

## TRATAMENTOS NA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### TREATMENTS FOR GESTATIONAL TROPHOBLASTIC DISEASE: AN INTEGRATIVE REVIEW

### TRATAMIENTOS EN LA ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Mônica Kallyne Portela Soares<sup>1</sup>, Sue Helem Bezerra Cavalcante Facundo<sup>2</sup>, July Grassiely de Oliveira Branco<sup>2</sup>, Francisca Alanny Rocha Aguiar<sup>3</sup>, Francisca Bertilia Chaves Costa<sup>4</sup>, Aline Veras Moraes Brilhante<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Compilar os dados da literatura sobre o tratamento da Doença Trofoblástica Gestacional e o seguimento pós-molar. **Método:** revisão integrativa a partir da Biblioteca Virtual em Saúde, por intermédio das bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF e Coleciona SUS utilizando os descritores controlados “doença trofoblástica gestacional”, “mola hidatiforme” e “coriocarcinoma”; e o descritor Coleciona não controlado “tratamento”, “neoplasia trofoblástica gestacional” e “seguimento pós-molar”. **Resultados:** foram selecionados 15 artigos. Diante dos diagnósticos relatados nesses manuscritos, três não informavam o tipo de doença trofoblástica gestacional; dois relataram mola hidatiforme completa, dois mola hidatiforme parcial, dois mola hidatiforme, dois coriocarcinoma, um neoplasia trofoblástica gestacional e um relatou mola hidatiforme completa em gestação gemelar. Em relação às evoluções da doença trofoblástica gestacional, cinco artigos citaram a neoplasia trofoblástica gestacional, sendo que em três desses houve registro de metástase pulmonar. Para tratamentos instituídos, 73,3% citaram o esvaziamento da cavidade uterina por vácuo-aspiração como método de escolha inicial. No tratamento monoterápico, 71,4% citaram tratamento quimioterápico com metotrexate e poliquimioterápico, e 50% relataram o uso de etoposida, metotrexato, actinomicina-D, ciclofosfamida e oncovin. **Conclusão:** sugere-se a necessidade de profissionais capacitados quanto a essa patologia, de modo a garantir a saúde da população feminina e assim garantir qualidade de vida.

**Descritores:** Doença trofoblástica gestacional; Enfermagem obstétrica; Terapêutica.

#### ABSTRACT

**Objective:** To compile the literature data on the treatment of gestational trophoblastic disease and post-molar follow-up. **Method:** integrative review from the Virtual Health Library, through the MEDLINE, LILACS, BDNF and Coleciona SUS databases using the controlled descriptors "Gestational Trophoblastic Disease", "Hydatidiform mole" and "Choriocarcinoma"; and the uncontrolled descriptor "Treatment", "Gestational Trophoblastic Neoplasia" and "Post-Molar Follow-up". **Results:** Fifteen articles were selected. In view of the diagnoses reported in these manuscripts: three did not report the gestational trophoblastic disease type; two reported complete hydatidiform mole; two partial hydatidiform mole; two hydatidiform mole; two choriocarcinoma; one gestational trophoblastic neoplasia; and one reported complete hydatidiform mole in twin gestation. In relation to the evolution of the gestational trophoblastic disease, five articles mentioned gestational trophoblastic neoplasia, and in three of these, there was a record of pulmonary metastasis. For instituted treatments, 73.3% cited emptying of the uterine cavity by vacuum aspiration as the initial chosen method. In the monotherapy treatment, 71.4% cited chemotherapy with methotrexate and polichemotherapeutic, and 50% reported the use of etoposide, methotrexate, actinomycin-D, cyclophosphamide and oncovin. **Conclusion:** it is suggested the need for professionals trained in this pathology, in order to guarantee the female population health and thus ensure quality of life.

**Keywords:** Gestational trophoblastic disease; Obstetric nursing; Therapy.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Compilar los datos de la literatura sobre el tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional y el seguimiento post molar. **Método:** revisión integradora de la Biblioteca Virtual en Salud, a través de las bases de datos MEDLINE, LILACS, BDNF y Coleciona SUS, utilizándose descriptores controlados "Enfermedad Trofoblástica Gestacional", "Mola hidatiforme", "Coriocarcinoma"; y el descriptor no controlado "Tratamiento", "Neoplasia Trofoblástica Gestacional" y "Seguimiento Post Molar". **Resultados:** se seleccionaron 15 artículos. De los diagnósticos relatados en estos manuscritos, tres no informaron el tipo de enfermedad trofoblástica gestacional; dos informaron mola hidatiforme completa, dos mola hidatiforme parcial, dos mola hidatiforme, dos coriocarcinoma, uno neoplasia trofoblástica e uno mola hidatiforme completa en embarazo gemelar. En relación con la evolución de la enfermedad trofoblástica gestacional, cinco artículos citaron neoplasia trofoblástica, ocurriendo registro de la metástasis pulmonar en tres de ellos. Con los tratamientos establecidos, 73,3% citaron el vaciado de la cavidad uterina mediante aspiración al vacío como método de elección inicial. En el tratamiento en monoterapia, 71,4% citaron quimioterapia con metotrexato y múltiples fármacos, y 50% reportaron uso de etopósido, metotrexato, actinomicina-D, ciclofosfamida y oncovin. **Conclusión:** hay necesidad de profesionales cualificados sobre esta enfermedad con el fin de garantizar la salud de la población femenina y la calidad de vida.

