

## DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: ESTUDO DE CASO SOBRE SEGUIMENTO

Andrezza Silvano Barreto<sup>1</sup>

Tamires Aparecida Cavalcante Rodrigues<sup>2</sup>

Beatriz Moreira Alves Avelino<sup>3</sup>

Letícia de Carvalho Magalhães<sup>4</sup>

Régia Christina Moura Barbosa Castro<sup>5</sup>

### INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá na maior parte sem nenhuma complicação. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que são marcadas por intercorrências patológicas (BRASIL, 2012).

Dentre essas intercorrências patológicas, destaca-se a doença trofoblástica gestacional (DTG), umas das principais hemorragias da primeira metade da gestação. A DTG engloba grupo heterogêneo de proliferação celular originada a partir do epitélio trofoblástico placentário, com formas clínicas benignas, mola hidatiforme (MH), e por formas malignas, representadas pela mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide, denominadas neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) (BRAGA, 2014)

---

Essa pesquisa integra o projeto de iniciação científica cujo título é: seguimento pós-molar de mulheres diagnosticadas com doença trofoblástica gestacional: uma análise do perfil sociodemográfico e gineco-obstétrico, da Universidade Federal do Ceará.

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, [andrezzabarreto19@hotmail.com](mailto:andrezzabarreto19@hotmail.com);

<sup>2</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, [tamiiresrod@gmail.com](mailto:tamiiresrod@gmail.com);

<sup>3</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, [beatrizmoreira.aa@gmail.com](mailto:beatrizmoreira.aa@gmail.com);

<sup>4</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, [leticiamagalhaes@hotmail.com](mailto:leticiamagalhaes@hotmail.com);

<sup>5</sup>Professora orientadora: Doutora pelo Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará - UFC, [regiabarbosa@hotmail.com](mailto:regiabarbosa@hotmail.com);

A MH é a forma clínica mais comum de DTG, apresentando duas entidades distintas: mola hidatiforme completa (MHC) e mola hidatiforme parcial (MHP), com diferenças morfológicas, histopatológicas, genéticas e evolutivas (FERRAZ, 2015).

Aventa-se que a incidência mundial de DTG é de 1:1.000 gestações. No Brasil estima-se que a doença ocorra em 1:200-400 gestações. Infelizmente, grande parte dessa casuística não reflete dados populacionais, e sim de base hospitalar, proveniente dos serviços que acompanham mulheres com essa doença (FERRAZ, 2015).

Apesar de a etiologia da DTG ser desconhecida, sua patogenia repousa em uma gametogênese imperfeita. Os fatores de risco associados à sua ocorrência são os extremos reprodutivos (notadamente idade materna avançada), histórico reprodutivo de gravidez molar e estado nutricional (FERRAZ, 2015).

O sangramento transvaginal constitui sintomatologia mais frequente, com sangramento na cor vermelho-vivo que se alterna com borra de café, com intensidade variável. As pacientes também podem apresentar útero aumentado para a idade gestacional (BRAGA, 2014)

O beta-hCG (gonadotrofina coriônica humana) é o marcador biológico-hormonal, detectado no plasma e urina 9 dias após a concepção. Os níveis atingem o pico às 9-12 semanas, de cerca de 100.000mUI/ml, e acima de 200.000mUI/ml são muito sugestivos de DTG (MARQUES, 2012)

Mulheres diagnosticadas e tratadas com DTG são aconselhadas a não engravidarem pelo menos até seis meses após o seu nível de hCG ter retornado ao normal (valor de referência para não grávidas), sendo o grande desafio do seguimento pós-molar: garantir a adesão a vigilância hormonal da hCG. (FERRAZ, 2015)

Visando evitar tal condição, o enfermeiro tem um papel de educador, onde deve orientar tais pacientes sobre a importância de saber quais métodos contraceptivos são seguros para uso sistemático durante o seguimento pós-molar, a vigilância hormonal dos níveis de hCG e a adesão e constância nas consultas ambulatoriais. (FERRAZ, 2015). Dessa forma, esse estudo tem como objetivo relatar um caso de uma paciente diagnosticada com DTG, bem como destacar a importância do papel do enfermeiro no seguimento pós-molar.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso, desenvolvido em uma maternidade escola, no município de Fortaleza - CE; escolhida por referência no diagnóstico e tratamento na doença trofoblástica gestacional além de possuir um seguimento pós-molar as mulheres diagnosticadas com DTG.

