

Larissa Aparecida Cassiano

Gestações molares: Seguimento e Evolução

Monografia de conclusão de Residência
Médica em Ginecologia e Obstetrícia no
Hospital Municipal e Maternidade
Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva.

2017

Larissa Aparecida Cassiano

Gestações molares: Seguimento e Evolução

Setor de Oncologia Ginecológica

Monografia de conclusão de Residência

Médica em Ginecologia e Obstetrícia no

Hospital Municipal e Maternidade

Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva.

Orientador: Alexandre Pitorri

2017

Residente: Larissa Aparecida Cassiano especializando em Ginecologia e Obstetrícia.

Email: laricmed@hotmail.com

Curriculum Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0897531490359838>

Orientador: Alexandre Pitorri

Email: a.pitorri@yahoo.com.br

Curriculum Lattes: CV: <http://lattes.cnpq.br/7628336339790091>

Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva
(Maternidade Vila Nova Cachoeirinha), São Paulo – SP.

Endereço: Av. Dep. Emílio Carlos, 3100 - Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo - SP,
02720-200.

Telefone: [\(11\) 3986-1000](tel:(11)3986-1000)

Resumo

Objetivo: Avaliar a evolução dos casos de Mola Hidatiforme e suas variantes durante o período de 2010 a 2016. Determinar se a incidência de casos tem se alterado ao longo deste período e como tem ocorrido o seguimento clínico das pacientes.

Métodos: Foram analisados 118 prontuários de pacientes com doença trofoblástica gestacional acompanhadas entre janeiro de 2010 a dezembro de 2016 no Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha um centro de referência para tratamento desta patologia. Avaliamos critérios tipo histológico, idade, paridade, idade gestacional, número de consultas até internação, volume uterino, valor de Beta hCG, tipo de procedimento realizado, consultas após diagnóstico.

Resultados: Foram registradas 118 gestações molares, 55.383 gestações, 49.008 partos e 6.375 curetagens. Verificamos um aumento no número de Doenças Trofoblásticas Gestacionais a cada 1.000 curetagens, principalmente no ano de 2013. No entanto, como o número de molas é baixo, diante do total de curetagens, partos e de gestações, cabe ponderar que tal ponto pode ser apenas atípico, mas não indicar qualquer tipo de tendência.

No período de 2010 a 2016, a incidência média por 1.000 gestações foi de 2,13 molas; por 1.000 partos, 2,41 molas; e, por 1.000 curetagens, de 18,51 molas.

Notamos que a faixa etária de 13 a 19 anos, teve maior evasão do que seria esperado para o seguimento. Por outro lado nas faixas etárias mais elevadas houve maior concentração de pacientes que não evadiram.

Foi possível observar que a média de consultas de pacientes que receberam alta é 7,6 (desvio padrão 2,799), e a de pacientes que evadiram é de 2,372 (desvio padrão de 2,372). O Teste-T indicou que elas são significativamente distintas (valor-P < 0,001).

Conclusão: Concluimos que embora sem uma grande significância estatística o número de gestações e de MH tem se mantido, porém a evasão destas pacientes permanece muito alta.

Palavras- chave: Mola Hidatiforme, Doença trofoblástica gestacional, Neoplasia Trofoblástica Gestacional.

Abstract:

Purpose: To evaluate the evolution of cases of Hidatiform Mole and its variants during the period from 2010 to 2016. To determine if the incidence of cases has changed during this period and how the clinical follow-up of the patients has occurred.

Methods: A total of 118 charts of patients with gestational trophoblastic disease were analyzed between January 2010 and December 2016 at the Hospital Maternit Vila Nova Cachoeirinha, a reference center for the treatment of this pathology. We evaluated histologic type, age, parity, gestational age, number of consultations until hospitalization, uterine volume, Beta hCG value, type of procedure performed, consultations after diagnosis.

Results: 118 molar pregnancies, 55,383 pregnancies, 49,008 births and 6,375 curettes were recorded. We found an increase in the number of Gestational Trophoblastic Diseases per 1,000 curettes, especially in the year 2013. However, since the number of springs is low, due to the total number of curettes, deliveries and pregnancies, this point may be only Atypical, but does not indicate any type of trend.

In the period from 2010 to 2016, the average incidence per 1,000 pregnancies was 2.13 springs; Per 1,000 deliveries, 2.41 moles; And, per 1,000 curettes, of 18.51 moles

We noticed that the age group of 13 to 19 years old had more evasion than would be expected for the follow-up. On the other hand, in the higher age groups there was a higher concentration of patients who did not evade.

It was possible to observe that the mean number of visits of patients who were discharged was 7.6 (standard deviation 2.799), and that of patients who evaded was 2.372 (standard deviation of 2.372). The T-Test indicated that they were significantly different (P-value <0.001).

