

Incidência de doença trofoblástica gestacional nos anos de 2007 a 2011 em um hospital público da região do Cariri

Incidence gestational trophoblastic disease in the years of 2007 to 2011 in a public hospital in the region of Cariri

Mônica Kallyne Portela Soares¹, Juliana Fachine Braz de Oliveira², Mayara Amanda de Oliveira³

Resumo

Objetivo: determinar a incidência de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) e descrever o perfil das mulheres acometidas em relação às formas clínicas, tratamento e seguimento pós-molar. **Métodos:** Tratou-se de um estudo de natureza documental, exploratória, retrospectiva e quantitativa, cuja coleta de dados se realizou através da observação sistemática de doze prontuários de mulheres acometidas por DTG, entre os anos de 2007 a 2011, em um hospital de referência da região do Cariri, no Ceará, respeitando aspectos éticos e legais sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** Os resultados mostraram que uma a cada 100 gestantes que deram entrada no hospital por complicações decorrentes no primeiro trimestre de gravidez foram acometidas por DTG, e, destas, 58% eram mulheres entre 16 e 19 anos e 50% nulíparas. **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade de um olhar preciso para análise dos casos suspeitos com o intuito de diagnóstico precoce e prevenção do surgimento ou recorrência

da DTG, tornando-se indispensável, para tal, a realização do seguimento pós-molar em todas as mulheres com diagnóstico confirmado e tratamento efetuado.

Palavras-chave: Doença Trofoblástica Gestacional. Incidência. Gonadotropina Coriônica. Mola Hidatiforme.

Abstract

Objective: The study aimed to determine the incidence of Gestational Trophoblastic Disease (GTD) and describe the profile of women living in relation to clinical forms, treatment and post-molar segment. **Methods:** This was a study of nature documentary, exploratory, retrospective and quantitative, which data collection was conducted through systematic observation twelve medical records of women affected by GTD in the period and established site, respecting ethical and legal aspects of research involving human subjects. **Results:** The results showed that one in 100 pregnant women who were admitted to the hospital for complications in the first trimester of pregnancy were affected by GTD, where 58% of the sample were composed of women between 16 and 19 years and 50% of nulliparous. **Conclusion:** Therefore highlights the need for a need to look at analysis of suspected cases

1 Graduação em Enfermagem. Especialista em Gestão em Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Princesa do Oeste.

2 Graduação em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio – FALS.

3 Graduação em Enfermagem. Coordenadora do Bloco Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização do Hospital Regional Fernando Bezerra, em Ouricuri – PE.

with early diagnosis of order and prevent the onset or recurrence of GTD, making it essential to this end, the completion of post-molar follow-up in all women with confirmed diagnosis and the surgical treatment.

Keywords: Gestational Trophoblastic Disease. Incidence. Chorionic Gonadotropin. Hydatidiform Mole.

Introdução

A gravidez é um processo fisiológico de extrema perfeição, pois o corpo feminino é modelado de acordo com o desenvolvimento embrionário, fazendo com que o mesmo seja adaptado para guardar, manter e proteger o novo ser. Porém, existem afecções que podem acometer as mulheres durante a gravidez.

Dentre elas, cita-se a Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), uma patologia caracterizada pelo surgimento de blastoma originado do tecido de revestimento das vilosidades coriais e que tem como principais classificações: a mola hidatiforme (MH), que pode ser completa ou parcial; a neoplasia trofoblástica gestacional persistente/invasora, mais conhecida como mola invasora (MI); o coriocarcinoma (CC) e o tumor trofoblástico do sítio placentário (TTSP)¹.

A DTG possui como marcador biológico-hormonal a gonadotrofina coriônica humana (HCG) e tem como forma maligna a Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG), representada pela persistência de tecido trofoblástico ativo, que pode estar presente tanto na parede uterina como em outros órgãos e tecidos por meio de metástase².

A DTG possui maior concentração de mulheres afetadas com faixa etária superior a 45 anos de idade e inferior a 18 anos de idade, sendo mais frequente em pacientes jovens e nulíparas^{3,4}.

O diagnóstico dessa patologia pode ser fornecido por meio do exame físico, da ausência de batimentos cardíacos; da ultrassonografia (USG) e dos níveis muito elevados de β -HCG⁵.

Além de sua utilização para confirmação de DTG, os níveis séricos de β -HCG são parâmetros indispensáveis para o acompanhamento dessas mulheres. Após o esvaziamento molar, recomenda-se a dosagem de β -HCG com intervalos semanais, até a obtenção de três dosagens consecutivas normais. Prossegue-se com a realização do exame em intervalos quinzenais e, a seguir, mensalmente até completar seis meses após o primeiro resultado negativo⁶.

Jovens do sexo feminino estão iniciando suas vidas sexuais mais precocemente, elevando a incidência de gravidezes muitas vezes não planejadas e a ocorrência e/ou recorrência de problemas ginecológicos e obstétricos, tal como a DTG.

Portanto, justifica-se a escolha dessa temática devido à limitação de abordagem do determinado assunto nos hospitais de referência da região, bem como pelas consequências trazidas às mulheres portadoras de DTG, tornando-se necessário traçar o perfil das mulheres acometidas pela doença na região do Cariri, observando quais as melhores formas de tratamento.