Os dados foram coletados no mês de maio de 2019 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, sob o parecer 2.310.94. Para coleta de dados utilizou-se um instrumento readaptado de Dias (2015); sendo composto de três partes, a primeira parte são os dados sociodemográficos e gineco-obstétricos, a segunda são os dados relacionados aos aspectos clínicos da patologia e a terceira parte são dados relacionados ao seguimento ambulatorial pós-molar. Os dados serão apresentados de forma categórica.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Categoria 1: Histórico e Exame Físico de Enfermagem**

R.S.O., 20 anos, procedente de Fortaleza, estudante, solteira e ensino médio completo. Relata como antecedentes pessoais: asma. Nega outras comorbidades. Faz uso apenas de salbutamol. Nega etilismo e tabagismo.

Quanto aos antecedentes Gineco-Obstétricos a mesma teve uma gestação. Menarca aos 11 anos e sexarca aos 17 anos. Refere uso de anticoncepcional oral. Procurou o serviço de emergência com idade gestacional de 8 semanas e 5 dias, apresentando sangramento transvaginal e presença de dores abdominais em baixo ventre. Refere não ter iniciado pré-natal.

### **Categoria 2: Diagnóstico de Doença Trofoblástica Gestacional**

Quanto aos níveis quantitativos de beta HCG (>225000.00 mU/ml), associado ao exame de imagem (Ultrassonografia transvaginal) que apresentou na cavidade uterina: material ecogênico, contendo múltiplas vesículas anecoicas de diferentes tamanhos, útero aumentado para a idade gestacional e os ovários apresentarem cistos tecaluteínicos, o que condiz com a literatura utilizada (REZENDE, 2014 e MARQUES, 2012).

Para o tratamento, o método de eleição foi o esvaziamento uterino, em que é realizado a dilatação cervical e posteriormente a aspiração a vácuo. O material foi encaminhado para histopatologia para confirmação do diagnóstico, sendo confirmado como MHC. Foi realizada

a anticoncepção durante a internação e orientações sobre o seguimento pós-molar pela equipe médica e da enfermagem.

### **Categoria 3: Seguimento pós-molar e cuidados de Enfermagem**

Foi realizado seguimento pós-molar com seu princípio fundamental: dosagem sérica semanal de hCG, até que se atinja três dosagens consecutivamente normais (valores inferiores a 5mUI/mL) para remissão ou detecção precoce para NTG (FERRAZ, 2015).

Houve elevação dos níveis séricos de hCG após o esvaziamento molar, sendo detectado Neoplasia trofoblástica Gestacional - NTG (mola invasora), sem presença de metástases.

A paciente precisou realizar quimioterapia com “metotrexate”, que é um medicamento citotóxico (que causa destruição celular), ou seja, ele inibe a multiplicação das células e o crescimento das neoplasias; foram realizados 2 ciclos e a paciente queixou-se de dor abdominal; a medicação foi substituída por “actinomicina- d”, considerado um grupo de antibióticos produzidos por várias espécies de *streptomyces*, um medicamento também com propriedade citotóxicas, e com efeito antineoplásico. Realizaram-se 08 ciclos, em que a paciente teve diminuição de valores do beta-hCG com remissão farmacológica, mas ainda se mantém em acompanhamento para cura completa da doença, conforme ressalta (FERRAZ, 2015 e REZENDE, 2014). Contabilizam-se até momento 19 consultas ambulatoriais.

Durante o acompanhamento ambulatorial, a mulher recebe orientações sobre continuidade e assiduidade as consultas, planejamento reprodutivo, anticoncepção e administração dela, além de qualquer esclarecimento sobre adesão ao tratamento quimioterápico da equipe multidisciplinar, médico e enfermeiro.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que o seguimento pós-molar é de suma importância pois considerando o potencial de malignidade da doença, permite a detecção e tratamento precoce, caso evolua para NTG, garantindo que essa mulher tenha um bom prognóstico e futuras gestações saudáveis.

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel fundamental no processo de seguimento, pois se utiliza de estratégias em educação em saúde que podem garantir uma boa adesão ao tratamento e prevenção de complicações.

**Palavras-chave:** Doença Trofoblástica Gestacional, Mola Invasora, Quimioterapia, Enfermagem, Relato de Caso.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRAGA, A.; OBEICA, B.; MORAES, V.; SILVA, E. P.; AMIM-JÚNIOR, J.; FILHO-REZENDE, J. Doença trofoblástica gestacional – atualização. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, pag 54-60, 2014;

DIAS, Juliana Alves Moralles. **Seguimento de Mulheres com Doença Trofoblástica Gestacional: Um Estudo Epidemiológico Descritivo**. 2015. 45 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

FERRAZ, L. et al. Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar. **Jornal Brasileiro de Medicina- JBM**, v.103, p. 6-12, 2015.

MAESTÁ, I.; BRAGA, A.; Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, n. 4, pag 143-6, 2012;

MARQUES, V.; CUNHA, T.M.; Doença Trofoblástica Gestacional. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 24, n. 93, pág. 35-40, Jan.-Mar., 2012.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.