

Número de identificação:

## **Gestações molares**

*Saúde Materna- Infantil*

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

**INTRODUÇÃO:** A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) constitui um grupo de alterações relacionadas à gestação e originários do tecido trofoblástico placentário. Podemos classificar 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). **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. 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. **DISCUSSÃO:** 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.**REFERÊNCIAS:** 1. Berkowitz RS, Goldstein DP. Current management of gestational trophoblastic diseases. *Gynecol Oncol.* 2009;112(3):654-62. 2. 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. 3. 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.