**Descritores:** Enfermedad trofoblástica gestacional; Enfermería obstétrica; Terapéutica.

<sup>1</sup>Graduada em Enfermagem. Docente na Faculdade Princesa do Oeste-FPO. <sup>2</sup>Graduada em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. <sup>3</sup>Graduada em Enfermagem. Mestre em Saúde da Família. Docente no Instituto Superior de Teologia Aplicada, Sobral - CE. <sup>4</sup>Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. <sup>5</sup>Graduada em Medicina. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Docente na Universidade de Fortaleza.

#### Como citar este artigo:

Soares MKP, Facundo SHBC, Branco JGO, et al. Tratamentos na doença trofoblástica gestacional: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1838. [Access\_\_\_\_\_]; Available in:\_\_\_\_\_. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1838>

## INTRODUÇÃO

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) compreende um conjunto de condições que, apesar de relativamente infrequente, podem evoluir para formas graves e ameaçadoras da vida<sup>(1)</sup>. Por definição, a DTG compreende um grupo de tumores que se proliferam a partir do epitélio trofoblástico placentário, apresentando diferentes graus de reversão, invasão e transformação maligna<sup>(2)</sup>. Além do risco de malignização, a DTG é causa de sofrimento psíquico, uma vez que envolve perda gestacional, medo da quimioterapia e incertezas quanto à gravidez futura<sup>(3)</sup>.

Diante do diagnóstico de DTG, o tratamento pode ocorrer por esvaziamento uterino por meio da aspiração manual intrauterina (AMIU) ou elétrica, associando o uso de medicamentos em situações específicas<sup>(4)</sup>. Após a conduta inicial, deve-se conduzir o seguimento pós-molar, que é fundamental para o diagnóstico precoce de evolução para formas malignas da DTG. Esse seguimento fundamenta-se na interpretação adequada da curva de regressão da fração Beta da gonadotrofina coriônica humana (Beta-hCG) e na conduta imediata em caso de diminuição anômala dos níveis de Beta-hCG<sup>(5-6)</sup>. Apesar de sua importância, contudo, o modo de seguimento pós-molar não é consenso entre os especialistas<sup>(5)</sup>, o que dificulta a normatização das condutas.

Outro desafio na assistência às mulheres com DTG é o encaminhamento para centros de referência<sup>(5)</sup>. Isto por que, apesar de altamente recomendado pela literatura<sup>(6)</sup>, o Brasil possui um número de centros de referências para DTG menor do que a quantidade de estados, o que se torna um importante problema em um país de dimensões continentais<sup>(5)</sup>.

Diante do exposto, emergiram as seguintes questões norteadoras: Quais as principais complicações após diagnóstico de DTG? Quais as formas de tratamento mais utilizadas após o diagnóstico de DTG? Como deve ser conduzido o seguimento pós-molar?

Apesar de sua complexidade, a DTG ainda é um assunto pouco abordado tanto na graduação em Enfermagem como nos cursos de pós-graduação da área, além de não haver consenso de conduta entre os serviços especializados. Deste modo, a relevância de uma revisão sistematizada da literatura sobre DTG justifica-se

para sanar uma lacuna de conhecimento na formação dos profissionais de saúde e por fornecer subsídios para a estruturação de protocolos de conduta e de novos centros de referência. Deste modo, esta revisão integrativa objetivou compilar os dados da literatura sobre o tratamento da DTG e o seguimento pós-molar.

## MÉTODO

O presente estudo é uma revisão integrativa, que têm por intuito “atender um padrão de excelência quanto ao rigor metodológico, para que seu produto possa trazer contribuições para a ciência e para a prática clínica”<sup>(7:340)</sup>. É um método que possibilita a síntese de conhecimento adquirido no decorrer da pesquisa, agrupando-o de modo a aplicar seus resultados na prática<sup>(8)</sup>.

