

**AMOSTRA CLÍNICA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DOENÇA
TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL DA A REGIÃO NORTE-CATARINENSE.**

Sigian Keren Nunes*

Carolina Oliveira Barbosa*

Luisa de Carvalho Garcia *

Izabela Bogo**

José Eduardo Gauza***

* Acadêmicos do curso de medicina da Universidade da Região de Joinville
(UNVILLE).

** Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Darcy Vargas
(MDV) em Joinville-SC.

***Prof. MD em Ginecologia e Obstetrícia da UNIVILLE e chefe do Centro
de Referência em Doença Trofoblástica da MDV.

Estudo desenvolvido no Centro de Referência em Doença Trofoblástica da
Maternidade Darcy Vargas (MDV) em Joinville-SC.

INTRODUÇÃO:

A doença trofoblástica gestacional (DTG) compreende um grupo heterogêneo de proliferação celular do epitélio trofoblástico (sincício e cito)¹. Divide-se em formas clínicas benignas: mola hidatiforme completa (MHC) e mola hidatiforme parcial (MHP) e formas clínicas malignas: neoplasias trofoblásticas gestacionais (NTG) representadas pela mola invasora, coriocarcinoma (CC), tumor do trofoblástico de sítio placentário (PSTT) e tumor trofoblástico epitelióide (TTE)^{1,2}.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, os sinais clínicos mais frequentes encontrados nas gestantes suspeitas de gestação molar são: o sangramento indolor, intensidade progressiva, às vezes associado à eliminação de vesículas com aspecto de “cachos de uva”⁴. Concomitante a isso, também, é possível o encontro de anemia, náuseas (hiperemese gravídica), pré-eclampsia, tireotoxicose³.

Quanto ao diagnóstico de DTG, a ultrassonografia (US) ganhou espaço a partir da década de 1970 com modernos equipamentos e melhor acuidade profissional no que se refere a precisão mais específicas, com sensibilidade invejável, a fim de planejar melhor o esvaziamento uterino com maior grau de precisão e acurácia⁵.

Na investigação clínica é importante a diferenciação entre uma doença trofoblástica gestacional para uma neoplasia trofoblástica gestacional, uma vez que, o tratamento e acompanhamento dependerá única e exclusivamente do seu seguimento e agravamento, quando isso for detectado através de marcadores biológicos como a gonadotrofina coriônica quantitativa^{6,7}.

MATERIAL E MÉTODOS:

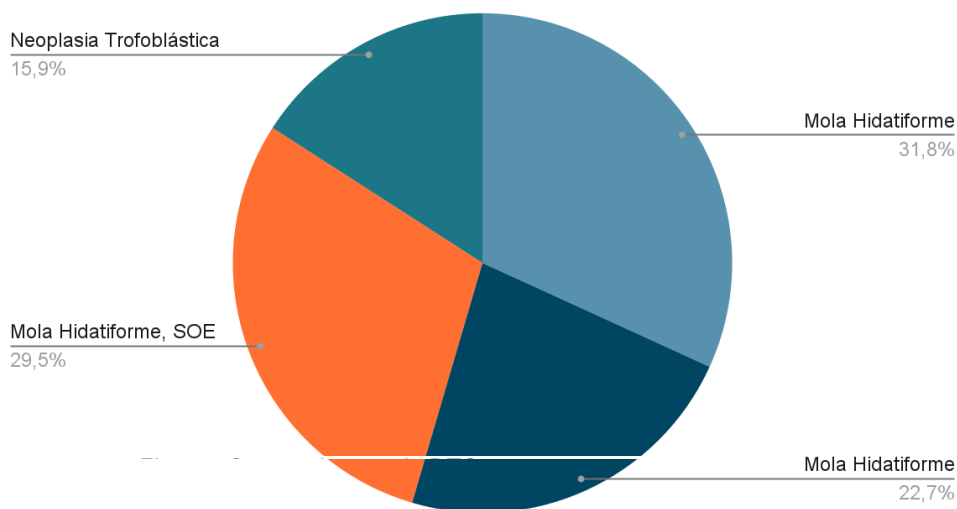
Estudo observacional, analítico, transversal de uma amostra atendida em um ambulatório alto risco da Maternidade Darcy Vargas em Joinville-SC especializado em casos de doença trofoblástica gestacional (DTG) sendo, o mesmo, considerado Centro de Referências em Doença Trofoblástica Gestacional para a região norte-catarinense no período considerado entre os meses de novembro 2017 a julho de 2021. Foram utilizados prontuários eletrônicos (Sistema Micromed) de 44 pacientes atendidas no ambulatório de DTG e posterior transcrição, dos mesmos em Sistema Microsoft-Exel. Também, foi submetidos a análise os seguintes dados: idade materna, paridade, idade gestacional (em semanas), o número de consultas obtidas pela paciente a cada vinda ao ambulatório e o

