



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM DOENÇA
TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL ACOMPANHADAS NO CENTRO DE
REFERÊNCIA DO RECIFE**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH GESTATIONAL
TROPHOBLASTIC DISEASE FOLLOWED AT THE RECIFE REFERENCE
CENTER**

Maria Manoela Vasconcelos Florêncio Cavalcanti¹, Mariana Pinho de Freitas Conrado¹,
Fernanda Braga Torres¹, Maria Luisa Gomes Bezerra¹, Gabriela Bacelar Gama Vieira¹
Leila Katz², Paula Jaeger Tenório³, Alan Chaves dos Santos⁴, Lucia Katharina Röhr⁵,
Melania Maria Ramos de Amorim⁶.

RECIFE-PE

2021

¹Estudante de graduação no curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS-IMIP), Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861 – Imbiribeira, Recife-PE, 51150-000.

²Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Coordenadora da unidade de Terapia Intensiva Obstétrica do Centro de Atenção à Mulher do IMIP. Professora do mestrado em Saúde Integral do IMIP.

³Programa de pós-graduação em Saúde Integral no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

⁴Departamento de Ginecologia e Obstetrícia no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Professor na graduação médica da Faculdade Pernambucana de Saúde. Graduação em medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

⁵Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Coordenadora do Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional no Hospital das Clínicas - EBSEH/UFPE, Docente UFPE no Núcleo de Ciências da Vida

⁶Pós-doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pós-doutora em Saúde Reprodutiva pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Professora do mestrado em Saúde Integral do IMIP.

Reconhecimento de apoio ao estudo: Faculdade Pernambucana de Saúde e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC CNPq/IMIP).

Autor: Maria Manoela Vasconcelos Florêncio Cavalcanti

Estudante de graduação do 10º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

Telefone: (81) 981489773

E-mail: florenciومانoela@gmail.com

Orientador: Profa. Dra. Melania Maria Ramos de Amorim Especialização:

Pós-doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pós-doutora em Saúde Reprodutiva pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Professora do mestrado em Saúde Integral do IMIP

Fone: (81) 2122-4122

E-mail: profmelania.amorim@gmail.com

Coorientador: Leila Katz

Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Coordenadora da unidade de Terapia Intensiva Obstétrica do Centro de Atenção à Mulher do IMIP. Professora do mestrado em Saúde Integral do IMIP.

Telefone: (81) 98858-5977

E-mail: katzleila@gmail.com

Coautor: Mariana Pinho de Freitas Conrado

Estudante de graduação do 10º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

Telefone: (81) 99121-3983

E-mail: mariiana.conrado@gmail.com

Coautor: Fernanda Braga Torres

Estudante de graduação do 8º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

Telefone: (81) 9650-0844

E-mail: nandabtorres1@gmail.com

Coautor: Maria Luísa Gomes Bezerra

Estudante de graduação do 10º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

Telefone: (81) 99635-3910

E-mail: maria.luisabezerra@hotmail.com

Coautor: Gabriela Bacelar Gama Vieira

Estudante de graduação do 8º período do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS -IMIP)

Telefone: (81) 9163-2030

E-mail: gabrielabacelarg@gmail.com

Colaborador: Alan Chaves dos Santos

Função: Especialista em ginecologia e obstetrícia pelo IMIP e reprodução humana assistida pelo Hospital Sírio Libanês; Mestre em saúde da mulher pelo IMIP; Professor na graduação médica da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Doutorado em Saúde Integral em andamento

Telefone: (81) 98694-2120

E-mail: alanchavessds@gmail.com

Colaborador: Paula Jaeger Tenório

Mestranda em Saúde Integral- IMIP

Psicóloga especialista em Saúde da Mulher pelo Hospital das Clínicas-Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Telefone: (81) 99735-0052

E-mail: paula.jtenorio@gmail.com

Colaborador: Lucia Katharina Röhr

Função: Coordenadora do Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional, HC-EBSERH - Universidade Federal de Pernambuco

Telefone: (81) 99914-9418

E-mail: lucia.rohr@ufpe.br

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico das pacientes com doença trofoblástica gestacional (DTG) acompanhadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). **Métodos:** estudo observacional, descritivo, do tipo corte transversal, realizado no HC-UFPE entre agosto de 2020 e agosto de 2021, a partir da análise de prontuários médicos das pacientes diagnosticadas com DTG. **Resultados:** foram avaliados 155 prontuários, sendo constatado que 23,2% das mulheres foram diagnosticadas com mola completa. Em relação à idade, 46,1% das pacientes tinham entre 15 e 25 anos. Ademais, foi observado que 60% das pacientes são pardas, 62,2% desempregadas e 63,4% solteiras. O uso de tabaco foi relatado por 24% das pacientes. Com relação aos antecedentes obstétricos, tem-se que 31,3% das pacientes referiram apenas um parto e 59,5% referiram um aborto. As pacientes apresentaram, em média, um total de duas gestações anteriores à gravidez molar. A via de parto predominante foi a vaginal (55,9%). Como primeiro sintoma da DTG, houve presença de sangramento vaginal em 37,4% das pacientes. A ultrassonografia (USG) evidenciou dados sugestivos da doença em 98,4% dos casos e a média da dosagem de beta HCG pré-esvaziamento foi 655.674,25 mIU/ml. O esvaziamento por curetagem foi realizado em 69,7% das pacientes. Complicações após esvaziamento ocorreram em 10,3% dos casos, sendo 6,5% diagnosticados com Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG). **Conclusão:** a população atendida com DTG é predominantemente parda, solteira e possui gestações prévias. A USG foi o exame de imagem mais utilizado para auxiliar no diagnóstico e a curetagem foi o método curativo mais empregado. As complicações foram raras.