Para a elaboração desta revisão integrativa, foram seguidas as etapas fornecidas que sugerem a formulação da problemática, localização e avaliação crítica dos estudos que compuseram a amostra, coleta de dados, análise e apresentação dos dados, interpretação dos dados, e por fim, o aprimoramento da revisão<sup>(7)</sup>.

Foram utilizadas literaturas encontradas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio das bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (Coleção SUS). Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis e publicados na íntegra, em português e sem recorte temporal. Já os critérios de exclusão englobaram: artigos que fugissem do objeto em estudo ou focassem em pesquisas com animais, dissertações, teses, carta ao leitor, artigo de opinião, artigos de revisão e de opinião.

Foram utilizando os descritores controlados “doença trofoblástica gestacional”, “mola hidatiforme” e “coriocarcinoma”; e os descritores não controlados “tratamento”, “neoplasia trofoblástica gestacional” e “seguimento pós-molar”. Os descritores foram cruzados da seguinte forma: “doença trofoblástica gestacional” AND “tratamento”; “mola hidatiforme” AND “tratamento”; “neoplasia trofoblástica gestacional” AND “tratamento”; “coriocarcinoma” AND “tratamento”; e “seguimento pós-molar” AND “tratamento”.

Assim, após cruzando dos descritores e aplicação dos critérios de inclusão, 35 manuscritos foram encontrados. Ao aplicar os critérios de exclusão, identificou-se que dois artigos não abordavam o objeto em estudo, 12 estavam repetidos entre os descritores utilizados, quatro apresentavam publicações em mais de um banco de dados e dois não apresentava as formas de tratamento instituídas para DTG. Por fim, 15 artigos compuseram a amostra do estudo.

A coleta de dados foi realizada por intermédio dos achados presentes nos relatos de casos e resultados obtidos dos artigos selecionados para o estudo, colhendo informações sobre os diagnósticos encontrados, tratamentos instituídos e evoluções decorrentes da DTG, a partir de instrumento próprio que balizou a organização dos manuscritos, tal

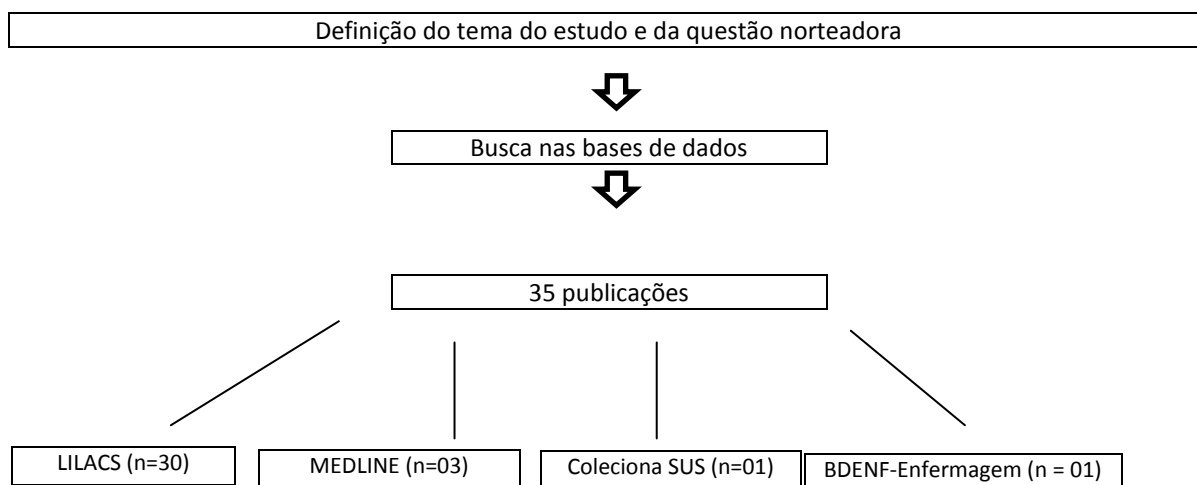
ferramenta dispunha os seguintes tópicos: revista, ano, título, diagnóstico, tratamento e evolução.

Após leitura de todos os artigos da amostra na íntegra, os dados foram registrados de forma individualizada, apresentados em quadros e tabelas ao longo dos resultados. A análise baseou-se na literatura pertinente.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Utilizando os descritores selecionados, obtiveram-se os seguintes resultados: 13 artigos cruzando os descritores “doença trofoblástica gestacional” AND “tratamento”; sete cruzando “mola hidatiforme” AND “tratamento”; três com “neoplasia trofoblástica gestacional” AND “tratamento”; sete com “coriocarcinoma” AND “tratamento”; e cinco utilizando “seguimento pós-molar”.