Conclusions: We conclude that although the number of pregnancies and moles has not been statistically significant, it has remained very high, but the evasion of these patients remains very high.

Keywords: Hidatiform Mole, Gestational Thophoblastic Disease, Gestational Thophoblastic Neoplasms.

Gestações molares: Seguimento e Evolução

Molar pregnancies: Follow-up and Evolution

Introdução

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) constitui um grupo de alterações relacionadas à gestação e originários do tecido trofoblástico placentário, cujo marcador é a fração Beta da gonadotrofina coriônica humana (beta hCG). 1

As formas mais prevalentes de DTG são classificadas em dois grupos de importância clínica: uma forma benigna, representada pela Mola Hidatiforme (MH) dividida em Mola Completa (MC) e Mola Parcial (MP) que podem evoluir para Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) que compreende a Mola Invasora (MI), Coriocarcinoma (CorioCa) e o Tumor Trofoblástico do Sítio Placentário (TTSP). 2, 3.

A MH corresponde a uma anomalia placentária, com aumento anormal das vilosidades coriônicas, proliferação trofoblástica, apresentando hiperplasia variável e focal do cito e sinciciotrofoblasto. MI diz respeito à presença de vesículas no miométrio, espaços vasculares ou em locais a distância, principalmente vagina e pulmões, sendo considerada uma seqüela da MC ou MP, já no TTSP há evidência clínica de MI ou CorioCa com características de malignidade placentária em qualquer órgão. O CorioCa é a evolução mais grave, trata-se de um tumor maligno composto por células trofoblásticas em arranjo dimórfico, citotrofoblasto e sinciciotrofoblasto, sem mostrar vilosidades coriais. 2, 4.

A incidência de casos de MH varia amplamente ao redor do mundo, em países da Europa e Estados Unidos são registrados valores entre 1/1.500 a 1/ 2.000 casos, já nos países do Oriente como Filipinas os valores são de 1/120 gestações. No Brasil segundo *Belfort* os dados não são oficiais, mas estima-se que os casos estejam presentes em 1/200 gestações. Já as NTG possuem valores ainda menores ocorrendo entre 1/15.000 a 1/40.000 casos. 5

A etiologia é ainda pouco conhecida, porém acredita-se que alguns fatores podem estar relacionados com a DTG. Destaca-se que a MH é mais comum em mulheres com mais de 40 anos, a deficiência de proteínas, vitamina A, caroteno e estrógenos, condições de vida e variações étnicas, 6,7.

Clinicamente as paciente com MH evoluem com sintomas a partir de 6 a 8 semanas de gestação nos casos de MC, e nas MP mais tardiamente devido ao pouco tecido molar e até a presença do feto. Para diagnóstico atualmente dispomos do Ultrassom como grande aliado que irá mostrar um útero aumentado para a idade gestacional e uma imagem semelhante a “flocos de neve”, já laboratorialmente teremos níveis atípicos e extremamente elevados de b hCG. 8,9

O número de pacientes que evoluem para doença invasiva varia na média de 7 a 36 %. 10, 11. As taxas são muito distintas mundialmente, mas acredita-se que essa variação ocorra devido a grande diferença na assistência médica empregada no mundo, isso levando em consideração que alguns protocolos são mais invasivos levando as pacientes a condutas mais ativas. Para evitar tais discrepâncias a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) criou um sistema de diagnóstico e tratamento que uniformiza as condutas. 12.

Recomenda-se que o seguimento seja feito através de dosagens semanais de b hCG até a negatificação e após dosagens mensais por até um ano. 13. Uma grande dificuldade é que esse seguimento seja realizando por parte da paciente que acaba abandonando o tratamento antes da negatificação do b hCG, ou antes, de um ano de seguimento. A ausência não aumenta o risco de doença invasora, mas pode postergar e até mesmo dificultar o diagnóstico piorando o prognóstico da paciente. 14.

Para que o seguimento ocorra de maneira correta é consenso que o tratamento dever realizado em Centros de Referência onde os profissionais saibam lidar com a patologia e prontamente sejam capazes de avaliar alterações sugestivas de NTG 15.

Em alguns casos quando o esvaziamento uterino é realizado precocemente (primeiro trimestre), podem não ser encontrados todos os critérios histopatológicos necessários para o diagnóstico. 16 Podendo levar a uma classificação de MP ou aborto

hidrópico não molar, nestes casos visto risco da DTG, deve-se receber o mesmo seguimento clínico até negatização do b hCG. 17,18.

