



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

DÁVILA BARBOSA ARRUDA

**CORIOCARCINOMA GESTACIONAL PÓS-PARTO: RELATO DE
CASO EM HOSPITAL QUATERNÁRIO**

RECIFE

2025



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

CORIOCARCINOMA GESTACIONAL PÓS-PARTO: RELATO DE CASO EM HOSPITAL QUATERNÁRIO

Projeto de pesquisa elaborado como pré-requisito para submissão à Plataforma Brasil e posterior desenvolvimento como Trabalho de Conclusão de Curso.

Discente: Dávila Barbosa Arruda

Discentes colaboradores: Maria Luiza Barbosa da Silva

Jade Souza Martins

Isabel Maria Moura de Andrade

Orientador: Aurélio Antônio Ribeiro da Costa

Coorientadoras: Isabelle Amorim Nery

Carolina Rodrigues Ferraz Montefusco Arraes

Fernanda Falcão Carlos

Linha de pesquisa: Estudo observacional primário, de caráter descritivo

RECIFE, 2025

AUTORES

Discente:

Dávila Barbosa Arruda

Graduanda do 11º período do curso de medicina da FPS. Endereço: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE, 51150-000. Telefone: (81) 997090345. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2424-0487>. E mail: arruda.davila@gmail.com

Discentes colaboradores:

Maria Luiza Barbosa da Silva

Graduanda do 11º período do curso de medicina da FPS. Endereço: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE, 51150-000. Telefone: (87) 996120478. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6893-6657>. E-mail: barbosamalu@outlook.com

Jade Souza Martins

Graduanda do 11º período do curso de medicina da FPS. Endereço: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE, 51150-000. Telefone: (87) 999433498. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9561-4544>. E-mail: jadesmartins18@gmail.com

Isabel Maria Moura de Andrade

Graduanda do 11º período do curso de medicina da FPS. Endereço: Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE, 51150-000. Telefone: (81) 999250869. Orcid: 0009-0002-0987-8111. E-mail: isabelmma1099@gmail.com

Orientador:

Aurélio Antônio Ribeiro da Costa

Graduação em Medicina pela Universidade de Pernambuco (1996), graduação em Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco (1992), Mestrado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira (IMIP) (2002) e Doutorado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (2006). Professor do programa de pós-graduação do IMIP. Professor adjunto da graduação em Medicina da Universidade de Pernambuco. Supervisor do programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do IMIP. Endereço profissional: Rua dos Coelhoos, 300- Boa Vista, Recife, PE, 50070-902- Brasil. Telefone: (81) 999696494. E-mail: aureliorecife@gmail.com

Coorientadoras:**Isabelle Amorim Nery**

Médica residente do terceiro ano de ginecologia e obstetrícia no IMIP. Endereço profissional: Rua dos Coelhoos, 300- Boa Vista, Recife, PE, 50070-902- Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5225-385X>. E-mail: isabelleanery@gmail.com

Carolina Rodrigues Ferraz Montefusco Arraes

Médica, ginecologista e obstetra, formada pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP/PE), fellowship em cirurgia ginecológica e pós graduanda em cirurgia ginecológica minimamente invasiva. Endereço profissional: Rua dos Coelhoos, 300- Boa Vista, Recife, PE, 50070-902- Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-3907-4668>. E-mail: carolinamontefusco01@gmail.com

Fernanda Falcão Carlos

Médica, ginecologista e obstetra, formada pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP/PE). Endereço profissional: Rua dos Coelhoos, 300- Boa Vista, Recife, PE, 50070-902 Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-2331-2148>. E-mail: fernandafcarlos@gmail.com

Instituição onde será desenvolvida a pesquisa: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP/PE). Endereço profissional: Rua dos Coelhoos, 300- Boa Vista, Recife, PE, 50070-902 Brasil. Telefone: (81) 2122-4100