Palavras-chaves (DeCS): Obstetrícia, Doença Trofoblástica Gestacional, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile of patients with gestational trophoblastic disease (GTD) followed at the Hospital das Clínicas da Universidade de Pernambuco (HC-UFPE). **Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study, conducted at HC-UFPE between august 2020 and august 2021, based on the analysis of medical records of patients diagnosed with GTD. **Results:** 155 medical records were evaluated and it was identified that 23.2% of women were diagnosed with complete molar pregnancy. In relation to age, 46.1% of the patients were aged between 15 and 25 years. In addition, it was observed that 60% are pardo race, 62.2% are unemployed and 63.4% are single. Tobacco use was reported by 24% of the patientes. Concerning, obstetric history, 31.3% of the patients reported only one birth and 59.5% reported an abortion. The patients rate, on average, a total of two pregnancies prior to the molar pregnancy. The predominant mode of delivery was vaginal (55.9%). As the first symptom, there was the presence of vaginal bleeding in 37.4% of the patients. The ultrasonography (USG) showed data suggestive of the disease in 98.4% of the cases and the mean dosage of beta-HCG was 655.674,25 mIU/ml. The evacuation by curettage was done in 69.7% of the patients. Complications after dissection occurred in 10.3% of the cases, in which 6.5% were diagnosed with Gestational Trophoblastic Neoplasia. **Conclusion:** The population attended with GTD is predominantly pardo, single and has previous pregnancies. The was the most used imaging test to aid in the diagnosis and curettage was the most used curative method. Complications were rare.

Keywords (DeCS): Obstetrics, Gestational Trophoblastic Disease, Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A doença troflobástica gestacional (DTG) pode ser definida como uma anomalia proliferativa que acomete as células que compõem o tecido trofoblástico placentário^{1,3}. Atualmente, sabe-se que a DTG engloba um grupo heterogêneo de doenças com formas clínicas benignas, representadas pela mola hidatiforme completa (MHC) e parcial (MHP), e por formas malignas, representadas pela mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário (TTSP) e tumor trofoblástico epitelióide (TTE)^{1,4}, os quais são agrupados como neoplasia trofoblástica gestacional (NTG)^{3,5}. Tem-se que o denominador comum da DTG é a presença de elevados níveis de gonadotrofina coriônica humana (hCG), marcador biológico de gravidez^{1,4}.

O grupo de doenças englobadas na DTG representa um problema importante em termos de saúde reprodutiva pela faixa etária acometida, morbimortalidade e comprometimento do potencial reprodutivo como resultado da própria doença ou do seu tratamento¹. Sabe-se que o risco de desenvolvimento da DTG em uma população de mulheres em idade reprodutiva está significativamente aumentado naquelas cuja idade é superior a 35 anos e discretamente aumentado nas mulheres com menos de 20 anos¹. Além disso, etnia, história prévia de DTG, paridade e fator genético apresentam-se como outros fatores de risco⁶.

Pontua-se que a história prévia de DTG associada à idade materna, são os fatores de risco mais bem estabelecidos⁷. Cerca de 1% das mulheres que já vivenciaram uma gestação molar são acometidas pela doença uma segunda vez, o que corresponde a um risco 10 a 20 vezes maior quando comparado a população geral⁸.

Por ser uma doença da gravidez, o atraso menstrual geralmente está presente, sendo comum que a DTG se manifeste com sangramento vaginal no início da

gestação^{7,9}. Cerca de 75% a 95% das pacientes com mola hidatiforme (MH) queixam-se principalmente de sangramento vaginal, que costuma ocorrer entre a 4^a e 16^a semana de amenorreia, mimetizando um quadro de abortamento¹. Outros sintomas presentes incluem o útero aumentado para a idade gestacional em 50% das pacientes e um possível quadro de hiperêmese gravídica, que não raramente, levam a paciente a necessitar de internamento hospitalar⁴. Além da avaliação clínica, o estudo ultrassonográfico e a dosagem elevada de beta hCG, quando comparado com os níveis de uma gravidez normal, são considerados importantes exames para confirmação do diagnóstico de MH⁷.

O exame histopatológico constitui a forma mais comum de confirmação do diagnóstico de MH^{1,4}. A MHC apresenta-se à macroscopia com vesículas na totalidade placentárias que costumam ser descritas como “cachos de uva”^{1,4}. Já a MHP caracteriza-se pela presença de vesículas placentárias focais associadas a presença de conceito ou anexos fetais⁴.

Avanços significativos no entendimento da fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e seguimento das pacientes com DTG ocorreram nos últimos 35 anos⁶. Apesar de um maior entendimento acerca da gênese dessa doença, o conhecimento epidemiológico ainda é considerado precário⁶. Atualmente, no Brasil, há um número exíguo de dados acerca da morbimortalidade de pacientes com DTG.