Enquanto se realiza o acompanhamento pós MH as pacientes devem ser fortemente orientadas a não engravidar, pois uma nova gestação durante o seguimento irá elevar os valores de b hCG e dificultar o seguimento adequado 19.

Vários protocolos consideram valida a realização de esvaziamento uterino através de histerectomia em pacientes com prole constituída e condições cirúrgicas, porem este procedimento não elimina os riscos de doença metastática, sendo assim essas pacientes devem continuar mantendo seguimento 20,21.

As formas neoplásicas de DTG podem se originar de qualquer tipo de gravidez (gestação molar, abortamento não molar, gravidez tópica a termo ou gestação ectópica) e podem evoluir para malignidade após o esvaziamento uterino. Isso ocorre em cerca de 5% das MP e 20% das MC. Embora possa ocorrer NTG muito tempo após a MH ter sido evacuada, a maioria das lesões malignas aparece nos primeiros seis meses após esvaziamento uterino. A sua negatização aponta para a cura espontânea da doença. 22, 23.

Com o objetivo de avaliar a incidência dos casos ao longo dos últimos 7 anos, verificarem como se deu o seguimento clínico e a evolução para negatização dos níveis de b hCG ou sua persistência e evolução para malignidade, desenvolvemos o presente estudo.

Métodos

Durante o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, foram avaliados 6375 resultados análise histopatológica e dentre elas selecionadas para o estudo 118 pacientes com o diagnóstico de DTG, atendidas no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016 no Centro de Neoplasia Trofoblástica Gestacional do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva (HMEC), região da Zona Norte de São Paulo.

Atualmente o HMEC está cadastrado na Associação Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional (TROFOS) como um dos centros de referencia brasileiro na região Sudeste para o seguimento da MH.

Todas as pacientes haviam sido admitidas no pronto socorro com quadros sugestivos de abortamento, seguimento gestacional ou suspeita de MH. Foram internadas e encaminhadas para curetagem uterina, aspiração manual intrauterina ou esvaziamento de mola. Após foram incluídas no estudo as que apresentaram avaliação histopatológica de DTG pelo Laboratório de Anatomia Patológica do HMEC e Laboratório de Anatomia Patológica do CientificaLab (serviço complementar do HMEC). Foram selecionadas pacientes que atenderam aos critérios de classificação da FIGO. 23

Após recebimento do diagnóstico foram encaminhadas para seguimento ambulatorial e acompanhamento semanal com exame físico e dosagem sérica da subunidade β da gonadotrofina coriônica (b hCG) por quimiluminescência até a negatificação, e então a periodicidade passava a ser mensal até completar um ano de sua negatificação e então a paciente recebia alta.

Nos casos em que a paciente apresentou persistência dos valores ou aumento do b hCG ela foi encaminhada para seguimento através de cirurgia ou Quimioterapia no centro de referencia conveniado a maternidade o Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho para que seu seguimento permanecesse neste serviço segundo a rotina do mesmo.

Os dados estatísticos foram analisados com o uso dos programas R (versão 3.3.0), R Studio (versão 0.99.902) e Minitab (versão 16.1.1). Para avaliar dados

nominais utilizamos o teste de Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, considerando-se significativos eventos com $p < 0,05$ e não significativos $p > 0,05$, para um intervalo de confiança (IC) de 95%.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva (58147516.2.0000.5454- parecer consubstanciado em anexo), em consonância com Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde e o Código de Ética Médica de 2009 do Conselho Federal de Medicina. Por tratar-se de estudo retrospectivo, de base em prontuários hospitalares, de pacientes que possuíram o diagnóstico de gestação molar e suas variantes, não foi exequível aplicar o TCLE, sendo então aplicado o Termo de Confidencialidade.

Resultados

As estatísticas descritivas a seguir dizem respeito às DTGs molares em pacientes do no HMEC. O objetivo desta análise é oferecer um panorama das DTGs ao longo dos anos de 2010 a 2016, abordando sua incidência em relação a número de partos e de curetagens. Além disso, serão fornecidas informações que descrevem o número de casos por idade das pacientes, número de consultas, a correlação entre volume uterino e o valor de beta hCG e a distribuição do valor de beta HCG por tipo de mola.

A Figura 1 apresenta o número absoluto de gestações, partos, curetagens e DTGs de 2010 a 2016, no HMEC. Pela escala do gráfico, não é possível notar mudança importante na tendência de curetagens e gestações molares. Já o número de partos e de gestações apresentou crescimento no início da série e, a partir de 2012, decréscimo.

De 2010 a 2016 foram registradas 118 gestações molares, 55.383 gestações, 49.008 partos e 6.375 curetagens nessa Maternidade.

Os números de gestações molares por 1.000 gestações, 1.000 partos e 1.000 curetagens podem ser observados na Figura 2. A Tabela 1 detalha os valores de incidência de mola por 1.000 gestações, partos e curetagens.