tipo de DTG conforme o resultado do anatomopatológico e/ou imunoistoquímica, quando era requerido para elucidação do caso. Os dados constantes com a sigla SOE (sem outras especificações) relata uma época do ambulatório em que o patologista excluía a neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) da amostra. Dividimos a DTG em mola hidatiforme completa (MHC), mola hidatiforme parcial (MHP), mola hidatiforme, SOE e neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). A idade materna foi dividida em três categorias: abaixo de 20 anos, entre 20 e 35 anos e acima de 35 anos. A paridade foi dividida entre primigestas e múltiparas(a cima de 2 gestações). A idade gestacional teve como ponto de divisão as 12 semanas e uma categoria foi adicionada para aquelas cuja idade gestacional era desconhecida. Para o seguimento ambulatorial, dividimos em menos de 5 consultas, entre 5 e 10 consultas e mais de 10 consultas ambulatoriais. Para revisão bibliográfica utilizou-se base de dados Pub Med Central/Medline , SciElo (Scientific Eletronic Library on-line), Lilacs – Literatura Latina-Americana em Ciências da Saúde, com exceção a trabalhos envolvendo animais. Consentimento livre e esclarecido com base na resolução do Conselho Nacional em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil 196/96 parecer n. 045935/2021 CAAE: 46494021.6.0000.5363

RESULTADOS:

Os dados obtidos mostraram que das 44 pacientes, 14 possuíam mola hidatiforme completa, 10 possuíam mola hidatiforme parcial, 13 foram classificadas como mola hidatiforme SOE e 7 foram casos de neoplasia trofoblástica gestacional, como mostra a Figura 1.

Caracterização da Doença Trofoblástica Gestacional



A faixa etária predominante foi entre 20 e 35 anos, em todas as formas da DTG analisada. Apenas uma paciente das 44 era menor de 20 anos. Acima de 35 anos, no total, foram 7 pacientes, com predomínio para mola hidatiforme completa (Tabela 1.)

O acompanhamento ambulatorial foi homogêneo entre as categorias e tipos de DTG: 12 pacientes com menos de 5 consultas, 15 pacientes entre 5 e 10 consultas e 17 pacientes com mais de 10 consultas.

14 pacientes eram primigestas e 30 eram multíparas. 10 desconheciam a idade gestacional, enquanto 27 estavam com menos de 12 semanas e 7 12 semanas ou mais.

Tabela 1. Perfil de pacientes atendidas no ambulatório de DTG da Maternidade Darcy Vargas de novembro 2017 a julho 2021

		MH soe	MHC	MHP	NTG
idade	< 20 anos	1	0	0	0
	20 a 35	11	11	9	5
	> 35	1	3	1	2
TOTAL		13	14	10	7
n° consultas	< 5	5	4	3	0
	5 a 10	4	5	3	3
	> 10	4	5	4	4
paridade	primigesta	6	2	4	2
	multipara	7	12	6	5
idade gestacional	<12 semanas	9	9	4	5
	>12 semanas	1	1	4	1
	desconhecido	3	4	2	1

ÍNDICE: MH SOE: mola hidatiforme sem outras especificações; MHC: mola hidatiforme completa; MHP: mola hidatiforme parcial; NTG: neoplasia trofoblástica gestacional.