RESUMO

Introdução: O coriocarcinoma gestacional corresponde a uma neoplasia maligna rara associada à Doença Trofoblástica Gestacional, marcada pela rápida evolução clínica e elevada capacidade metastática. Apesar de agressivo, o tumor apresenta boa resposta terapêutica quando identificado em fases iniciais, o que ressalta a importância de reconhecer manifestações clínicas e laboratoriais compatíveis no período puerperal. **Objetivo:** Relatar um caso de coriocarcinoma gestacional, enfatizando sua evolução clínica, condutas adotadas e contribuição para a literatura médica. **Método:** Estudo de caráter descritivo, configurado como relato de caso. As informações foram obtidas por meio da revisão de prontuário hospitalar, exames de imagem, análises laboratoriais e registros clínicos de acompanhamento em hospital de referência terciária. Os achados foram organizados em sequência temporal e confrontados com publicações científicas recentes sobre o tema. **Relato do caso:** Paciente puérpera, 19 anos, apresentou sangramento vaginal persistente e progressivo após parto vaginal. Investigada em serviço de referência, apresentava anemia grave, níveis elevados de β -hCG e achados de imagem sugestivos de doença trofoblástica. Evoluiu com necessidade de curetagem, laparotomia exploradora por perfuração uterina e confirmação histopatológica de coriocarcinoma. Foi submetida a tratamento quimioterápico sequencial (MTX, EMA/EP e EMA/CO), apresentando queda progressiva do β -hCG até normalização. **Aspectos éticos:** O trabalho atende às exigências da Resolução CNS nº 466/2012, assegurando sigilo e confidencialidade dos dados. A utilização das informações será autorizada mediante carta institucional e será considerada a obtenção ou a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP.

Descritores (DeCS): Coriocarcinoma; Doenças Trofoblásticas Gestacionais; Gonadotropina Coriônica Humana; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Introduction: Gestational choriocarcinoma is a rare malignant neoplasm associated with Gestational Trophoblastic Disease, characterized by rapid clinical progression and high metastatic potential. Despite its aggressiveness, the tumor shows a favorable therapeutic response when diagnosed in its early stages, highlighting the importance of recognizing compatible clinical and laboratory manifestations during the puerperium. **Objective:** To report a case of gestational choriocarcinoma, emphasizing its clinical evolution, therapeutic

approaches, and contribution to medical literature. **Method:** Descriptive study in the form of a case report. Data were obtained through the review of hospital medical records, imaging tests, laboratory analyses, and clinical follow-up documentation from a tertiary referral hospital. The findings were organized in chronological order and compared with recent scientific publications on the subject. **Case report:** A 19-year-old puerperal patient presented with persistent and progressive vaginal bleeding after vaginal delivery. Upon investigation in a referral center, she was found to have severe anemia, markedly elevated β -hCG levels, and imaging findings suggestive of trophoblastic disease. She required curettage and exploratory laparotomy due to uterine perforation, with histopathological confirmation of choriocarcinoma. Sequential chemotherapy (MTX, EMA/EP, and EMA/CO) was administered, resulting in a progressive decline of β -hCG levels until normalization. **Ethical aspects:** This study complies with Resolution No. 466/2012 of the Brazilian National Health Council, ensuring confidentiality and anonymity of patient data. The use of information was authorized by the institution and subjected to ethical approval, with informed consent obtained or waived according to the evaluation of the Research Ethics Committee at IMIP.

Descriptors (DeCS): Choriocarcinoma; Gestational Trophoblastic Diseases; Chorionic Gonadotropin; Postpartum Period.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	8
II. RELATO DE CASO.....	8
III. DISCUSSÃO.....	13
IV. CONCLUSÃO	14
V. JUSTIFICATIVA.....	14
VI. OBJETIVOS.....	15
6.1. Objetivo geral.....	15
6.2. Específicos	15
VII. MÉTODOS.....	15
7.1. Desenho do estudo	15
7.2. Local do estudo	15
7.3. Período do estudo	16
7.4. Participante.....	16
7.5. Critérios de elegibilidade	16
7.6. Processo de captação dos dados	16
7.7. Processamento e análise dos dados	16
7.8. Definição das variáveis utilizadas	16
7.9. Aspectos éticos	16
VIII. CRONOGRAMA	17
IX. ORÇAMENTO.....	17
X. REFERÊNCIAS.....	18