Observam-se elevações nos números de molas a cada 1.000 curetagens nos anos de 2013 e 2016. No entanto, como o número de molas é baixo diante do total de curetagens, partos e de gestações, cabe ponderar que esses pontos podem ser apenas atípicos, e não indicar qualquer tipo de tendência.

No período de 2010 a 2016, a incidência média por 1.000 gestações foi de 2,13 molas; por 1.000 partos, 2,41 molas; e, por 1.000 curetagens, de 18,51 molas.

As estatísticas descritivas por variáveis quantitativas são apresentadas na Tabela 2.

A média de idades das pacientes foi 27,7 anos (desvio padrão de 9,104 anos) – a idade mínima registrada foi de 13 anos e a máxima, de 53 anos. A Tabela 3 apresenta o número de gestações molares por idade.

A Figura 3 apresenta o histograma das idades, que possibilita melhor compreensão da distribuição dos casos de gestação molar de 2010 a 2016.

Uma categorização possível das idades é apresentada na Tabela 4.

Um dado muito importante observado foi o número médio de consultas que foi de 3,368 (com desvio padrão de 3,305 consultas), sendo que o número mínimo de consultas foi 0, e o máximo, 18. O número mediano de consultas, que é uma medida mais robusta que a média, foi de 3 consultas por paciente.

A Tabela 5 oferece a quantidade de ocorrências por tipo de patologia.

Para a realização do teste de associação entre faixas etárias e tipo de patologia, serão retiradas da análise as observações com patologia inconclusiva, Coriocarcinoma e mola invasora, dadas as baixas quantidades de ocorrências. Também serão unidas as faixas etárias de 35 a 39 e de 40 ou mais anos de idade.

Com tal categorização, foi possível realizar o Teste Exato de Fisher, que forneceu associação estatisticamente não significativa ao nível de 5% entre faixa etária e tipo de patologia (valor-P = 0,1446).

O cruzamento entre faixas etárias e patologias pode ser observado na Tabela 6. Aqui foram inseridas todas as patologias e faixas etárias.

A correlação entre beta hCG e volume uterino verificada foi de 0,7518, com intervalo de confiança de 95% de [0,4834; 0,8910]. Valores apresentados na Tabela 7. A correlação é positiva e estatisticamente significativa (diferente de zero) com valor-P inferior a 0,001. Foram consideradas no cálculo 22 observações que possuíam informações válidas para ambas as variáveis.

As estatísticas descritivas de Beta HCG por tipo de mola podem ser observadas na Tabela 8. Cabe salientar que apenas as categorias de mola completa e parcial possuíam observações em número que possibilitou o cálculo de todas as estatísticas.

O número de gestações e abortos foi positivamente correlacionado (correlação de 0,5032). O coeficiente de correlação de Pearson é significativamente diferente de 0 (valor-P < 0,001), e o intervalo de confiança para a correlação (95%) é [0,3439; 0,6343].

Foi realizado o teste de associação (Teste Exato de Fisher) entre faixa etária e evasão. Esse teste foi significativo ao nível de 10%, com valor-P = 0,0920. A Tabela 9 apresenta o cruzamento das faixas etárias e evasão, com percentuais por coluna.

Verifica-se que a faixa etária de 13 a 19 anos, teve maior evasão do que seria esperado. Por outro lado nas faixas etárias mais elevadas houve maior concentração de pacientes que não evadiram.

A Tabela 10 apresenta o número de consultas para pacientes que recebeu alta e que evadiram. É possível observar que a média de consultas de pacientes que evadiram é 7,6 (desvio padrão 2,799), e a de pacientes que não recebeu alta é de 2,3 (desvio padrão de 2,369). O Teste-T indicou que elas são significativamente distintas (valor-P < 0,001).

Observamos uma flutuação no número de gestações o que se compararmos com o número de DTG está bem próximo, a incidência de casos de mola tenha oscilado ela se manteve próxima à marca de 2,1 casos a cada 1000 pacientes próximo aos valores descritos para região Europeia. 5

Embora a os extremos de idade sejam considerados fatores de risco e o acometimento seja mais frequente nos extremos de idade o percentual maior está entre as pacientes com 20 a 29 anos sendo 39,8% das destas. 24

Verificamos que uma paciente em 2010 apresentou seguimento completo para MP e no ano seguinte após sua liberação a mesma evolui com uma nova gestação e neste momento apresentou uma nova MP e realizou seguimento incompleto nesta repetição. Isso nos dá uma chance de repetição de 0,84% próximo ao valor da literatura de 1%. 25