Devido a alta incidência da doença no território brasileiro e impactos negativos dos atrasos no diagnóstico dessas pacientes, buscamos desenvolver um estudo voltado para o debate do perfil epidemiológico e clínico de pacientes acompanhadas no ambulatório de Doença Trofoblástica Gestacional do Hospital das Clínicas (HC), bem

como, fazer uma análise das principais técnicas de tratamento utilizadas e as complicações relacionadas aos procedimentos realizados e a doença em si. Buscamos traçar um comparativo com publicações de outros centros de referência a fim de entender suas similaridades e divergências.

MÉTODOS:

O estudo é do tipo corte transversal com componente descritivo, retrospectivo, e está vinculado ao projeto de mestrado do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, intitulado "Frequência de sintomas depressivos e de ansiedade em pacientes com doença trofoblástica gestacional *versus* abortamento espontâneo na cidade do Recife" (CAAE 27357819.0.0000.5201).

A amostra do estudo constituiu-se de pacientes atendidas no Centro de Referência em Doença Trofoblástica Gestacional Prof. Martiniano Fernandes, localizado no ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), com informações obtidas a partir de prontuários médicos, sendo coletado através de formulários pré-estabelecidos (**Apêndice 1**), entre Setembro de 2020 e Junho de 2021. Foram excluídas aquelas pacientes com perda do seguimento ou prontuários incompletos. A dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi autorizado pelo CEP da instituição. Os pesquisadores mantiveram a confidencialidade e o sigilo em todas as etapas da pesquisa. Os dados deste estudo foram coletados mediante formulário padronizado.

As variáveis avaliadas foram idade, raça, estado civil, procedência, ocupação, presença de comorbidades, etilismo, tabagismo, número de gestações, número de partos, número de abortos, tipo de aborto, via de parto, suspeita diagnóstica, características clínicas, valor do beta-hCG pré-esvaziamento, presença de doença trofoblástica gestacional, tipo histológico, tipo de esvaziamento, número de aspirações manuais intrauterinas (AMIU) ou curetagens, presença de complicações e uso de anticoncepcional.

A partir do levantamento das informações nos formulários, foi organizado um banco de dados em planilha no software Microsoft Excel 2019. Os bancos de dados foram comparados entre si, revisados rigorosamente um a um pelos pesquisadores e inconsistências foram corrigidas através da consulta de prontuários. A análise estatística, foi feita através do Software *Epi info*[®] versão 7.2.2.6. Os dados foram apresentados na forma de frequências absolutas e relativas. As medidas de tendência central e dispersão foram utilizadas para expressar as variáveis de natureza numérica.

O presente estudo atende às normas éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como obedece às determinações da resolução de Helsinque, além de ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP/IMIP) Este estudo não possui nenhum conflito de interesse.

RESULTADOS:

O presente estudo coletou uma amostra de 155 prontuários. Quanto a frequência relacionada a cada tipo histológico da Doença Trofoblástica Gestacional foi constatado que 23,2% das mulheres foram diagnosticadas com mola completa através do estudo histopatológico, 17,4% da amostra foi diagnosticada com mola incompleta, 1,3% da amostra foi diagnosticada com coriocarcinoma e apenas uma paciente foi diagnosticada com mola invasora. Importante relatar que em 50,3% dos prontuários o histopatológico não foi especificado (Tabela 1).

A idade mínima das pacientes analisadas foi de 13 anos e a máxima foi de 51 anos, sendo a idade média 27 anos (Desvio padrão = 8,6). 46,1% das pacientes (n = 71) possuíam entre 15-25 anos, 31,2% (n = 48) possuía entre 26-35 anos e apenas 19,4% (n = 31) possuía mais que 35 anos. Mais da metade das pacientes não possuía raça declarada (65,8%; n = 102), e dentre as que declararam, houve predomínio da raça parda (60%; n = 27) (Tabela 2).

Quanto à ocupação, 37,8% das pacientes declararam possuir emprego, sendo a grande maioria delas mulheres do lar (62,2% da amostra). O estado civil que predominou foi o solteiro (63,4%; n = 83), sendo 27,5% (n = 36) casada, 4,6% (n = 6) divorciada e 4,6% (n = 6) em união estável. (Tabela 2).

Do ponto de vista social, houve predomínio de pacientes procedentes da Região Metropolitana do Recife (39,7% da amostra; n = 60) e do Agreste (32,5% da amostra; n = 49). Apenas 2% da amostra (n = 3) eram procedentes de outro estado. Notou-se que 76% das pacientes negaram fazer uso de tabaco e a grande maioria (99,4%; n = 154) não tinham informações acerca de etilismo em seu prontuário. (Tabela 2)

Em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos das pacientes, a média do número de gestações anteriores das pacientes foi 2 (IIQ = 2), sendo 13 o número máximo de gestações relatadas. 41,3% das pacientes (n = 31) declararam ter tido uma gestação planejada. Quanto ao histórico de partos, a média foi um (DP = 1,2), tendo 31,3% da amostra (n = 45) referido apenas um parto e 28,4% (n = 41) tiveram dois ou mais partos. Dentre as participantes, 23% (n = 34) nunca abortou, 59,5% (n = 88) tiveram apenas um aborto e 17,7% (n = 26) abortaram duas ou mais vezes. Em gestações anteriores, a via de parto foi vaginal em 55,9% dos casos (n = 38) e cesariana em 32,4% (n = 22). (Tabela 3).

