



DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

É o termo usado para nomear os tumores do trofoblasto viloso placentário, englobando as diferentes formas da mola hidatiforme, a mola invasora, o coriocarcinoma e o tumor trofoblástico do sítio placentário (PSTT). As três últimas são denominadas neoplasia trofoblástica gestacional.

CLASSIFICAÇÃO (mola hidatiforme)

- *Mola completa*: feto, cordão e membranas estão ausentes e é o cariótipo invariavelmente feminino 46 XX.
- *Mola parcial*: feto, cordão e membrana amniótica frequentemente presentes. O cariótipo é triploide, com par adicional de cromossomos de origem paterna.

QUADRO CLÍNICO

- Sangramento vaginal
- Aumento do volume uterino em desacordo com a idade gestacional
- Cistos tecaluteínicos dos ovários
- Hiperêmese
- Toxemia gravídica precoce

ULTRASSONOGRRAFIA

É o melhor método não invasivo para o diagnóstico de mola. Na mola completa, evidencia útero contendo material ecogênico, com múltiplas vesículas anecóicas de tamanhos diferentes, sem fluxo intrauterino, ausência de feto e BCF. Na mola parcial, placenta grande de aspecto normal com lesões intraplacentárias anecóicas difusas.

CONDUTA (Figura 1)

- Solicitar para todas as pacientes em que há suspeita de gestação molar antes do esvaziamento:
 - Hemograma completo
 - Grupo sanguíneo e fator Rh
 - Determinação do nível de beta- hCG
 - Raio X de tórax
- Esvaziamento molar por aspiração.

SEGUIMENTO PÓS MOLAR

- Dosagem de beta-hCG: deve ser realizada 48 h após o esvaziamento molar, e depois semanais. Quando for negativo por 3 semanas consecutivas, dosá-lo mensalmente por 6 meses. Após 6 meses consecutivos de negatificação do beta-hCG, a gravidez pode ser permitida.
- Ultrassonografia: útil para sugerir malignização após o esvaziamento e para acompanhar os cistos tecaluteínicos.
- Histeroscopia: pode ser utilizada para inspecionar a cavidade uterina após esvaziamento.
- Anticoncepção: importante evitar nova gravidez durante o período de seguimento, pois prejudica a análise do beta-hCG que é o marcador tumoral.
- Critérios da FIGO para diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional através da dosagem de beta-hCG:
 - Estabilização de 4 valores dosados no período de 3 semanas (dias 1, 7, 14, 21)
 - Aumento do nível de hCG > 10% a partir de 3 valores obtidos no período de 2 semanas (dias 1, 7 e 14)
 - Persistência de hCG detectável por mais de 6 meses após esvaziamento molar (Figura 2).
- O acompanhamento das formas malignas será feito em Serviço de referência com posterior estadiamento e tratamento que seguirá protocolos de utilização dos agentes quimioterápicos. (Figura 3).