Durante o seguimento uma paciente foi diagnosticada com MI encaminhada para a quimioterapia, mesma não compareceu e retornou a Maternidade referindo que não iria realizar quimioterapia embora soubesse dos riscos. Esta paciente foi submetida a duas novas coletas de b hCG e logo após não retornou mais a maternidade mesmo com todas as convocações realizadas pelo serviço social. Demonstrando sua dificuldade em compreensão do risco da patologia em contra partida mostra outro dado relevante foi observada uma taxa de abandono de 33%, apenas 39 paciente seguiram todo o acompanhamento até receberem alta. Consideramos que a média para que a paciente alcance um seguimento completo é de 9 consultas e a média de consulta das pacientes foi de 3,487 consulta. Considerando que dentre essas um grupo significativo de 34 pacientes (28%), mesmo após convocação não compareceu em nenhuma consulta para resultado da análise histológica, permanecem sem o conhecimento de sua patologia. 26, 27.

Ainda na questão do seguimento inadequado observamos que 5 pacientes engravidaram dentro do período necessário para seguimento, anulando a possibilidade para seguimento correto. Dentre essas pacientes após diagnóstico de gestação foi perdido seguimento e mesmo após puerpério não houve retorno por nenhuma delas.

Entre as NTG nossa pesquisa observou 8 casos sendo 6 de MI e 2 de CorioCa todos foram encaminhados para realização de quimioterapia sendo que mesmo entre estas pacientes com patologia grave observamos 4 casos de perda do seguimento. Encontramos um percentual na literatura de 15 a 20 % de evolução maligna nos casos de MC e 0,5 a 1% nos casos de MP. Nosso dado mostrou um valor de 6%.

Durante o seguimento uma paciente foi diagnosticada com MI encaminhada para a quimioterapia, porem a mesma não compareceu e retornou a Maternidade referindo que não iria realizar quimioterapia embora soubesse dos riscos. Esta paciente foi submetida a duas novas coletas de b hCG e logo após não retornou mais a maternidade mesmo com todas as convocações realizadas pelo serviço social.

Todas as pacientes que foram submetidas à curetagem e AMIU com ou sem suspeita previa de MH e que após exame anatomopatológico receberam confirmação diagnóstica de MH foram convocadas para comparecer em consulta no ambulatório especializado em gestações molares para realizarem seu seguimento. As pacientes eram chamadas através de telefone, agente comunitário da Unidade Básica mais próxima ao domicilio e na falta de ambos por telegrama para que comparecesse a consulta recebessem o diagnóstico e informações inerentes ao mesmo.

Concluimos que os principais desafios para o tratamento das pacientes com MH abrangem o diagnóstico precoce, esvaziamento uterino imediato e seguimento pós-molar regular com dosagem sérica de hCG, melhorando assim o prognóstico das pacientes, sua qualidade de vida e resultados reprodutivos. Sugerimos que políticas de saúde pública sejam adotadas de forma que as paciente se tornem mais conscientes de sua patologia e riscos para que não abandonem o seguimento.

Figuras e Tabelas

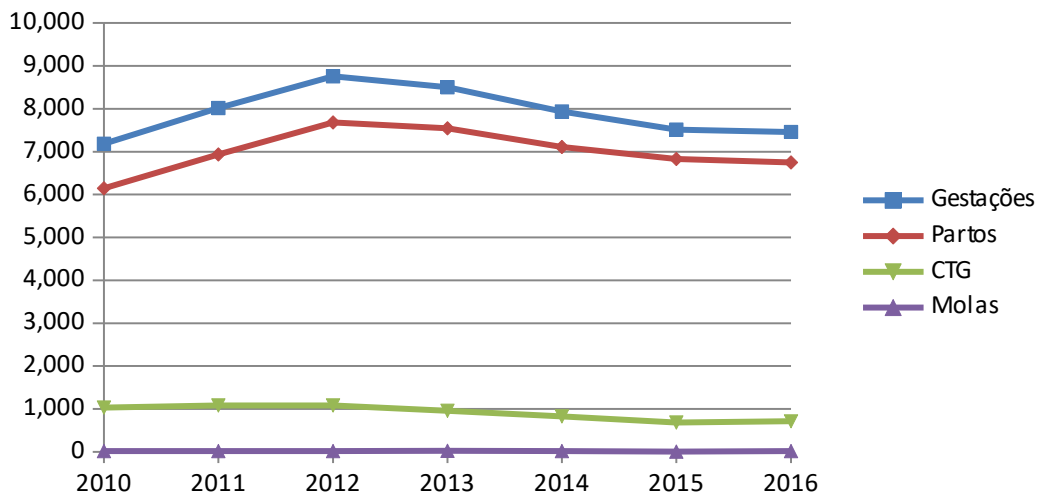


Figura 1 – Número de gestações, partos, curetagens e gestações molares, de 2010 a 2016, na Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha

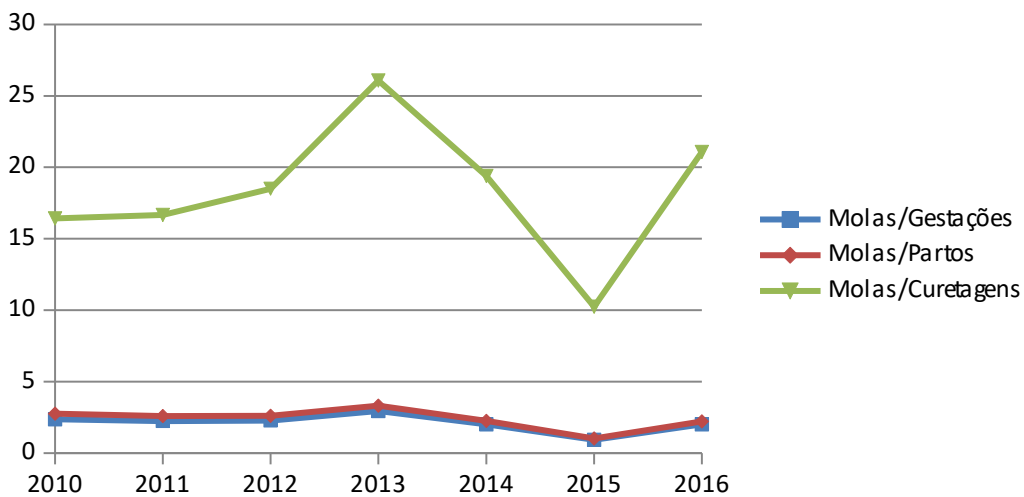


Figura 2 – Incidência de gestações molares a cada 1.000 gestações, partos e curetagens de 2010 a 2016, na Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha

Tabela 1 - Incidência de gestações molares a cada 1.000 gestações, partos e curetagens, de 2010 a 2016, na

Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha			
	Molas/1.000 Gestações	Molas/1.000 Partos	Molas/1.000 Curetagens
2010	2,37	2,77	16,43
2011	2,24	2,59	16,67
2012	2,28	2,60	18,50
2013	2,94	3,31	26,07
2014	2,02	2,25	19,39
2015	0,93	1,02	10,25
2016	2,01	2,22	21,07

Tabela 2 – Número de observações, número de casos informados, média, desvio padrão, mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo das variáveis idade, número de gestações, paridade, abortos, idade gestacional e número de consultas

Variável	N total	N válido	Média	Desvio padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Idade	118	118	27,729	9,104	13,000	20,000	25,500	34,000	53,000
Gestações	118	104	2,558	1,889	1,000	1,000	2,000	3,000	11,000
Paridade	118	104	1,202	1,657	0,000	0,000	1,000	2,000	10,000
Abortos	118	104	0,404	0,7310	0,0000	0,0000	0,0000	1,0000	3,000
Idade gestacional	118	88	11,389	4,355	4,000	8,107	10,500	13,929	29,143
Consultas	118	117	3,487	3,368	0,000	0,000	3,000	6,000	18,000

Tabela 3 – Número de gestações molares por idade

Idade	Número de gestações molares
13	1
14	1
16	2
17	7
18	6
19	7
20	8
21	8
22	3
23	5
24	4
25	7
26	5
27	3
28	2
29	2
30	2
31	6
32	5
33	4
34	5
35	2
36	2
37	2
38	4
39	1
40	2
41	2