Os fatores que corroboram a suspeita clínica foram descritos na tabela 4 e se resumem a história clínica, dados ultrassonográficos e dosagem do beta HCG quantitativo. Quanto aos sintomas clínicos, houve presença de sangramento vaginal como 1º sintoma em 37,4% das pacientes (n = 58) e dor lombar, abdominal ou pélvica em 2,6% (n = 4). A ultrassonografia transvaginal evidenciou dados sugestivos da doença em 98,4% dos casos e a dosagem quantitativa da gonadotrofina coriônica humana foi em média 655674,25 mIU/ml.

A idade gestacional das pacientes no momento do diagnóstico foi em 68,1% dos casos, inferior a 12 semanas e, em 31,9%, superior a 12 semanas. Em relação a conduta aplicada em cada uma dessas pacientes, o esvaziamento da mola foi realizado com vácuo-aspiração (AMIU) em 107 pacientes (69%), enquanto 108 pacientes (69,7%) foram submetidas à curetagem (Tabela 4).

Das pacientes submetidas à curetagem, 11 (7,1%) precisaram ser submetidas a uma nova curetagem. A maioria realizou no máximo duas curetagens, tendo a seguinte

distribuição: 61 mulheres (56,5%) realizaram apenas uma curetagem, 9,3% realizaram duas curetagens e 33,3% não realizou nenhuma curetagem (Tabela 4).

Das pacientes submetidas a vácuo-aspiração (AMIU), a grande maioria (44,9%) foi submetida a apenas uma aspiração. Os procedimentos de esvaziamento foram, em 53% dos casos (n = 79), realizados no Hospital das Clínicas em Recife-PE. O segundo hospital com maior incidência de esvaziamentos foi o Hospital Barão de Lucena, onde 26,8% das pacientes (n = 40), realizaram procedimento de esvaziamento.

Com relação às complicações, 16 pacientes (10,3%) tiveram complicações relacionadas ao procedimento de esvaziamento. 6,5% das pacientes foram diagnosticadas com Neoplasia Trofoblástica Gestacional após análise histopatológica do conteúdo retirado.

DISCUSSÃO:

O presente estudo analisou 155 pacientes atendidas no Hospital das Clínicas (HC) e diagnosticadas com Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), doença que acomete uma a cada 1000 gestações na América do Norte e Europa, mas que no Brasil tem incidência 5-10 vezes maior¹⁰.

A idade materna avançada é sabidamente um dos mais importantes fatores de risco para a ocorrência da Mola Hidatiforme Completa (MHC), tendo as mulheres acima de 40 anos uma chance cinco a 10 vezes maior de desenvolver a doença quando comparadas às adultas jovens¹. Entretanto, a maior parte das Molas Hidatiformes (MH) ocorrem em mulheres entre 20 e 30 anos, como reflexo do maior número de gestações em mulheres jovens^{11,12}. Nosso estudo apresentou dados compatíveis com tal assertiva, sendo 45,8% das pacientes acometidas pela doença, mulheres entre 15 e 25 anos.

Em nosso estudo houve predomínio de pessoas que se autodeclararam pardas. Estudo semelhante realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) com 289 pacientes¹³ apresentou resultados similares a nossa pesquisa, com um total de 57,3% da amostra de pacientes autodeclaradas pardas. Já em estudo realizado com 214 pacientes no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP¹⁴, 84% das pacientes eram brancas. Essa distinção pode ser reflexo da diferença na proporção de pardos na região Nordeste e Sudeste. Como a população nordestina tem maior predominância de pardos que o Sudeste, as amostras populacionais no IMIP e HC divergiram do estudo da USP. A grande maioria das pacientes declarou não possuir emprego, sendo mulheres do lar. Quando questionadas a respeito de seu estado civil, a maioria se declarou solteira. Tais informações podem estar relacionadas a idade jovem da maior parte das pacientes em nosso estudo.

Ao questionar sobre a procedência das pacientes, nosso estudo evidenciou que a maioria das mulheres (60,7%) era do interior do estado. Dado semelhante a um estudo do Piauí com amostra de 174 pacientes, no qual constatou-se que somente 1/3 das pacientes com mola hidatiforme eram da capital¹⁵. Além disso, o estudo do Piauí mostrou que apenas 7,8% das pacientes avaliadas possuem renda maior que um salário-mínimo. Esse dado nos fez estabelecer uma relação com nosso estudo em que 62,2% das participantes não possuem emprego, impactando na sua rentabilidade mensal. Portanto, questiona-se o fato de a grande maioria de nossas pacientes serem do interior do estado mesmo não sendo empregadas ou tendo um salário fixo possivelmente tem relação com o baixo acesso a assistência médica de qualidade fora da região metropolitana, sendo o longo deslocamento dessas mulheres para a Capital, muitas vezes a única solução para um atendimento médico de qualidade e em um centro de referência em DTG, como é o caso do Hospital das Clínicas, local sede de nosso estudo.