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Sigla	Significado
AMIU	Aspiração manual intrauterina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DTG	Doença Trofoblástica Gestacional
hCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
MAV	Malformação arteriovenosa
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

I. INTRODUÇÃO

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) constitui um grupo de alterações proliferativas do tecido trofoblástico que inclui a mola hidatiforme completa e parcial, a mola invasora, o tumor trofoblástico do sítio placentário e o coriocarcinoma gestacional (1). Entre essas entidades, o coriocarcinoma destaca-se por sua raridade, comportamento altamente agressivo e capacidade de produzir níveis expressivos de gonadotrofina coriônica humana (hCG), marcador fundamental para diagnóstico e acompanhamento clínico (2,3).

Estudos epidemiológicos apontam variações na incidência mundial, com taxas estimadas em 1 caso a cada 40.000 gestações nos Estados Unidos e na Europa, contrastando com maior prevalência em países da Ásia e América Latina, inclusive no Brasil (4). Essa disparidade sugere não apenas diferenças genéticas e ambientais, mas também desigualdades no acesso ao diagnóstico e tratamento (5).

O coriocarcinoma pode surgir após qualquer tipo de gestação, sendo mais comum após mola hidatiforme, mas também podendo ocorrer no puerpério, após gravidez a termo ou aborto (2). Clinicamente, manifesta-se por sangramento uterino persistente, massas pélvicas, níveis anormalmente elevados de β -hCG e, em casos avançados, metástases em pulmão, fígado e sistema nervoso central (6).

A introdução de protocolos de quimioterapia revolucionou o prognóstico da doença, tornando o coriocarcinoma uma das neoplasias mais curáveis da oncologia, com taxas de sobrevida superiores a 90% em centros especializados (7). Ainda assim, atrasos no diagnóstico permanecem associados a aumento da morbimortalidade, especialmente em contextos de baixa disponibilidade de serviços especializados e ausência de seguimento pós-gestacional adequado (8,9).

II. RELATO DE CASO

Paciente puérpera, 19 anos, G1P1, natural e procedente de Recife-PE, procurou serviço de referência materno-infantil em 17/05/2023, cerca de 40 dias após parto vaginal, de uma gestação de risco habitual e sem intercorrências, com queixa de sangramento vaginal intermitente e de forte intensidade, associado a coágulos e dor em baixo ventre.

Nos primeiros dias após o parto, a paciente buscou atendimento em maternidade municipal devido ao sangramento aumentado, sendo informada de que se tratava de loquiação fisiológica. Contudo, como o quadro persistiu, retornou em 11/05/2023 ao mesmo serviço, onde se aventou

a hipótese de acretismo placentário e foi solicitada ultrassonografia transvaginal, além da coleta de β -hCG qualitativo. Embora tivesse sido programada a transferência para serviço de referência, a paciente evadiu-se antes da conclusão do encaminhamento.

Ao dar entrada no hospital quaternário, encontrava-se hemodinamicamente estável, porém apresentava anemia importante (Hb 6,8 g/dL; Ht 20,6%). Na ocasião, trouxe resultado ultrassonográfico que evidenciava útero de 103,4 cm³, colo uterino entreaberto, presença de material heterogêneo intracavitário e achados Doppler sugestivos de acretismo. O exame especular mostrou moderada quantidade de sangue e coágulos no fundo de saco posterior, enquanto o toque vaginal revelou colo pérvio com exteriorização de coágulos pelo orifício cervical externo. Diante desse conjunto de achados, foi indicada internação hospitalar e hemotransfusão.

