

## NEOPLASIA NA GRAVIDEZ E CONDUTA TERAPÊUTICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

*Maria Eduarda Prado Martins Rosal<sup>1</sup>; Maria Fernanda Chaves Rosado Nunes<sup>1</sup>; Zarife Azevedo Fialho;  
José Lopes Pereira Júnior<sup>2</sup>.*

*<sup>1</sup> Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Ciências Humanas Exatas e da Saúde do Piauí (FAHESP/IESVAP).*

*<sup>2</sup> Farmacêutico e docente do curso de Medicina FAHESP/IESVAP.*

*E-mail: josejrfarmacutico@gmail.com*

**INTRODUÇÃO:** Doença trofoblástica gestacional (DTG) é a neoplasia de gravidez que engloba formas clínicas benignas (mola hidatiforme completa e parcial) e malignas (mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide). O termo tumor trofoblástico gestacional (TTG) define estado patológico no qual há evidência clínica de mola invasora ou de coriocarcinoma com características de malignidade placentária em qualquer órgão. **OBJETIVOS:** O presente trabalho tem como objetivo apresentar as causas, consequências e condutas terapêuticas na DTG. **MÉTODOS:** Foi realizada uma pesquisa por meio dos bancos de dados no Scielo, e em artigos publicados em português e inglês nos últimos 10 anos. As palavras-chave incluídas na pesquisa foram: “neoplasias”; “gestantes” e “condutas”. A busca deu-se por artigos nos idiomas português e inglês. A pergunta norteadora “Quais as principais características da neoplasia na gravidez e suas condutas terapêuticas?”. Como critérios de inclusão, foram escolhidos estudos que contemplassem a pergunta norteadora, além do corte temporal proposto. Como critérios de exclusão, foram retirados estudos que não abordavam de forma sistêmica a problemática do tema. Levando em conta os critérios de refinamento mencionados anteriormente, 30 foram selecionados. A partir de estudos criteriosos dos resumos, 10 atendiam aos requisitos das pesquisas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A DTG engloba um grupo heterogêneo de proliferação celular originada a partir do epitélio trofoblástico placentário, com formas clínicas benignas e malignas, cujo marcador biológico-hormonal é a gonadotrofina coriônica humana. Essa anomalia apresenta também diferentes graus de remissão, invasão e de transformação maligna. É classificada em dois grupos de importância clínica: uma forma benigna, representada pela mola hidatiforme (MH), e outra maligna, e por vezes metastática, caracterizada pela neoplasia trofoblástica gestacional. Neoplasia benigna, é um tumor que apresenta crescimento lento e organizado e que é formado por células semelhantes àquelas presentes no tecido normal. Os limites desse tumor também são bem definidos e ele não é capaz de invadir os tecidos vizinhos ou provocar metástases. Apesar de não serem capazes de invadir os tecidos vizinhos, vale destacar que esses tumores benignos podem crescer de maneira exagerada e comprimir estruturas próximas. Neoplasia maligna, é um tumor de crescimento rápido, formado por células que se apresentam de forma diferente daquelas presentes do tecido normal. Esse tumor tem limites pouco

definidos, é capaz de invadir tecidos vizinhos e também pode provocar metástases. As neoplasias malignas são frequentemente chamadas de câncer. A OMS (Organização Mundial da Saúde) estima que 70% das mortes por câncer ocorrem nos países em desenvolvimento, sendo que 40% de todos os cânceres poderiam ser prevenidos ou curados se detectados em estágios iniciais. Em 2012, estima-se que houve 14 milhões de casos novos de neoplasia no mundo, sendo 60% deles em países subdesenvolvidos, e 8 milhões de mortes relacionadas ao câncer. Na América Latina, estimou-se 1,1 milhão de casos novos de câncer, com exceção o câncer de pele do tipo não melona, sendo o câncer de mama o tipo mais abrangente em mulheres. A Organização Mundial de Saúde reconhece o diagnóstico de tumor trofoblástico gestacional mediante os seguintes critérios: níveis elevados de hCG por período maior de 4 semanas após esvaziamento molar (teores séricos superiores a 20.000 mU/mL); níveis crescentes de hCG em qualquer tempo após o esvaziamento molar com um mínimo de três valores em 1 mês; evidência histológica de coriocarcinoma ou de tumor trofoblástico do sítio placentário em qualquer órgão e presença de metástases no cérebro, rins, fígado e sistema gastrointestinal ou nos pulmões, de mais de 2 cm de diâmetro ou em número superior a três. A gravidez molar, representa o espectro benigno da DTG. A mola hidatiforme (MH) decorre de fertilização anômala e apresenta diversos graus de proliferação trofoblástica, com ou sem presença de embrião. Embora seja alto o risco de mulheres com idade materna avançada desenvolvam doença trofoblástica, a influência é pequena sobre o número total de pacientes com gravidez molar, por conta da fecundidade reduzida nessa faixa etária. Se o envelhecimento dos oócitos é responsável pela gametogênese ou fertilização anormal, explicando, pelo menos parcialmente, a elevada frequência de mola nas idosas. Uma vez confirmado o diagnóstico de gravidez molar, o útero deverá ser esvaziado o quanto antes. A aspiração uterina é o método de escolha para pacientes com gravidez molar. A aspiração manual intrauterina. Trata-se de um procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, feito por médico. Embora não seja uma cirurgia complexa, porém em todo procedimento há riscos envolvidos, sendo os mais comuns: perfuração uterina, hemorragia, riscos da anestesia. Caso ocorra esse tipo de situação, o médico saberá reconhecer e tratá-las adequadamente. Após o esvaziamento uterino, 80% das pacientes com mola completa e 95% daquelas com mola parcial evoluirão para a cura sem a necessidade de nenhum outro tratamento. O esvaziamento uterino leva à gradual queda dos níveis de hCG sanguíneo até atingir os níveis normais não gravídicos (menor que 5 mUI/mL). Entretanto, 20% das pacientes com mola completa e 5% com mola parcial não terão normalizados os níveis de hCG, tornando necessário outros tratamentos a fim de prevenir consequências mais sérias. Quando o tecido placentário anormal torna a crescer, o paciente desenvolveu uma NTG. A forma clínica da NTG apresenta variações de acordo com a doença inicial, como também de sua extensão e diagnóstico histológico. Algumas características, como útero aumentado, sangramento vaginal e cistos tecaluteínicos presentes nos ovários, podem ser indicativos de NTG pós-molar. Entretanto, sabe-se que mais de 50% das pacientes com NTG não apresentam esses achados clínicos e, por isso, o diagnóstico clássico de NTG é realizado quando se identifica uma oscilação menor que 10% entre 3-4 dosagens consecutivas de hCG, ou elevação dos níveis séricos de hCG após o esvaziamento molar, ou, ainda, aparecimento de metástase. A detecção precoce dessa forma maligna, seguida de tratamento adequado, promove a cura de quase todas as pacientes, com plena

preservação da capacidade reprodutiva. **CONCLUSÃO:** Os artigos analisados possibilitaram o entendimento de que, a gravidez molar e a NTG/DTG provocam preocupação em relação às gestações subsequentes e fertilidade, podendo afetar a qualidade de vida das pacientes acometidas por essa doença. Apesar da DTG apresentar diversos fatores de risco de sua ocorrência e complicações clínicas importantes, a doença teve progresso em seu prognóstico, devido à criação de centros de referência que oferecem tratamento com avançadas técnicas de esvaziamento uterino, dosagem precisa de hCG e esquema quimioterápico, permitindo assim a cura sistemática.

**PALAVRAS CHAVES:** Neoplasia; gestantes; diagnóstico.