Figura 1 – Seleção de amostra em estudo.



Fonte: pesquisa direta/2016.

Após implantação dos critérios de inclusão e exclusão, dos 35 artigos, apenas 15 compuseram a amostra do estudo, conforme figura 1.

Na Figura 2 seguem as revistas de publicação dos artigos selecionados para compor a amostra, bem como seus títulos e as formas de tratamentos encontradas nos mesmos.

Figura 2 – Publicações que compuseram a amostra do estudo – Fortaleza - CE, Brasil, 2016.

Revista/Ano	Título	Tratamento
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/1998	Mola Completa em Gravidez Gemelar: Relato de Caso.	Esvaziamento por Vácuo-aspiração e tratamento quimioterápico.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/1999	Persistência da imagem metastática pulmonary após tratamento de doença trofoblástica gestacional.	Curetagem uterina e tratamento quimioterápico.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/2000	Características das Curvas de Regressão da Gonadotrofina Coriônica Pós-mola Hidatiforme Completa.	Esvaziamento por vácuo-aspiração e quimioterapia.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/2003	Mola hidatiforme completa e eclâmpsia: relato de caso.	Esvaziamento uterino por vácuo-aspiração e tratamento quimioterápico.
Revista Brasileira de	Doença trofoblástica gestacional	Dilatação e curetagem (D&C), vácuo-

Ginecologia e Obstetrícia/2004	complicada por hemorragia.	aspiração e tratamento quimioterápico.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/2006	Malformação arteriovenosa uterina após doença trofoblástica gestacional.	Vácuo-aspiração, dilatação e curetagem (D&C) e quimioterápico.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/2009	Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional.	Vácuo-aspiração, histerectomia e tratamento quimioterápico.
Revista Brasileira de Cancerologia, 2009	Coriocarcinoma primário de ovário: relato de um caso em paciente de 10 anos de idade.	Histerectomia abdominal total.
Revista Brasileira de Enfermagem/2010	Coriocarcinoma: um estudo de caso.	Curetagem a vácuo, histerectomia abdominal total e tratamento quimioterápico.
Revista Médica de Minas Gerais/2010	Doença trofoblástica gestacional: lições de um caso paradigmático	Aspiração a vácuo para pacientes que desejam preservar a fertilidade e histerectomia para as que possuem risco de neoplasia.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/2012	Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional.	Esvaziamento por vácuo-aspiração e quimioterápico
Femina, 2014	Complicações clínicas da gravidez molar.	Vácuo-aspiração.
Arquivos Catarinenses de Medicina /2014	Metástase pulmonar por coriocarcinoma: relato de caso.	Curetagem uterina e tratamento quimioterápico para coriocarcinoma com metástase.
Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/2015	Neoplasia trofoblástica gestacional após normalização espontânea da gonadotrofina coriônica humana em paciente com mola hidatiforme parcial.	Esvaziamento uterino não especificado e tratamento quimioterápico.
Jornal Brasileiro de Medicina/2015	Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar.	Aspiração manual intrauterina (AMIU) e tratamento quimioterápico na presença de NTG.

Fonte: Pesquisa direta/2016.

No que diz respeito aos diagnósticos relatados nos artigos estudados, três não informavam o tipo de doença trofoblástica gestacional (DTG)<sup>(1,9-10)</sup>, dois relataram mola hidatiforme completa (MHC)<sup>(11-12)</sup>, outros dois mola hidatiforme parcial (MHP)<sup>(13-14)</sup>, dois apenas

mola hidatiforme (MH)<sup>(2,5)</sup>, dois coriocarcinoma<sup>(15-16)</sup>, uma apenas neoplasia trofoblástica gestacional NTG<sup>(17)</sup> e outro relatou mola hidatiforme completa em gestação gemelar<sup>(18)</sup>, como mostra a tabela 2.

Tabela 1 – Diagnósticos dos tipos de DTG - Fortaleza-CE, Brasil, 2016.

Diagnósticos
DTG inespecífica <sup>(1,9-10)</sup>
MHC <sup>(11-12)</sup>
MHP <sup>(13-14)</sup>
MH <sup>(2,5)</sup>
Coriocarcinoma <sup>(15-16)</sup>
NTG <sup>(17)</sup>
MHC com gestação gemelar <sup>(18)</sup>

FONTE: Pesquisa direta/2016.