No seguimento da investigação, uma nova ultrassonografia transvaginal demonstrou imagem nodular hiperecogênica em miométrio/endométrio, com fluxo turbilhonado de baixa resistência ao Doppler, compatível com malformação arteriovenosa uterina. Paralelamente, o β -hCG encontrava-se em 187.019 mUI/mL, valor significativamente elevado. Considerando a anemia e a suspeita de doença trofoblástica gestacional, a equipe optou por transfundir concentrado de hemácias e manter vigilância.

A paciente foi submetida à ressonância magnética de pelve com contraste em 18/05/2023, com o objetivo de investigar possível malformação arteriovenosa (MAV). À análise das imagens, observou-se útero em anteverso, com forma, contornos e dimensões normais (10,1 × 5,0 × 7,4 cm; volume estimado de 194 cm³), apresentando anatomia zonal preservada e sinal miometrial característico. O endométrio encontrava-se centrado, heterogêneo e espessado (2,5 cm), contendo material amorfo em seu interior, com discreta infiltração na superfície da zona juncional fúndica. Esses achados sugeriam a presença de restos ovulares como hipótese principal, afastando-se a suspeita inicial de malformação arteriovenosa, uma vez que não foram identificadas estruturas serpiginosas com fluxo anômalo. Observou-se ainda bexiga com repleção parcial e conteúdo homogêneo, ovários tópicos de morfologia habitual, ausência de linfonodomegalias pélvicas e de líquido livre na cavidade pélvica.

No dia 19/05/2023, foi realizada aspiração manual intrauterina (AMIU) seguida de curetagem. Entretanto, durante o procedimento surgiu suspeita de perfuração uterina, o que motivou laparotomia exploradora. Essa intervenção confirmou perfuração em região cornual direita com discreto sangramento contínuo de pequeno fluxo, corrigido por rafia. O material coletado foi

enviado ao exame anatomopatológico, que posteriormente evidenciou proliferação trofoblástica atípica.

Nos dias subsequentes, observou-se queda do β -hCG para 59.386 mUI/mL em 20/05, acompanhada de ultrassonografia abdominal que evidenciava endométrio espessado e heterogêneo, porém sem fluxo ao Doppler. A paciente evoluiu de forma estável até 22/05, quando o β -hCG atingiu 25.539 mUI/mL. Apesar da melhora inicial, em 01/06/2023 houve nova elevação significativa para 149.381 mUI/mL. O resultado da imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de coriocarcinoma gestacional, com índice Ki-67 positivo em 70% das células.

Diante da confirmação diagnóstica, foi instituído esquema inicial com metotrexato e ácido folínico. No entanto, em 12/06/2023 os níveis de β -hCG chegaram a 225.000 mUI/mL, evidenciando falha terapêutica confirmada pela ausência de sinais metástases avaliados por exames de imagem. Assim, optou-se pela introdução do protocolo EMA/EP, posteriormente sequenciado com EMA/CO como esquema complementar, conduta que resultou em queda progressiva dos níveis séricos.

Durante o tratamento, a paciente apresentou intercorrências como anemia sintomática e episódios de sangramento vaginal, manejados com suporte clínico e transfusões. Apesar dessas complicações, houve resposta favorável, com normalização do β -hCG após o sexto ciclo de EMA/CO, em novembro de 2023.

No seguimento ambulatorial, manteve níveis indetectáveis de β -hCG até setembro de 2024, período em que permaneceu assintomática, sem evidências clínicas ou laboratoriais de recidiva da doença.

Tabela 1. Linha do tempo da evolução clínica e laboratorial da paciente.