Em nosso estudo, não houve nenhum relato de etilismo nos prontuários avaliados, e uma em cada quatro das pacientes avaliadas declarou-se tabagista. Esse dado é relevante pois a calcificação placentária é duas vezes maior nas gestantes que fumam, e as tabagistas apresentam em sua placenta membranas vilosas e camadas trofoblásticas significativamente espessadas em relação às não fumantes, o que constitui um fator de risco para a desenvoltura da doença¹⁶.

Um estudo realizado no Reino Unido mostra que uma em cada 76 gestações após um diagnóstico de mola hidatiforme resultam em uma gestação molar e, em mulheres que já tiveram duas gestações molares, esse risco aumenta para uma a cada 6.5 gestações¹⁷. Em nosso estudo foi possível notar que as pacientes, em sua grande

maioria, gestaram em média duas vezes e tiveram em média um aborto por doença molar (92,2% da amostra). É possível inferir, portanto, que por possuírem risco aumentado de serem novamente acometidas pela doença quando comparadas com a população saudável, é importante garantir o acompanhamento ambulatorial dessas pacientes, com orientações sobre continuidade e assiduidade as consultas, planejamento reprodutivo, anticoncepção e administração dela, além de qualquer esclarecimento sobre adesão ao tratamento. Quanto a paridade das pacientes em estudo, foi possível observar que a maior parte das pacientes (49,4%) tiveram até dois partos, além do relato de aborto em mais da metade (59,5%) da amostra de pacientes. A via de parto predominante no estudo foi a vaginal (55,9%) e as gestações foram em sua maioria não planejadas. Não foram encontrados dados na literatura que estabelecessem uma relação entre tais dados e um maior risco de cursar com DTG, portanto, é possível considerar que estes fatores se relacionam mais intimamente com a idade jovem das pacientes, desinformação quanto a métodos contraceptivos e condições socioeconômicas, não atuando como agravantes diretos para o desenvolvimento da DTG.

Alguns fatores ajudam a corroborar com o diagnóstico de DTG, já que o definitivo é sabidamente histopatológico. Dentre esses fatores, podemos citar a clínica da paciente, o aspecto ultrassonográfico e a dosagem quantitativa da gonadotrofina coriônica humana (bHCG). Do ponto de vista clínico, estabelecemos a frequência de sinais e sintomas como sangramento vaginal, dor lombar, abdominal e pélvica, dor em baixo ventre e hiperêmese nas pacientes com DTG. Nossos resultados foram bastante semelhantes a um estudo realizado no estado de Pernambuco, em que o sangramento vaginal representava 81,5% das queixas e a dor em baixo ventre, 44,2%. No nosso

estudo, essas também foram as queixas mais frequentes, somando, juntas, 48,4% das pacientes.

Apesar da clínica característica na paciente com DTG, a forma mais precoce de diagnóstico é através da imagem ultrassonográfica obstétrica e pelo aumento da precisão quantitativa do hCG. O achado ultrassonográfico demonstra edema difuso e múltiplos ecos anecogênicos no interior da placenta no diagnóstico da MHC, já no diagnóstico de MHP a ultrassonografia irá demonstrar espaços císticos focais no interior da placenta, à semelhança de “queijo-suíço”⁷. No presente estudo praticamente todas (98,4%) as USG realizadas foram sugestivas da doença trofoblástica gestacional, provando ser um método acurado no diagnóstico precoce dessa enfermidade.

Para o diagnóstico presuntivo, a dosagem quantitativa de gonadotrofina coriônica humana é o critério mais frequentemente associado ao risco de DTG. Segundo a FEBRASGO, para o diagnóstico de gestação molar, basta um resultado positivo na dosagem de hCG (≥ 200 mUI/mL) associado à imagem típica ao USG, tendo maior risco valores >100.000 mUI/ml. No presente estudo, o menor valor do hormônio foi 18 mUI/mL enquanto o maior foi 50.804.869 mUI/mL. Sendo assim, 98,5% das pacientes quantificaram ≥ 200 mUI/mL e 58,5% maior que 100.000 mUI/ml. Ademais, nosso estudo, assim como outros estudos prévios^{13,18}, estabeleceu uma relação entre os maiores níveis de hCG e coriocarcinoma. As portadoras do tumor trofoblástico gestacional possuíram os maiores níveis de hCG, variando entre 525.131 e 3.600.000 mUI/mL.

