrica, relatou peso pré-gestacional de 64kg com Índice de Massa Corporal (IMC) de 29,2kg/m² calculado com a altura aferida de 1,48 metros e que se classifica como sobrepeso pré-gestacional segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995). No primeiro internamento, o peso aferido foi de 64,6kg evidenciando um ganho de 0,6kg ao longo da gestação, com IMC de 29,5kg que é classificado como sobrepeso para idade gestacional segundo Atalah Samur (1997). No segundo internamento, foi evidenciado um peso de 65,7kg, ou seja, um ganho de 1,1kg em 2 semanas que, considerando a avaliação de sobrepeso pré-gestacional, foi classificada com um ganho ponderal gestacional excessivo de acordo com a recomendação de ganho de peso gestacional do Instituto de Medicina (IOM, 1990). No terceiro internamento, uma semana depois da segunda internação, a paciente perdeu 200 gramas.

Ressalta-se que esta paciente foi avaliada como uma gestante com feto único, apesar da existência de mola. Isto porque, não há na literatura nenhuma evidencia quanto a recomendações de ganho de peso, cálculo de necessidade e recomendações nutricionais específica para este tipo de caso, tornando a conduta nutricional imprecisa.

A avaliação dietética foi realizada por Dia Alimentar Habitual (DAH) que demonstrou bom fracionamento das refeições, baixo consumo de fontes de cálcio e de legumes, bom consumo de frutas e verduras, de alimentos fontes de proteína (PTN) de alto valor biológico, ferro e zinco e de carboidratos (CHO) complexos. A

V Jornada Acadêmica do HUPAA
Tecnologias em Saúde
27 - 29 de Novembro 2019



paciente relacionou o baixo consumo de fontes de cálcio com uma intolerância à lactose, mas citou a ingestão de alimentos fontes de lactose.

Foi prescrito plano alimentar quantitativo, pela via oral de administração, de consistência livre, fracionado em 5 refeições diárias, com característica laxante (inserção de fibras solúvel e insolúvel e frutas laxantes), visando o ganho de peso adequado durante o período gestacional e com os seguintes aspectos: 2076,98kcal/dia (105,61% de adequação), 103,16g/dia de PNT (19,87% do valor energético total (VET)), 55,11% do VET de CHO, 25,02% do VET de lipídios, cálcio (135,39% de adequação), zinco (91,98% de adequação), selênio (97,17% de adequação), vitamina A (143,65% de adequação), vitamina C (166,59% de adequação) e vitamina E (154% de adequação). Ressalta-se a necessidade de suplementação de ferro e ácido fólico devido ao período gestacional que aumenta a demanda, especialmente, destes micronutrientes. (GUIMARÃES e SILVA, 2003). Como não há recomendações nutricionais específicas para a dislipidemia durante a gestação e devido à necessidade de ácidos graxos esta elevada neste período, à dieta utilizou recomendações lipídicas para gestantes inserindo na dieta poucas fontes de gordura saturada o que representou menos de 7% do VET. (VITOLLO, 2014).

Não há evidência na literatura que recomende a utilização de suplementação específica de algum micronutriente tanto para a gestação gemelar molar, quanto para o hipotireoidismo durante a gestação. Um estudo realizado por Silva e Santos (2013) que avaliou estudos que suportem a suplementação de iodo na pré-concepção, gravidez e amamentação evidenciou que há escassez de estudos baseados em evidência científica que comprovem que tal suplementação é segura. Quanto à gestação gemelar molar, alguns poucos estudos trazem que a etiologia da doença esta associada com o consumo reduzido de caroteno e gordura animal. (MICHAEL, NEAL e ROSS, 2010).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que nesta paciente, o cuidado nutricional é incerto devido à ausência de elementos na literatura que tratem da nutrição nessas situações. A paciente possui um diagnóstico de sobrepeso para idade gestacional associado ao ganho de peso excessivo. O cuidado nutricional foi baseado considerando uma gestação única, e prezando pelo consumo adequado de nutrientes importantes para o período gestacional.

REFERÊNCIAS

ATALAH SAMUR, E.; CASTILLO L., C.; CASTRO SANTORO, R.; ALDEA P. A. Propuesta de un nuevo estándar de Evaluación nutricional en embarazadas. *Revista médica de chile*, [s. l.], v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BERKOWITZ, R. S; GOLDSTEIN, D. P. Molar Pregnancy. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 360, p. 1639-45, 2009. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp0900696?articleTools=true>. Acesso em: 03 de setembro de 2019. DOI: 10.1056/NEJMcp0900696.

GRANERO, G. S.; BONFIM, I. H. F. B.; SANTOS, A. S. O impacto e a dimensão psicológica da doença trofoblástica gestacional: um estudo de caso. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 6, n. 4, p. 801-807, 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/viewFile/3295/3143>. Acesso em: 03 de setembro de 2019. DOI: 10.18554/refacs.v6i4.3295.

GUIMARÃES, A. F.; SILVA, S. M. C. S. Necessidades e recomendações nutricionais na gestação. *Centro Universitário São Camilo*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 36-49, 2003. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)120.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)120.pdf). Acesso em: 03 de setembro de 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Nutrition during pregnancy*. Washington D.C. US: National Academy Press, 1990.



MACIEL, L. M. Z.; MAGALHÃES, P. K. R. Tireóide e Gravidez. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, [s. l.], v. 52, n. 7, p. 1084-1095, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n7/04.pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2019. DOI: 10.1590/S0004-27302008000700004.

MICHAEL, J. S.; NEIL, J. S.; ROSS, S. B. Gestational trophoblastic disease. **The Lancet**, [s. l.], v. 376, p. 717–29, 2010. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)602802/fulltext?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)602802/fulltext?rss=yes). Acesso em: 03 de setembro de 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60280-2.

SILVA, F.; SANTOS, J. A. Suplementação de iodo na pré-concepção, gravidez e amamentação: a recomendação e a Medicina baseada na inferência. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [s. l.], v. 29, n. 6, p. 403-408, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v29n6/v29n6a09.pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2019.

VITOLO, M. R. Recomendações Nutricionais para Gestantes. In: VITOLO, M. R. **Nutrição da Gestação ao Envelhecimento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2014. cap. 12, p. 98-107.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

YELA, D. A. et al. Gestação gemelar de mola hidatiforme completa com feto vivo. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, [s. l.], v. 47, n. 2, p. 165-170, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n2/v47n2a12>. Acesso em: 03 de setembro de 2019. DOI: 10.1590/S1676-24442011000200012.