Data	β-hCG (mUI/mL)	Exames / Eventos	Conduta / Evolução
17/05/23	187.019	Admissão; USG TV (imagem nodular com fluxo); Hb 6,8	Internação + programação transfusão
18/05/23	183.095	RM pélvica (sugere restos ovulares); marcadores tumorais normais	Transfusão 01 CH

19/05/23 (pré)	210.586	AMIU → dificuldade técnica	Curetagem uterina
19/05/23 (pós)	131.596	Perfuração uterina → laparotomia exploradora	Rafias + nova curetagem
20/05/23	59.386	USG abdome total (endométrio espessado, sem metástases viscerais)	Estável
22/05/23	25.539	–	Boa evolução clínica
26/05/23	18.430	Imuno-histoquímica (Ki-67 70%)	Diagnóstico: Coriocarcinoma gestacional
01/06/23	149.381	Reascensão laboratorial	Indicação de quimioterapia
06/06/23	–	–	Início MTX + ácido folínico
12/06/23	225.000	–	Falha terapêutica inicial
16/06/23	63.549	–	Queda transitória
27/06/23	>225.000	–	Progressão laboratorial
04/07/23	–	Consulta Oncologia	Prescrito 3 ciclos EMA/EP
10/07/23	225.000	Hb 8,7; Leuco 50.300	Mantida QT
11/07/23	–	RM crânio (cefaleia)	Sem metástase cerebral
12/07/23	–	–	Transfusão 01 CH
17/07/23	32.324	–	Resposta após poliquimioterapia
01/08/23	1.656	–	Queda expressiva
08/08/23	619	–	Continuidade EMA/EP

14/08/23	334	–	Resposta sustentada
28/08/23	86	–	Transição para EMA-CO
11/09/23	35	Hemograma com microcitose/anisocitose	Mantido EMA-CO
26/09/23	18	–	Queda progressiva
03/10/23	16	–	Resposta contínua
17/10/23	10	–	Próximo da negatificação
24/10/23	10	–	Estabilidade baixa
30/10/23	9	–	Manutenção resposta
13/11/23	<5	–	Normalização após 6º ciclo
Nov/23	–	Realizados ciclos adicionais (consolidação)	Conclusão QT
26/12/23	<5	Hemograma em recuperação	Fim tratamento
Fev/2024	<5	Hemograma normalizado	Seguimento ambulatorial
04/09/2024	<5	Hemograma estável	Sem evidência de recidiva