Entretanto, dois dos demais artigos relataram casos de três mulheres que tinham associados os diagnósticos de NTG e MH<sup>(19)</sup>, já o outro manuscrito avaliou 2.764 pacientes que apresentaram os diagnósticos de MHC e MHP<sup>(20)</sup>.

Em relação às evoluções da DTG, cinco artigos citaram a NTG, três com registros de metástase pulmonar, dois relataram metástase não especificada, outros dois com tumores trofoblástico gestacional (TTG), um manuscrito referindo metástase vaginal, outro sepse, um com histórico de coriocarcinoma, um com óbito

após tratamento e outro com MH permanente, sem mais especificações, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Evoluções após tratamento para DTG – Fortaleza - CE, Brasil, 2016.

<b>Evoluções</b>
NTG <sup>(5,9,13,18,20)</sup>
Metástase pulmonar <sup>(16-17,19)</sup>
Metástase não especificada <sup>(2,5)</sup>
Tumor Trofoblástico Gestacional (TTG) <sup>(11-12)</sup>
Metástase vaginal <sup>(19)</sup>
Sepse <sup>(19)</sup>
Coriocarcinoma <sup>(14)</sup>
Óbito <sup>(16)</sup>
MH permanente <sup>(14)</sup>

Fonte: Pesquisa direta/2016.

Outros autores citaram a perfuração uterina por consequência de curetagem uterina, sendo necessária realização de laparotomia<sup>(19-20)</sup>.

Três artigos não citaram nem referenciaram complicações da DTG em seus resultados, discussão e conclusão. Em relação aos tratamentos instituídos, 73,3% dos artigos citaram o esvaziamento da cavidade uterina por vácuo-aspiração como método de escolha inicial para tratamento da DTG.

Referente à dilatação e curetagem (D&C), 26,7% dos artigos em estudo relatam que este também é um procedimento que pode ser realizado como medida inicial no combate à DTG. Entretanto, outros 20% relataram que a histerectomia total é um método de escolha inicial alternativa, principalmente para mulheres que tem proles constituídas<sup>(1,10)</sup>.

O esvaziamento uterino por vácuo-aspiração pode ser visto como medida secundária a tratamento anterior de DTG, como em casos de curetagem anteriores<sup>(19)</sup>.

Após agravamento ou malignização da DTG, outras formas de tratamento mais severas são implementadas, tais como histerectomia total abdominal (13,3%), tratamento com

monoquimioterapia para NTG de baixo risco (46,7%) e com poliquimioterapia para NTG de alto risco (53,3%).

Diante do tratamento monoquimioterápico, 71,4% dos artigos citaram tratamento quimioterápico com metotrexate (MTX), 42,9% histórico de tratamento quimioterápico com actinomicina-D (Act-D) e 14,3% não especificaram o agente quimioterápico utilizado no tratamento.

Quanto ao tratamento poliquimioterápico, 50% dos artigos citaram o tratamento com o regime etoposida, metotrexato, actinomicina-D, ciclofosfamida e oncovin (EMA/CO), outros 50% referiram o tratamento com metotrexato com resgate do ácido fólico (MTX/FC), 6,7% relataram o uso quimioterápico de bleomicina, etoposida e cisplatina (BEP) e outro 6,7% relataram o tratamento quimioterápico com etoposida, metotrexato, actinomicina-D e cisplatina (EP/EMA).

Entretanto, dois artigos<sup>(5,11)</sup> não especificaram os fármacos utilizados. Todas as formas de tratamento encontradas durante a pesquisa podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Tratamentos instituídos a mulheres portadoras de DTG - Fortaleza-CE, Brasil, 2016.

<b>Tipos de Tratamentos</b>	<b>Tratamentos instituídos</b>
Inicial	Esvaziamento da cavidade uterina por vácuo-aspiração <sup>(1,2,5,9-10,12-14,18-20)</sup> Dilatação e curetagem (D&C) <sup>(16-17,19-20)</sup> Histerectomia total <sup>(1,10,15)</sup>
Após agravamento ou malignização	Histerectomia total abdominal <sup>(14,19)</sup> Monoquimioterapia <sup>(2,5,13-14,17,18-20)</sup> Poliquimioterapia <sup>(2,5,12-14,16,19-20)</sup>
Monoquimioterápico (drogas)	Metotrexate (MTX) <sup>(2,13,17,14,18)</sup> Actinomicina-D (Act-D) <sup>(2,12,20)</sup> Não especificado <sup>(5)</sup>

Poliquimioterápico (drogas)

EMA/CO<sup>(2,14,19-20)</sup>  
MTX/FC<sup>(12-13,16,20)</sup>  
BEP<sup>(20)</sup>  
EP/EMA<sup>(2)</sup>

Fonte: Pesquisa direta/2016.