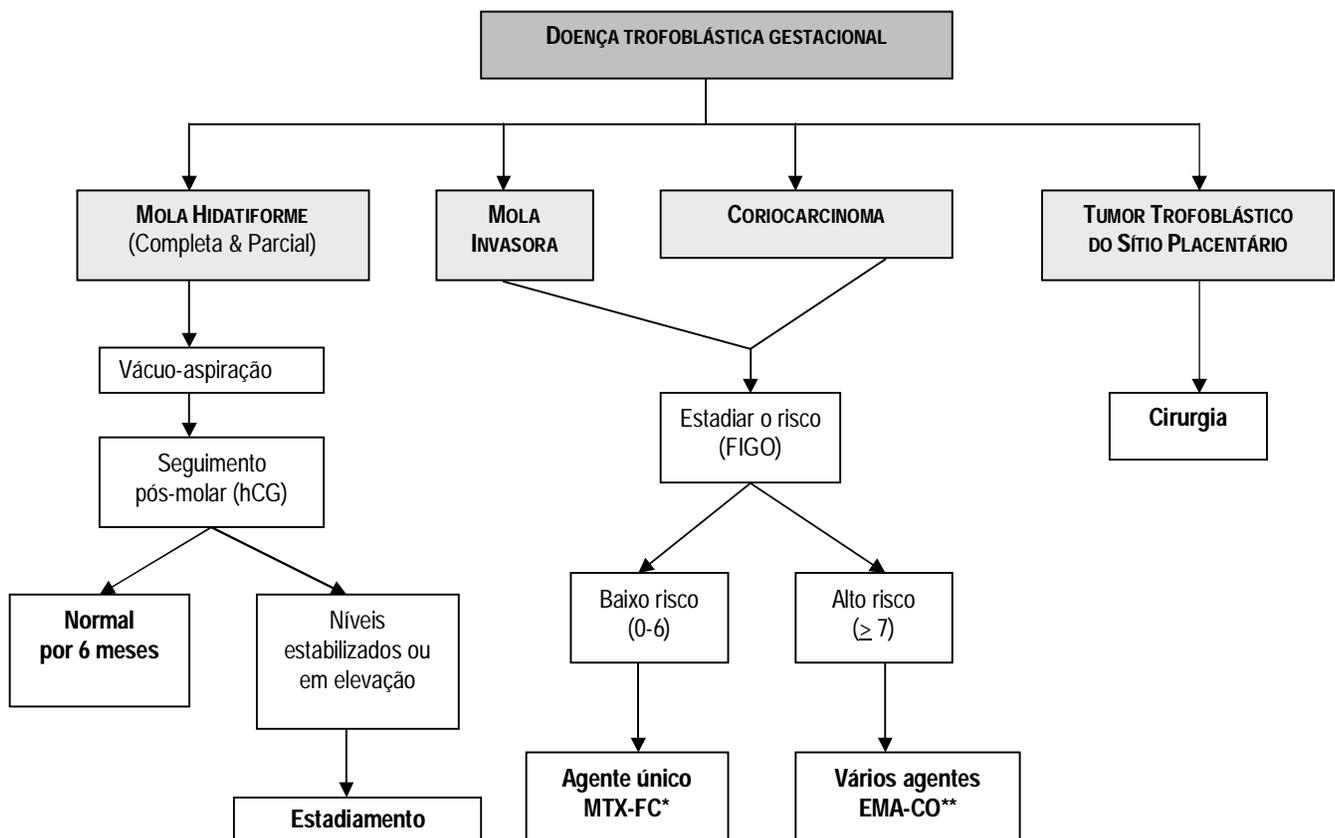


Figura 1 – Sumário de tratamento da Doença Trofoblástica Gestacional

Fonte: Rezende. Obstetria, 2010.

* Metotrexate / Ácido fólico

** Etoposide + Metotrexate + Actinomicina D / Ciclofosfamida + Oncovin

SISTEMA DE CONTAGEM REVISADO DA FIGO 2000*				
Fatores de risco	0	1	2	4
Idade	< 39	>39	-	-
Gestação antecedente	Mola	Aborto	Gestação a termo	-
Intervalo da gravidez antecedente (meses)	<4	4-6	7-12	>12
Nível de hCG pré tratamento (mUI/ml)	<1000	1000-10000	>10000-100000	>100000
Tamanho do maior tumor incluindo o útero (cm)	-	3-4	5	-
Local das metástases	Pulmão, vagina	Baço, rim	Gastrointestinal	Cérebro, fígado
Número de metástases	0	1-4	4-8	>8
Falha na quimioterapia	-	-	Agente único	> ou igual a 2 agentes

Figura 2 – Escore de risco da DTG maligna.

*Índice total: 0-6: baixo risco; ≥ 7 : alto risco. Figura 2

ESTADIAMENTO ANATÔMICO DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (FIGO, 2000)	
I	Tumor confinado ao útero
II	Tumor estende-se a outras estruturas genitais: vagina, ovário, ligamento largo e trompa (por metástase ou extensão direta)
III	Metástase para pulmão, com ou sem envolvimento do trato genital
IV	Outras metástases a distância (cérebro, fígado), com ou sem envolvimento pulmonar

Figura 3 – Estadiamento anatômico da DTG.

LEITURA SUGERIDA

- BAGSHAWE, K.D. Introduction. In: HANCOCK, B.W., et al.(Ed.). **Gestational trophoblastic disease**. 2nd ed., London: Chapman & Hall Medical, 2004. p.1.
- BELFORT, P.; BRAGA, A. Mudanças nos parâmetros clínicos da gravidez molar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.26, n.6, p.483-488, 2004.
- FELTMATE, C.M., et al. Placental site trophoblastic tumor: a 17-year experience at the New England Trophoblastic Disease Center. **Gynecol. Oncol.**, v.82, n.3, p.415-419, 2001.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- SOPER, J.T.; MUTH, D.G.; SCHINK, J.C. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. ACOG Practice Bulletin n. 53. **Gynecol. Oncol.**, v.93, n.3, p.575-585, 2004.
- WHO. **Gestational trophoblastic diseases**, 1983. (Technical Report Series. n. 692). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_692.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2013.