Após o diagnóstico de DTG, as pacientes são encaminhadas para o esvaziamento da mola, que pode ser realizada por meio de dois tipos de procedimentos:

a aspiração manual intrauterina (AMIU), técnica mais recomendada por associar-se a uma menor chance de perfuração uterina, já que pacientes com DTG já possuem úteros mais fragilizados e de volume aumentado, e a curetagem. No caso de molas de grande volume, o tempo para se efetuar uma curetagem pode ser muito longo, o que aumenta a perda sanguínea¹⁹. O procedimento por AMIU deve ser completado com a curetagem das paredes uterinas para confirmar a remoção completa do material molar. No passado, não se recomendava nova aspiração ou curetagem após o procedimento inicial. No entanto, dois estudos com grande casuística^{20,21} mostraram que em certas circunstâncias esta segunda intervenção pode ser benéfica. Em nosso estudo, foi predominante a realização da curetagem (66,67%) em detrimento da AMIU (45,79%), como pode ser vista na tabela 4, evidenciando, portanto, que algumas mulheres foram submetidas aos dois tipos de esvaziamento. Essa predominância da curetagem sobre a AMIU em nosso serviço se deve, provavelmente, à indicação mais adequada de curetagem quando avaliadas as características da paciente e as disponibilidades do serviço no momento do diagnóstico. Além disso, o manuseio do vácuo aspirador demanda curva de aprendizagem.

Após o esvaziamento, a amostra do material é enviada para análise histopatológica. Em nosso estudo houve predomínio da MHC, seguida da Mola hidatiforme parcial e com presença de coriocarcinoma em apenas 1,29% das pacientes dos histopatológicos avaliados. Nossa análise concorda com outro realizado em São Paulo/SP com 747 pacientes, em que a maioria constitui-se MHC e a minoria mola hidatiforme parcial²². Além disso, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia relata que 36% das mulheres com valores elevados no 60º dia pós-esvaziamento evoluem, posteriormente, para mola invasora ou coriocarcinoma, fato

que nos faz reiterar que maiores valores de hCG estão sim associados a desenvoltura do coriocarcinoma²³.

CONCLUSÃO:

O reconhecimento das principais características epidemiológicas e clínicas das pacientes que desenvolvem a DTG é de extrema importância para os profissionais de saúde, visto que o reconhecimento de tais características auxilia os mesmos a realizarem um diagnóstico precoce das pacientes. Desta forma, diminuindo a chance das mesmas desenvolverem manifestações clínicas como sangramentos, dores pélvicas, e sintomas que mimetizam a gestação, diminuindo as chances de a doença evoluir para uma complicação e até mesmo reduzindo frustrações e medos relacionados à perda gestacional, ao receio de não engravidarem normalmente em outro momento ou de necessitarem realizar histerectomia ou quimioterapia. As características epidemiológicas das pacientes com DTG são pouco abordadas nos estudos brasileiros. Porém ao longo dos anos esse panorama vem sendo modificado com o aumento de publicações. Portanto, é necessário o desenvolvimento de novas pesquisas acerca do tema e que os profissionais somem conhecimentos quanto a eles, a fim de conseguirem otimizar o tempo relacionado ao diagnóstico e ao tratamento, diminuindo a incidência de manifestações clínicas e das possíveis complicações relacionadas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Concepção e planejamento do estudo: MPFC, MLGB, RBM, MMVFC, FBT, GBGV, PJT, ACS. **Coleta, análise e interpretação dos dados:** MPFC, PJT, MMVFC, FBT, GBGV. **Elaboração ou revisão do manuscrito:** MPFC, MLGB, MMVFC, FBT, GBGV, PJT, MMRA, LK. **Aprovação da versão final do manuscrito:** MPFC, MMVFC, MLGB, PJT, MMRA, LK. **Responsabilidade pública pelo seu conteúdo:** MMRA, LK, PJT, MPFC, MLGB, MMVFC, FBT, GBGV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Garner EIO, Goldstein DP, Feltmate CM, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50(1):112–22.
2. Di Mattei VE, Carnelli L, Bernardi M, Bagliacca EP, Zucchi P, Lavezzari L, et al. An investigative study into psychological and fertility sequelae of gestational trophoblastic disease: The impact on patients' perceived fertility, anxiety and depression. *PLoS One*. 2015;10(6):1–12.
3. Braga A, Lin LH, Maestá I, Sun SY, Uberti E, Madi JM, et al. Gestational Trophoblastic Disease in Brazil. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2019;41(4):211–2.
4. Braga A, Obeica B, Moraes V, Da Silva EP, Amim-Junior J, Rezende-Filho J. Doença trofoblástica gestacional. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2014;13(3):54–60.
5. Steigrad SJ. Epidemiology of gestational trophoblastic diseases. *Bailliere's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003;17(6):837–47.
6. Figo Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;77(3):285–7.
7. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: Epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010;203(6):531–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.073>
8. Smith HO. Gestational trophoblastic disease epidemiology and trends. *Clin Obstet Gynecol*. 2003;46(3):541–56.
9. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet* [Internet]. 2010;376(9742):717–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/>