Dessa forma, observou-se que 73,3% da amostra em estudo utilizaram o esvaziamento uterino por vácuo-aspiração como escolha inicial e preferencial para tratamento da DTG e que, na ocorrência de metástase ou NTG, o tratamento de escolha é o poliquimioterápico, a depender da gravidade e diagnóstico.

Dentre os tipos de classificação da DTG, a MH é a forma mais comum, acometendo cerca de 1:200-400 gestações no Brasil<sup>(19)</sup>. Entretanto, pode evoluir para NTG. Diante de suas subdivisões, estudos indicam a MHC é mais frequente do que a MHP<sup>(21)</sup>. Fato este comprovado também nessa pesquisa, já que oito dos artigos em estudo relataram diagnóstico inicial de MH. E quanto as formas de MH, observou-se que a MHC foi relatada, também, com maior frequência, pois quatro relataram presença de MHC e três de MHP.

A gestação gemelar que ocorre com feto vivo é um episódio raro, tendo sua incidência variando entre 22.000 e 100.000 a cada gestação. Nesses casos, há uma placenta sem alterações com um feto normal e outra apresentando degeneração molar<sup>(22)</sup>, informação também observada durante a presente pesquisa, já que o único caso relatando gestação gemelar, haviam duas placentas, uma contendo feto e outra contendo MHC.

O coriocarcinoma, classificada como uma das NTG, também é uma patologia rara e acomete uma a cada 40.000 gestantes<sup>(23)</sup>. Durante a coleta de dados, foi possível observar a ocorrência de dois diagnósticos dessa patologia, ou seja, 13,3% tiveram diagnóstico inicial de coriocarcinoma. Os outros tipos de DTG ou NTG, tais como mola invasora e TTSP, não foram identificados como diagnósticos iniciais nos estudos pesquisados.

Após o diagnóstico de DTG, as mulheres acometidas devem ser encaminhadas para centros de referências para acompanhamento clínico e esvaziamento uterino, onde o método mais indicado é o de vácuo-aspiração, pois a realização da curetagem uterina traz riscos de perfuração devido ao amolecimento e aumento uterino. Após esse esvaziamento, deve-se realizar

o seguimento pós-molar, monitorando os níveis de hCG, possibilitando a detecção precoce da evolução para NTG<sup>(19)</sup>.

Essa preferência por esvaziamento por vácuo-aspiração pode ser observada nos artigos em estudo, já que 73% dos mesmos relataram esse procedimento como método de escolha para o esvaziamento uterino.

Dois artigos em estudos citaram perfuração uterina em decorrência de curetagem, sendo necessária a realização de laparotomia para correção de tal complicação, comprovando a afirmação de que o esvaziamento por vácuo-aspiração é menos arriscada do que a curetagem uterina.

Estima-se que, após esvaziamento uterino, 80% das mulheres diagnosticadas com MHC e 95% diagnosticadas com MHP evoluem para cura sem necessitar de outros tratamentos. Entretanto, quando não evoluem dessa forma, e o tecido placentário anormal continua a crescer, dá-se o nome de NTG<sup>(24)</sup>.

Ainda conforme o autor supracitado, para o tratamento da MH, primeiramente essa deve ser classificada em mola completa de baixo risco ou de alto risco. Caracterizada de baixo risco quando o tamanho uterino é igual ou menor à idade gestacional (IG) estimada, o hCG é compatível a uma gestação normal e a idade materna é inferior a 40 anos. Já a de alto risco ocorre o oposto, além de apresentar ovários aumentados e com cistos presentes.

O tratamento adequado para pacientes de baixo risco é, preferencialmente, o esvaziamento uterino por vácuo-aspiração. Entretanto, em determinadas situações, realiza-se a histerectomia abdominal, porém, somente em mulheres que desejam esterilização cirúrgica. Esta observação pode ser comprovada durante os estudos, já que 20% dos autores citaram a histerectomia total abdominal como método inicial alternativo para tratamento de DTG em mulheres que já possuem prole satisfatória<sup>(24)</sup>. Esse procedimento também é realizado após agravamento ou malignização da DTG<sup>(14,19)</sup>.

O processo de vácuo-aspiração pode ser realizado de forma secundária, após realização de

curetagem uterina sem efeito satisfatório. Entretanto, essa observação não foi visualizada em estudos comparativos.

Para pacientes de alto risco, deve-se realizar uma combinação de vácuo-aspiração ou histerectomia abdominal e um ciclo de quimioterapia simples, de forma a reduzir a evolução para NTG. Na suspeita de evolução para NTG, deve-se realizar, também, busca por metástases<sup>(24)</sup>.