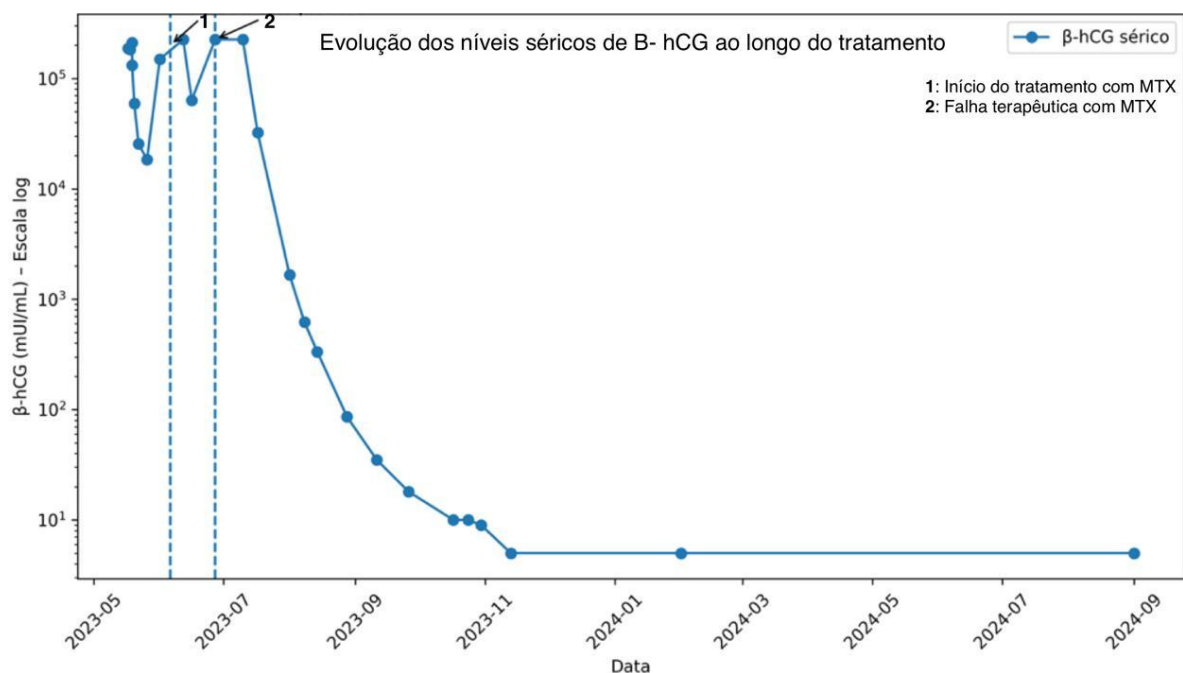


Figura 1. Evolução dos níveis séricos de β -hCG durante o tratamento do coriocarcinoma gestacional (escala logarítmica).

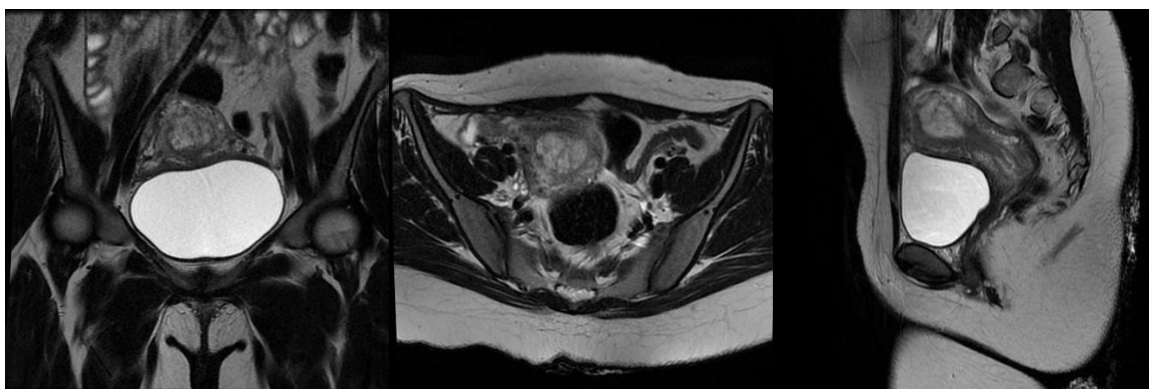


Figura 2. Ressonância magnética de pelve com contraste (18/05/2023), cortes coronal, axial e sagital, respectivamente, evidenciando útero em anteversoflexão com endométrio espessado e heterogêneo, contendo material amorfo no interior, compatível com tecido trofoblástico residual.

III. DISCUSSÃO

O coriocarcinoma gestacional é uma neoplasia rara e altamente agressiva, cuja suspeita deve ser levantada diante de sangramento uterino persistente no período pós-parto. Nesses casos, a investigação laboratorial e de imagem é essencial, visto que o quadro pode mimetizar condições mais comuns, como restos ovulares, subinvolução placentária ou malformações arteriovenosas^{1,3,5-7}. No caso descrito, a paciente percorreu esse mesmo trajeto diagnóstico, inicialmente

recebendo hipóteses benignas, até que a dosagem elevada de β -hCG e, posteriormente, a histopatologia confirmaram a natureza neoplásica da doença.

A confirmação do CG baseia-se na análise anatomopatológica e, quando disponível, em estudos imuno-histoquímicos, como o Ki-67, marcador de intensa atividade proliferativa. Contudo, nas situações em que não há material histológico adequado, a cinética do β -hCG, associada aos critérios clínicos e aos sistemas de classificação FIGO/OMS, pode ser suficiente para estabelecer o diagnóstico e direcionar a conduta^{1-3,5}.