42	1
43	1
46	2
47	1
48	2
49	2
53	1

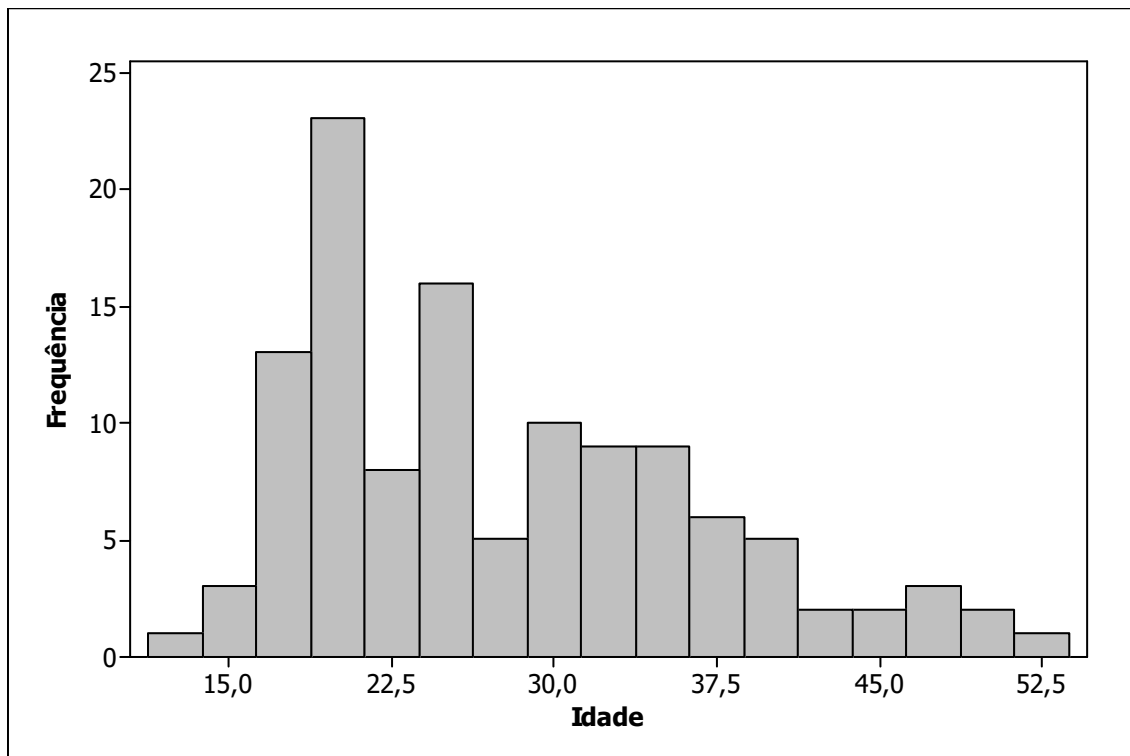


Figura 3 – Histograma das idades de pacientes que apresentaram gestação molar na Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha, de 2010 a 2016

Tabela 4 – Idades categorizadas e frequência de casos de gestações molares, de 2010 a 2016, na Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha

Idade categorizada	Número de ocorrências
13 a 19	24
20 a 24	28
25 a 29	19
30 a 34	22
35 a 39	11
40 ou mais	14

Tabela 5 – Número de ocorrências por tipo de patologia

Patologia	Ocorrências
Inconclusiva	4
Mola completa	40
Mola parcial	66
Mola invasora	6
Coriocarcinoma	2
TTS	0

Tabela 6 – Número de patologias por faixa etária

	Inconclusiva	Mola completa	Mola parcial	Mola invasora	Coriocarcinoma	Total
13 a 19	2	11	10	1	0	24
20 a 24	1	10	16	1	0	28
25 a 29	0	7	11	1	0	19
30 a 34	1	3	17	1	0	22
35 a 39	0	2	8	1	0	11
40 ou mais	0	7	4	1	2	14
Total	4	40	66	6	2	118

Tabela 7 – Número de observações, número de casos informados, média, desvio padrão, mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo das variáveis volume uterino e beta hCG

Variável	N total	N válido	Média	Desvio padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Volume uterino	118	53	454,7	322,6	29,3	234,5	362,0	637,0	1708,0
Beta HCG	118	28	231880	342339	10000	18965	95181	232127	1480257

Tabela 8 – Número de observações, média, desvio padrão, mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo de beta hCG por tipo de patologia

Variável	N válido	Média	Desvio padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Inconclusiva	2	144978	89711	81543	-	144978	0	208413
Mola completa	17	268984	370546	10000	70915	182498	244733	1480257
Mola parcial	6	29029	19592	11014	13220	21656	50806	57224
Mola invasora	2	722897	374996	457734	-	722897	-	988059
Coriocarcinoma	1	10000	-	10000	-	10000	-	10000

Tabela 9 – Faixas etárias e evasão, número e percentual por coluna

	Sim	Não	Total
13 a 19	21 (0,269)	3 (0,077)	24
20 a 24	18 (0,231)	10 (0,256)	28
25 a 29	12 (0,154)	6 (0,154)	18
30 a 34	11 (0,141)	11 (0,282)	22
35 ou mais	16 (0,205)	9 (0,231)	25
Total	78 (0,667)	39 (0,333)	117

Tabela 10 – Número de observações, média, desvio padrão, mínimo, 1º quartil, mediana, 3º quartil e máximo de consultas por alta ou evasão

Variável	N válido	Média	Desvio padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Alta	25	7,600	2,799	2,000	6,500	8,000	8,000	18,000
Evasão	90	2,267	2,369	0,000	0,000	2,000	4,000	10,000