A DTG é considerada um tipo de câncer ginecológico onde tanto as suas formas benignas como malignas podem apresentar complicações e agravamentos severos, necessitando, por vezes, em ambos os casos de tratamento quimioterápico<sup>(25)</sup>. Na amostra em estudo, pode-se observar que todas as pacientes que foram diagnosticadas com NTG e/ou com metástase, foram submetidas a tratamento quimioterápico, a depender da gravidade do diagnóstico para escolha das drogas.

O tratamento quimioterápico para NTG é realizado, na maioria das vezes, com metotrexate e ácido folínico. O metotrexate consegue curar cerca de 90% das pacientes com NTG de baixo risco. Além disso, não produz efeitos colaterais sobre os ovários ou sobre futuras gestações. Entretanto, quando pacientes apresentam resistência ou toxicidade ao Metotrexate, deve-se substituí-lo por Actinomicina-D<sup>(24)</sup>.

Já nos casos de NTG de alto risco ou persistente, a quimioterapia combinada é a melhor escolha, que consiste no uso de várias drogas para buscar a cura. Nesses casos, o esquema de escolha é o regime EMA/CO, que contém o etoposide, metotrexate, actinomicina-D, ciclofosfamida e oncovin<sup>(24)</sup>.

Nas amostras em estudo, observou-se que 46,7% dos relatos eram de tratamento com monoquimioterapia, sendo que em 71,4% utilizou-se o metotrexate e 28,6% actinomicina-D, comprovando que a primeira droga citada é a de escolha para tratamento de NTG de baixo risco. Já 53,3% da amostra relatava histórico de tratamento com poliquimioterapia, onde 50% registraram uso de EMA/CO e outros 50% citaram MTX/FC. Entretanto, devido a porcentagem igualitária, não se pode afirmar a preferência por EMA/CO no tratamento de NTG ou metástase de alto risco.

## CONCLUSÃO

O estudo buscou conhecer as formas de tratamento instituídas a mulheres portadoras de

DTG. Dessa forma, pode-se observar que, após diagnóstico de DTG, para esvaziamento uterino, o método mais utilizado é a vácuo-aspiração, diminuindo os riscos de perfuração uterina durante o procedimento.

Tornou-se possível constatar que a MHC ocorre com maior frequência do que a MHP, seja isolada ou em gestação gemelar. Além disso, seis artigos citaram a metástase como complicação e evolução da DTG, mostrando seu grau de malignidade.

Observou-se, também, que as pacientes que necessitaram ser submetidas a tratamentos quimioterápicos, sejam por evolução para NTG ou surgimento de metástase, realizaram com maior frequência tratamentos com poliquimioterápicos, utilizando-se, quase sempre, o EMA/CO ou MTX/FC.

Esses dados mostram o quão é relevante o conhecimento quanto a essa patologia, bem como suas classificações, agravos, evoluções e tratamento, de modo a diminuir os riscos de neoplasia e metástase, efetivar o diagnóstico precoce e instituir o tratamento adequado.

Para tanto, sugere-se a necessidade de profissionais informados e especializados quanto a essa patologia, de modo a garantir a saúde da população feminina, bem como conscientizar a essa população sobre a importância de medidas preventivas e recuperativas para garantir qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Andrade JM. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):94-191. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000200008>
- 2 - Ferraz L, Lopes PF, Amim-Junior J, Rezende-Filho J, Montenegro CAB, Braga A. Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar. *J Bras Med.* 2015 [citado em 5 maio 2016];103(2):6-12. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2016/v103n2/a5399.pdf>
- 3 - Di Mattei VE, Carnelli L, Bernardi M, Pagani Baquiliacca E, 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):e0128354. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128354>
- 4 - Lima LLA, Padron L, Câmara R, Sun SY, Rezende Filho J, Braga A. Papel da cirurgia no

manejo de mulheres com doença trofoblástica gestacional. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(1):94-101. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017001009>

5 - Maestá I, Braga A. Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(4):143-6. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000400001>

6 - Ferraz L, Amim-Júnior J, Lopes PF, Montenegro CAB, Braga A, Rezende-Filho J. Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar. *J Bras Med.* 2016 [citado em 12 dez 2016];103(2):6-12. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2016/v103n2/a5399.pdf>

7 - Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):335-45. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>

8 - Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. *Rev Min Enferm.* 2014;18(1): 9-12. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>

9 - Moraes VP, Marcolino LA, SA RAM, Silva EP, Amim-Junior J, Rezende-Filho JF et al. Complicações clínicas da gravidez molar. *Femina.* 2014 [citado em 5 jan 2016];42(5):229-34. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n5/a4647.pdf>