O manejo terapêutico depende da estratificação de risco segundo o escore FIGO. Pacientes classificadas como baixo risco respondem bem a regimes monoquimioterápicos, especialmente com metotrexato/leucovorina, enquanto aquelas com alto risco necessitam de esquemas poliquimioterápicos. O protocolo EMA/CO é amplamente aceito como padrão-ouro, apresentando elevadas taxas de cura, e o EMA/EP pode ser utilizado em casos refratários ou como tratamento de indução em pacientes de risco elevado^{1-4,8-10}. Estudos recentes reportam taxas de sobrevida próximas de 100% em baixo risco e superiores a 90% em alto risco quando o tratamento é realizado em centros de referência^{2-4,9}.

No presente caso, a ausência de resposta ao metotrexato isolado e a subsequente resposta completa após EMA/EP e EMA/CO refletem fielmente a conduta recomendada pelas principais diretrizes internacionais (1-4,8-10,12). Além disso, ressaltam a importância de iniciar rapidamente protocolos combinados diante de falha ao esquema inicial.

Por fim, revisões e consensos recentes — incluindo a atualização da FIGO em 2021, as diretrizes da ESMO e NCCN, além do PDQ/NCI em 2024 e as orientações da ASCO em 2025 — destacam a centralização do cuidado em centros especializados e o seguimento rigoroso por β -hCG como pilares para o alcance das elevadas taxas de cura do CG¹ (1-4,11-13). Esses princípios, aplicados ao manejo da paciente aqui relatada, justificam seu desfecho favorável.

IV. CONCLUSÃO

Este caso reforça que o sangramento persistente no puerpério deve sempre levantar suspeita para DTG. A dosagem de β -hCG e a histopatologia são essenciais para o diagnóstico, enquanto a quimioterapia combinada representa o padrão terapêutico nos casos de maior risco. O acompanhamento sistemático permitiu evolução favorável, com cura clínica e laboratorial.

V. JUSTIFICATIVA

Relatos de caso desempenham papel relevante na literatura médica, especialmente quando abordam condições raras ou de apresentação clínica atípica. No caso do coriocarcinoma, sua baixa prevalência e a diversidade de manifestações dificultam o reconhecimento precoce, tornando fundamental o registro sistemático de experiências clínicas que possam contribuir para o treinamento de profissionais de saúde e para a atualização científica (10).

O presente estudo justifica-se pela necessidade de ampliar a divulgação científica sobre a DTG e, em particular, sobre o coriocarcinoma diagnosticado no período puerperal, cenário que pode retardar a suspeita clínica. O relato de caso em questão representa oportunidade de reforçar a importância do acompanhamento pós-gestacional com dosagens seriadas de β -hCG, bem como de destacar o impacto da abordagem multidisciplinar no sucesso terapêutico (11).

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo geral

Relatar o caso clínico de uma paciente diagnosticada com coriocarcinoma gestacional no período puerperal, descrevendo evolução clínica, condutas terapêuticas e desfecho.

6.2. Específicos

1. Detalhar os sinais, sintomas e exames que levaram à suspeita diagnóstica.
2. Relatar as condutas clínicas, cirúrgicas e quimioterápicas adotadas.
3. Analisar a evolução clínica da paciente à luz das recomendações científicas atuais.
4. Contribuir para a literatura médica com a divulgação de um caso raro de coriocarcinoma puerperal

VII. MÉTODOS

7.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo relato de caso clínico, elaborado a partir da análise retrospectiva de prontuário hospitalar.

7.2. Local do estudo

O caso foi registrado em hospital quaternário de referência em saúde materno-infantil localizado em Recife-PE, instituição filantrópica reconhecida como centro de excelência em pesquisa e assistência à saúde materna. O hospital integra a Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) e mantém cooperação técnico-científica com instituições nacionais e internacionais.

7.3. Período do estudo

Os dados foram coletados retrospectivamente no período de Dezembro/2024 a Janeiro/2025, contemplando desde a admissão da paciente até a finalização do seguimento clínico documentado em prontuário.