S0140-6736(10)60280-2

10. Braga, A., Lin, L. H., Maestá, I., Sun, S. Y., Uberti, E., Madi, J. M., & Viggiano, M. (2019). Gestational Trophoblastic Disease in Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 41(4), 211–212.
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1688566>
11. Maesta, I. & Braga, A. — Challenges of the treatment of patients with gestational trophoblastic disease. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 34(4): 143-6, 2012.
12. Belfort P, Braga A. The changing clinical presentation of molar pregnancy. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(6):483-8.
13. Pinto, Larissa Tavares Corrêa, et al. "Frequência, características clínicas e evolução de pacientes com doença trofoblástica gestacional que desenvolveram complicações." (2016). Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP Programa de Iniciação Científica. 2016 Aug. Available from: http://200.133.11.20/bitstream/123456789/445/1/Artigo%20Final_Larissa%20Tavares%20Corre%CC%82a%20Pinto.pdf
14. Tiezzi, D. G. Andrade, J. M. de, Reis, F. J. C. dos, Lombardi, W., & Marana, H. R. C. (2005). Fatores de risco para doença trofoblástica gestacional persistente. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(6), 331–339.
<https://doi.org/10.1590/s0100-72032005000600007>
15. Feitosa, Eduardo Lima, et al. "Análise do perfil clínico e epidemiológico de mulheres com gravidez molar atendidas em um centro de referência da mola do Nordeste brasileiro entre janeiro de 2011 a janeiro de 2019." *Research, Society*

and Development 9.11 (2020): e4989119767-e4989119767.
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9767/9032>

16. Tabagismo: Abordagem, Prevenção e Tratamento [Internet]. Londrina: Eduel; 2010. 224 p. ISBN: 978-85-7216-564-8. Available from: <https://static.scielo.org/scielobooks/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751.pdf#page=17>.
17. Dent, J., & Webb, J. (1986). Survey. 70–74.
18. Lepore, A., & Conran, R. M. (2021). Educational Case: Hydatidiform Molar Pregnancy. *Academic Pathology*, 8. <https://doi.org/10.1177/2374289520987256>
19. de Andrade, J. M. (2009). Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. Hydatidiform mole and gestational trophoblastic disease. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 31, 94–101.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19407915>
<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/08.pdf>
20. Pezeshki M, Hancock BW, Silcocks P, Everard JE, Coleman J, Gillespie AM, et al. The role of repeat uterine evacuation in the management of persistent gestational trophoblastic disease. *Gynecol Oncol*. 2004;95(3):423-9.
21. Savage P, Seckl MJ. The role of repeat uterine evacuation in trophoblast disease. *Gynecol Oncol*. 2005;99(1):251-2.
22. Pimenta, Bruna Sanches Ozane. “Perfil epidemiológico do centro de referência de doenças trofoblásticas do Hospital São Paulo - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina [Dissertação de mestrado profissional]. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2019. Available from: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59172>

23. Cuidados com a dosagem da gonadotrofina coriônica humana no seguimento de pacientes com Doença Trofoblástica Gestacional [Internet]. [São Paulo]: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018 Mar 16 [cited 2021 Sep 1]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/414-cuidados-com-a-dosagem-da-gonadotrofina-corionica-humana-no-seguimento-de-pacientes-com-doenca-trofoblastica-gestacional>
24. Zakaria, A., Hemida, R., Elrefaie, W., & Refaie, E. (2020). Incidence and outcome of gestational trophoblastic disease in lower Egypt. *African Health Sciences*, 20(1), 73–82. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i1.12>
25. Chowdhury, S., & Chakraborty, P. (2017). Universal health coverage - There is more to it than meets the eye. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 169–170. <https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc>
26. Memtsa, M., Johns, J., Jurkovic, D., Ross, J. A., Sebire, N. J., & Jauniaux, E. (2020). Diagnosis and outcome of hydatidiform moles in missed-miscarriage: a cohort-study, systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 253, 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.07.030>
27. Goran, K. N., Eric, K. K., Brahima, D., Alihonou, S., Nicaise, K. A., Jean-Jacques, E. K., Anne-Marie, N. D., & Victorien, K. A. (2019). Epidemioclinical and ultrasonographic profile of hydatidiform moles in Abidjan. *Pan African Medical Journal*, 33. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.264.17400>
28. Capobianco, G., Tinacci, E., Saderi, L., Dessole, F., Petrillo, M., Madonia, M., Viridis, G., Olivari, A., Santeufemia, D. A., Cossu, A., Dessole, S., Sotgiu, G., &

Cherchi, P. L. (2021). High Incidence of Gestational Trophoblastic Disease in a Third-Level University-Hospital, Italy: A Retrospective Cohort Study. *Frontiers in Oncology*, 11(May), 1â€“6. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.684700>

TABELAS:**Tabela 1 – Características da Doença Trofoblástica Gestacional**

Variáveis	N	%
Tipos Histológicos		
Mola Completa	36	23,2
Mola Incompleta	27	17,4
Inconclusivo para DTG	11	7,1
Coriocarcinoma	2	1,3
Mola invasora	1	0,6
Não especificado	78	50,3
<i>Total</i>	155	100
Presença de Neoplasia Trofoblástica Gestacional		
Sim	10	6,5
Não	145	93,5
<i>Total</i>	155	100

Fonte: Hospital das Clínicas, 2021

Tabela 2 – Aspectos sociodemográficos e fatores de risco presentes na amostra.

Variáveis	N	%
Idade		
10-14 anos	4	2,6
15-25 anos	71	46,1
26-35 anos	48	31,2
36-45 anos	29	18,8
>45 anos	2	1,3
<i>Total</i>	154	99,3
Etnia		

Branca	16	35,6
Preta	2	4,4
Parda	27	60
<i>Total</i>	45	29

Possui emprego?