10 - Siqueira WC, Cruz SG, Lara SF, Cury OS, Monken FV, Barros NN et al. Doença trofoblástica gestacional: lições de um caso paradigmático. *Rev Med Minas Gerais.* 2010 [citado em 12 fev 2016];20(2 Supl 1):110-3. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1067>

11 - Maestá I, Rudge MVC, Passos JRS, Calderon IMP, Carvalho NR, Consonni M. Características das curvas de regressão da gonadotrofina coriônica pós-mola hidatiforme completa. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(6):373-80. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032000000600008>

12 - Maestá I, Peraçoli JC, Passos JR, Borges VTM, Pedrazzani CD, Rudge MVC. Mola hidatiforme completa e eclâmpsia: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(6):445-8. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000600010>

13 - Matos M, Ferraz L, Lopes PF, Lozoya C, Amim Junior J, Rezende-Filho J et al. Neoplasia trofoblástica gestacional após normalização espontânea da gonadotrofina coriônica humana

em paciente com mola hidatiforme parcial. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015;37(7):339-43. <https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005318>

14 - Silva PA, Silva SR. Coriocarcinoma: um estudo de caso. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(1):148-57. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100026>

15 - Santos DM, Peruchi FL, Miranda JNR, Motta LL, Chambô Filho A. Coriocarcinoma primário de ovário: relato de um caso em paciente de 10 anos de idade. *Rev Bras Cancerol.* 2009 [citado em 5 maio 2016];55(1):49-53. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v01/pdf/09\\_relato\\_de\\_caso\\_coriocarcinoma.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v01/pdf/09_relato_de_caso_coriocarcinoma.pdf)

16 - Silva MRL, Cabral F, Massucato CA, Bergami D, Mohr M, Lehmkuhl RL. Metástase pulmonar por coriocarcinoma: relato de caso. *Arq Catarin Med.* 2014 [citado em 12 jan 2016];43(3):54-7. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1299.pdf>

17 - Murta EFC, Fatureto MC. Persistência da imagem metastática pulmonary após tratamento de doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1999;21(1):55-8. <https://doi.org/10.1590/S0100-72031999000100009>

18 - Maestá I, Calderon IMP, Rudge MVC, Sales MM, Saggiro FP, Peraçoli JC. Mola completa em gravidez gemelar: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998;20(7):415-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-72031998000700008>

19 - Belfort P, Bueno LG, Novaes CE, Jorge R. Doença trofoblástica gestacional complicada por hemorragia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(7):551-6. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032004000700007>

20 - Belfort P, Braga A, Freire NS. Malformação arteriovenosa uterina após doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(2):112-21. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200007>

21 - Hernández-Flores SE, Vega-Memije ME, Niebla-Cárdenas D, Audifred-Salomón JR, Hal-Ramírez WB. Incidência de enfermedad trofoblástica gestacional en un hospital general. *Ginecol Obstet Mex.* 2016 [citado em 12 dez 2016];84(6):377-82. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom166g.pdf>



22 - Soares LR, Rizzo JB, Deus MM, Sugita DM, Viggiano MGC, Vilela MHT. Gestação gemelar com mola hidatiforme completa e feto vivo. *Reprod Clim.* 2014;29(2):80-3. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2014.10.001>

23 - Sidney LFO, Cardoso MP, Cunha Junior AD. Estudo de caso de coriocarcinoma renal: primário ou metastático? *Thêma Sci.* 2014 [citado em 8 maio 2016];4(2):140-2. Disponível em: <https://www.fag.edu.br/upload/arquivo/1431177965.pdf>

24 - Grillo BM. Manual de informações sobre a doença trofoblástica gestacional. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional; 2014 [citado em 8 maio 2016]. Disponível em: [https://ufrj.br/noticia/docs/2015/MOLA\\_BRAGA.pdf](https://ufrj.br/noticia/docs/2015/MOLA_BRAGA.pdf)

25 - Elias TC, Mendes LC, Soares MBO, Silva SR. Caracterização e capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer mamário e doença trofoblástica gestacional. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(4):37-42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51717>

**Nota:** Monografia apresentada ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

**Recebido em:** 28/02/2017

**Aprovado em:** 27/09/2017

**Endereço de correspondência:**

Mônica Kallyne Portela Soares

Rua Duque de Caxias, 638 Bairro Venâncios

CEP: 63700-000 – Cratêus/CE - Brasil

**E-mail:** [monica\\_kallyne@hotmail.com](mailto:monica_kallyne@hotmail.com)