DISCUSSÃO

A mola hidatiforme é a forma mais prevalente da DTG, variando entre 23 a 1.300/100.000 gestantes, enquanto as formas malignas de neoplasia trofoblástica gestacional são mais raras¹. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, observa-se que o perfil epidemiológico da região norte-catarinense segue uma tendência ao encontro de mulheres com maior propensão a desenvolverem DTG e, dentre estas, o tipo mola completa com maior predominância.

Foi possível observar também que a faixa etária com maior número de casos de DTG se encontra entre 20 e 35 anos (81,81%), seguido de mulheres acima de 35 anos (15,9%) e, por fim, mulheres abaixo de 20 anos de idade (2,27%). Este dado se assemelha ao resultado encontrado em estudo realizado em Sergipe. (Matos, et al., 2021).

A quantidade de consultas durante o seguimento no centro de referência norte-catarinense foi um dos parâmetros avaliados, sendo que a maioria dos casos de DTG foi acompanhada por mais de 10 consultas médicas (38,63%). As pacientes monitoradas por 5 a 10 consultas compreendem 34,09% do total; enquanto a minoria (27,27%) passou por menos de 5 atendimentos. Em relação ao tipo de DTG e o número de consultas, a maioria das pacientes com diagnóstico de MHC tiveram 5 ou mais atendimentos. Nas MHP, das 10 pacientes, 6 compareceram em até 10 atendimentos. Nenhuma paciente com neoplasia trofoblástica gestacional foi acompanhada com menos de 5 consultas. Isso faz associação com o tempo de regressão do BHCG quantitativo ao longo do seguimento.

A multiparidade é um dos fatores de risco para desenvolvimento de DTG segundo critérios da Febrasgo e apresentou maior prevalência do que a nuliparidade neste estudo e em trabalhos similares no nordeste brasileiro.

Sendo reconhecida como uma das principais causas de sangramento na primeira metade da gestação, a DTG foi diagnosticada na maioria das pacientes em seguimento

ainda no primeiro trimestre. Este é um indicador favorável ao serviço de referência do norte de Santa Catarina, pois demonstra diagnóstico e acompanhamento precoces, reduzindo a possibilidade de complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, Golfier F, Massuger L, Sessa C; ESMO Guidelines Working Group. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013;24 Suppl 6:vi39-50.
2. Ngan HY, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131 Suppl 2:S123-6
3. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol.* 2003;4(11):670-8.
4. Ferraz L, Burlá M, Lopes P, Braga A. Impacto da ingestão dietética e do estresse oxidativo em pacientes com doença trofoblástica gestacional. *Femina.* 2014;42(3):153.
5. Braga A, Uberti EM, Fajardo MC, Viggiano M, Sun SY, Grillo BM, et al. 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.* 2014;59(5-6):241-7.
6. Braga A, Moraes V, Maestá I, Amim Júnior J, Rezende-Filho J, Elias K, et al. Changing trends in the clinical presentation and management of complete hydatidiform mole among Brazilian women. *Int J Gynecol Cancer.* 2016;26(5):984-90.
7. Biscaro A, Braga A, Berkowitz RS. Diagnosis, classification and treatment of gestational trophoblastic neoplasia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(1):42-51.
8. Lima LL, Parente RC, Maestá I, Amim Junior J, de Rezende Filho JF, Montenegro CA, et al. Clinical and radiological correlations in patients with gestational trophoblastic disease. *Radiol Bras.* 2016;49(4):241-50.

9. Lima LL, Padron L, Câmara R, Sun SY, Rezende J, Braga A. The role of surgery in the management of women with gestational trophoblastic disease. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(1):94-101.
10. . Braga A, Burlá M, Freitas F, Uberti E, Viggiano M, Sun SY, et al.; Brazilian Network for Gestational Trophoblastic Disease Study Group. Centralized Coordination of decentralized assistance for patients with gestational trophoblastic disease in Brazil: a viable strategy for developing countries. *J Reprod Med.* 2016;61(5-6):224-9
11. Soares, Patrícia Daniela Paranhos Batista Distribuição geográfica e características demográficas da doença trofoblástica gestacional em centro de referência terciária do estado da Bahia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online].* 2009, v. 31, n. 10 [Acessado 16 Agosto 2021], pp. 527. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001000009>>. Epub 19 Nov 2009. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001000009>.