Sim	17	37,8
Não	28	62,2
<i>Total</i>	45	29

Cidade de origem

RMR	60	39,7
Zona da Mata	27	17,4
Agreste	49	32,5
Sertão	10	6,6
São Francisco	2	1,3
Outro Estado	3	2
<i>Total</i>	151	97,4

Estado civil

Solteira	83	63,4
Casada	36	27,5
União Estável	6	4,6
Divorciada	6	4,6
<i>Total</i>	131	84,5

Tabagismo

Sim	6	24
Não	19	76
<i>Total</i>	25	16,1

Etilismo

Sim	2	2,5
Não		

<i>Total</i>	2	1,2
--------------	---	-----

Fonte: Hospital das Clínicas, 2021

Tabela 3 – Antecedentes ginecológicos e obstétricos

Variáveis	N	%	Mediana
Gesta (G)			2
1	53	35,33	
2	51	34	
Para (P)			1
0	48	34,78	
1	49	35,51	
2	24	17,39	
Aborto (A)			1
0	34	23	
1	88	59,5	
2	18	12,16	
Via de parto			
Vaginal	38	55,9	
Cesárea	22	32,4	
Ambos	7	10,3	
Gestação planejada			
Sim	31	41,3	
Não	44	58,7	

Fonte: Hospital das Clínicas, 2021

Tabela 4 – Técnicas de esvaziamento utilizadas e local onde foi realizado o esvaziamento.

Variáveis	N	%
N de Curetagens		

0	36	33,3
1	61	56,5
2	10	9,3
3	1	0,9
<i>Total</i>	108	69,7

N de AMIU

0	58	54,2
1	48	44,9
2	1	0,9
<i>Total</i>	107	69

O processo de esvaziamento teve complicações?

Sim	16	48,5
Não	17	51,5

Hospital de esvaziamento

Hospital das Clínicas	79	53
Hospital Barão de Lucena	40	26,8
IMIP	3	2
MBL	2	1,3
HMR	10	6,7
Outros	6	4

Fonte: Hospital das Clínicas, 2021

APÊNDICES

Apêndice 1. Formulário para Coleta de Dados

Pesquisa - "Perfil epidemiológico de das pacientes com doença trofoblástica gestacional acompanhadas no centro de referência do Recife"

Número de formulário: _____

Pesquisador: _____

1ª Revisão em __/__/__ Revisor: _____

2ª Revisão em __/__/__ Revisor: _____

3ª Revisão em __/__/__ Revisor: _____

1ª Digitação em __/__/__ Digitador: _____

2ª Digitação em __/__/__ Digitador: _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro: _____

Data de Nascimento: __/__/__ Data de admissão: __/__/__

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Telefone: (__) _____

II. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS:

Idade (anos):

Cor: 1. Branca 2. Preta 3. Parda

Altura (m): ,

Peso (Kg): ,

IMC: 1. Baixo peso 2. Peso Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidade

Tipagem sanguínea: _____ Rh + -

III. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:

Procedência: 1. RMR 2. Interior do estado 3. Outros Estados

Escolaridade (em anos de estudo):

Ocupação remunerada: Sim Não ocupação: _____

Religião: Sim Não

1. Evangélica 2. Católica 3. Espírita 4. Umbanda 5.
Candomblé 6. Outra

Qual: _____

Estado Civil: 1. Solteira 2. Casada 3. Divorciada 4. Viúva

Consumo de tabaco: Sim Não 1. Diariamente 2. Não
Diariamente

Consumo de álcool: Sim Não

Consumo de substâncias ilícitas: Sim Não Tipo:

IV. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

Idade gestacional no diagnóstico:

Modo de concepção: 1. Natural 2. Assistida

Número de gestações:

Paridade:

Número de filhos vivos:

Número de consultas pré-natal:

Histórico de aborto/natimorto: 1. Sim 2. Não

Via de parto: 1. Transvaginal 2. Cesárea

Número de curetagens:

Dosagem de β -HCG no Diagnóstico: ,

Dosagem de β -HCG no seguimento: ,

Desfecho da última gestação: 1. Nascido vivo 2. Perda gestacional
3. Não se aplica

V. CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS:

DUM: / /

Duração do ciclo (dias):

Frequência do ciclo (dias):

Número de parceiros:

VI. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Forma clínica da mola: 1. Mola hidatiforme parcial 2. Mola hidatiforme
completa 3. Mola invasora 4. Coriocarcinoma 5. Tumor
trofoblástico do sítio placentário 6. Tumor trofoblástico epitelióide

Presença de Metástase: 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica

Mola de Repetição: 1. Sim Quantidade: _____ 2. Não

Mola Recidivada: 1. Sim 2. Não

Mola Persistente: 1. Sim 2. Não

Presença de comorbidades: 1. Sim 2. Não

1. Diabetes 2. Hipertensão 3. Hipertireoidismo 4.

Pré-eclâmpsia 5. Outros Quais: _____

Descrição do exame especular: _____

Exame ultrassonográfico no Diagnóstico: 1. Sim 2. Não

Resultado: _____

Exame ultrassonográfico no seguimento: 1. Sim 2. Não

Resultado: _____

VII. CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA:

Histórico de internamentos (internamentos por complicação): 1. Sim

Quantidade: _____ 2. Não

Tratamento fora de domicílio: 1. Sim 2. Não