7.4. Participante

O presente relato descreve uma paciente puérpera diagnosticada com coriocarcinoma gestacional confirmado por histopatologia e imuno-histoquímica.

7.5. Critérios de elegibilidade

Inclusão: paciente com diagnóstico confirmado de coriocarcinoma gestacional em acompanhamento no hospital de referência, com prontuário médico completo.

7.6. Processo de captação dos dados

Os dados foram obtidos retrospectivamente por meio da revisão do prontuário médico da paciente, incluindo anotações clínicas, exames laboratoriais (particularmente as dosagens seriadas de β -hCG), exames de imagem, laudos histopatológicos e registros terapêuticos.

7.7. Processamento e análise dos dados

Os dados foram organizados cronologicamente em linha do tempo da evolução clínica da paciente. As informações sobre β -hCG foram plotadas em escala linear e logarítmica para melhor visualização da resposta terapêutica. A interpretação foi realizada por meio de análise descritiva, com comparação dos achados clínicos e terapêuticos às recomendações internacionais (FIGO, RCOG, ESMO).

7.8. Definição das variáveis utilizadas

- Idade: em anos completos.
- Paridade: número total de gestações prévias.
- Manifestações clínicas iniciais: sangramento, dor pélvica, sinais de metástase.
- Níveis séricos de β -hCG: expressos em mUI/mL.
- Tratamento instituído: quimioterapia, cirurgias complementares, seguimento.
- Desfecho clínico: resposta completa, complicações ou óbito.

7.9. Aspectos éticos

Este estudo respeita as diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012. A paciente participante foi informada do objetivo da pesquisa e teve explicação detalhada sobre o mesmo. O anonimato e a confidencialidade da paciente foram preservados. Foi solicitada carta de anuência institucional e será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para avaliação da dispensa do

TCLE, dado o caráter retrospectivo e a ausência de contato direto com a paciente. Não houve recompensa financeira ou outras vantagens para os participantes da pesquisa. Os dados estudados, adquiridos através do prontuário médico e exames realizados pela paciente, foram disponibilizados com o compromisso ético de sua utilização apenas para o estudo em questão.

VIII. CRONOGRAMA

Atividade	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Coleta de dados	x	x										
Revisão de Literatura			x									
Redação do Relato				x	x							
Redação da Discussão						x	x					
Redação da Conclusão								x				
Apresentação na Jornada de Iniciação Científica											*	
Encaminhamento para Publicação												x

*Previsão da Jornada para outubro de 2025

IX. ORÇAMENTO

O estudo não prevê custos diretos adicionais, sendo desenvolvido a partir de dados já disponíveis em prontuário hospitalar. Não haverá necessidade de financiamento externo.

X. REFERÊNCIAS

1. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, et al. Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;155(Suppl 1):86-93.
2. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. *Lancet*. 2010;376(9742):717–29.
3. Braga A, Mora P, de Melo AC, et al. Epidemiology and management of gestational trophoblastic disease in Brazil. *Int J Gynecol Cancer*. 2020;30(1):123-9.
4. 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*. 2010;203(6):531–9.
5. Horowitz NS, Goldstein DP, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic neoplasia: contemporary clinical management of a rare disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(6):559–71.
6. 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.
7. Alazzam M, Tidy J, Osborne R, Coleman R, Hancock BW. Chemotherapy for resistant or recurrent gestational trophoblastic neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(1):CD008891.
8. Braga A, Uberti EMH, Fajardo MC, et al. Challenges in the diagnosis and treatment of gestational trophoblastic neoplasia in low- and middle-income countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2021;74:92–104.
9. RCOG. Management of Gestational Trophoblastic Disease (Green-top Guideline No. 38). *BJOG*. 2021;128(3):e1-e27.
10. Fletcher RH, Fletcher SW. *Clinical epidemiology: the essentials*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
11. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, Golfier F, Massuger L, Sessa C; ESMO Guidelines Committee. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2013;24 Suppl 6:vi39–50.