1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol.* 2009;112(3):654-62.
2. WHO. Gestational trophoblastic diseases, 1983. (Technical Report Series. n. 692). Disponível em. Acesso em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39169/1/WHO_TRS_692.pdf 15 jan. 2017.
3. Smith, H. O.; Kohorn, E.; Cole, L. A. Choriocarcinoma and gestational trophoblastic disease. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.*, v.32, n.4, p.661-684, 2005.
4. Lurain, J.R. — Gestational trophoblastic disease I: Epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 203(6): 531-9, 2010.
5. Belfort P, Braga A. The changing clinical presentation of molar pregnancy. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(6):483-8.
6. Palmer Jr. Advances in the epidemiology of gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med.* 1994 Mar;39(3):155-62.
7. Belfort P. Neoplasia trofoblástica gestacional: risco de vida entre brasileiras pobres. *Digest coletânea.* 1995;1:28-31.
8. Goldstein DP, Berkowitz RS. Current management of complete and partial molar pregnancy. *J Reprod Med* 1994; 39:139-46.
9. Curry SL, Hammond CB, Tyrey L, Creasman WT, Parker RT. Hydatidiform mole: diagnosis, management and long-term follow up of 347 patients. *Obstet. Ginecol.* 1975; 45:1-8.
10. Bagshawe KD, Dent J, Webb J. Hydatidiform mole in England and Wales 1973-83. *Lancet.* 1986; 2(8508): 673-7.
11. Nakano R, Sasaki K, Yamoto M, Hata H. Trophoblastic disease: analysis of 342 patients. *Ginecol. Obstet. Invest.* 1980; 11(4): 237-42.
12. Hancock BW. Staging and classification of gestational trophoblastic disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2003; 17(6): 869-83.
13. Feltmate CM, Batorfi J, Fulop V, Goldstein DP, Doszpod J, Berkowitz RS. Human chorionic gonadotropin follow-up in patients with molar pregnancy: a time for reevaluation. *Obstet Gynecol.* 2003;101(4):732-6.
14. Wolfberg AJ, Feltmate C, Goldstein DP, Berkowitz RS, Lieberman E. Low risk of relapse after achieving undetectable hCG levels in women with complete molar pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;104(3):551-4

15. Braga, Antônio, Obeica, Bruna, Moraes, Valéria, Silva, Evelise P, Amim-junior, Joffre Rezende-filho, Jorge. Doença trofoblástica gestacional – atualização. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2014; 13(3): 55-61.
16. Parazzini F, Mangili G, La Vecchia C, Negri E, Bocciolone L, Fasoli M. Risk factors for gestational trophoblastic disease: a separate analysis of complete and partial hydatidiform moles. *Obstet. Ginecol.* 1991; 78:1039-45.
17. Berkowitz RS, Goldstein DP. Molar pregnancy. *NEJM.* 2009 Apr; 360(16): 1639-45
18. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease. *Obstet. Ginecol.* 2004 Jun; 103(6): 1365-77
19. Ngan S, Seckl Mj. Gestational Trophoblastic Neoplasia management: na uptodate. *Curropioncol.* 2007 Sep; 19(5): 486-91
20. Alazzamm, Hancock BW, Tidy j. Role of hysterectomy in managing persistent Gestational Trophoblastic Disease. *J. Reprod Med.* 2008 Jul; 53(7): 519-24
21. Tiziu DG, Andrade JM, Reis FJC, Lombardi W, Marana HRC. Fatores de risco para doença trofoblástica gestacional persistente. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005
22. Bagshawe KD. Choriocarcinoma: a model for tumour markers. *Acta Oncol.* 1992; 31(1): 99-106.
23. Lewis JL Jr. Classification of trophoblastic neoplasia. *Ann Clin Lab Sci* 1979; 9:387-92.
24. Belfort P, Braga A. Mudanças na apresentação clínica da gravidez molar. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2004;26(6):483–8
25. Andrade JM. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2009;31:94–101.
26. Originais A. Fatores de risco para doença trofoblástica gestacional persistente. *Rev Bras Ginecol Obs* 2005;27(16):331–9.
27. Tiezzi DG, Andrade JM, Reis FJC, Lombardi W, Marana HRC. Fatores de risco para doença trofoblástica gestacional persistente. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(6):331-9.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Ao meu esposo, pelo suporte emocional e companheirismo.

A minha mãe e meus pais do coração, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos os funcionários que direta ou indiretamente fizeram parte desta pesquisa e permitiram sua realização em especial Sra. Morésia do laboratório, Sra. Maria Inês do administrativo, Sr. Ronaldo do arquivo de prontuários e Dra. Vera Denise coordenadora da Obstetrícia, o meu muito obrigada.