O objetivo do estudo foi determinar a incidência de Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) entre os anos de 2007 a 2011, em um hospital de referência da região do Cariri, no Ceará e descrever o perfil de mulheres acometidas por DTG em relação às formas clínicas, ao tratamento, ao manejo e ao seguimento pós-molar.

Métodos

Realizou-se um estudo de natureza documental, exploratória, retrospectiva e com uma abordagem quantitativa.

A população foi composta por 1.182 prontuários de mulheres que deram entrada no hospital em estudo, nos anos de 2007 a 2011, por complicações decorrentes no primeiro trimestre de gravidez, e a amostra constou de 12 prontuários de mulheres que apresentaram DTG.

Foram incluídos os prontuários de mulheres que tiveram confirmação de DTG nesse hospital durante o período estabelecido, independente do nível de escolaridade, idade, raça e número de gestação, parto e aborto; e excluídos aqueles que, nesse período, estavam com suspeita de DTG, mas não tiveram confirmação, quando foi diagnosticada após o primeiro trimestre de gestação ou quando os prontuários foram definidos como incompletos pela unidade hospitalar.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma planilha contendo as informações elaboradas para facilitar a investigação dos prontuários.

Durante os meses de agosto e setembro de 2012, de segunda a sexta-feira, realizou-se a revisão dos prontuários, referentes aos anos de 2007 a 2011, de mulheres submetidas a tratamento clínico, curetagem e cirurgia, com o intuito de estabelecer o tamanho da população em estudo e determinar a amostra definida para a realização da pesquisa.

Os dados foram analisados no programa Microsoft Office Excel 2007, sendo interpretados com base na literatura existente sobre a temática em estudo.

Calculou-se a incidência de DTG nos anos de 2007 a 2011 da população usuária do Hospital Terciário do Cariri por meio da equação padrão⁷.

A pesquisa obedeceu às normas presentes na Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁸, obtendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Leão Sampaio de Ensino Universitário, sob Parecer nº 212.141.

Resultados

Da população composta por 1.182 prontuários de mulheres que deram entrada no hospital, nos anos de 2007 a 2011, por complicações decorrentes no primeiro trimestre de gravidez, foram selecionados para o presente estudo doze prontuários de mulheres que foram admitidas na instituição de saúde, diagnosticadas com DTG.

A incidência de DTG no referido período foi de 1,015%, ou seja, aproximadamente, a cada 100 gestantes, uma foi diagnosticada portadora de DTG na região supracitada.

No que diz respeito à idade, 58,0% tinham entre 16 e 19 anos, 17,0% entre 20 e 23 anos e 25,0% entre 24 e 28 anos, evidenciando-se que a média de idade das mulheres acometidas por DTG foi de 20,7 anos.

Quanto aos antecedentes obstétricos até o momento do diagnóstico de DTG, verificou-se que 50,0% eram nulíparas, 58,4% não tinham histórico de parto anterior e 91,7% nunca tiveram aborto (G1P0A0).

Informações relativas ao grau de escolaridade, ao nível socioeconômico, ao estado civil, à data da menarca e do início de atividade sexual e aos antecedentes obstétricos familiares não estavam presentes em nenhum dos doze prontuários que compuseram a amostra da pesquisa, tornando impossível a sua análise e fazendo surgir a hipótese de que os profissionais responsáveis pela consulta e diagnóstico não consideraram esses dados relevantes para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dessas mulheres.

Em relação à avaliação diagnóstica, esta foi realizada por meio da análise do quadro clínico, de USG sugestiva de DTG e solicitação do β -HCG quantitativo para

confirmação e monitorização da evolução da doença, sendo utilizada no seguimento pós-molar.

No que diz respeito aos valores do β -HCG quantitativo, apenas quatro das 12 participantes da pesquisa realizaram esse teste antes do tratamento, mas somente uma repetiu o exame após a medicação. Entretanto, dessas quatro mulheres, apenas no prontuário de uma constava o valor obtido após o tratamento, sendo visível a diminuição dos níveis β -HCG do segundo exame comparado ao primeiro; em outros dois constava a solicitação e realização do β -HCG quantitativo na evolução, porém não continham o resultado; e apenas um não constava o exame solicitado.

O quadro clínico observado e relatado nos prontuários foi composto pelo aumento do volume uterino presente em 8,7% das mulheres, presença de cistos tecaluteínicos em 4,4%, dor abdominal em 8,7%, dor em baixo ventre em 26,0%, deslocamento coriônico em 4,4%, febre em 4,4%, náuseas e vômitos em 4,4% e sangramento transvaginal em 39,0% das mulheres diagnosticadas portadoras de DTG.

No presente estudo, menos que a metade dos prontuários que compuseram a amostra mencionava a classificação exata da DTG: em dois prontuários as clientes foram diagnosticadas com MH completa, em outros dois com MH parcial e em um com MI. Dos outros sete prontuários, seis foram classificados, pela instituição, com MH indeterminada e um com DTG indefinida.

Em relação ao tratamento oferecido, 100% das mulheres diagnosticadas com DTG, inclusive a diagnosticada com MI, foram submetidas à realização de curetagem, tendo sido prescrito, como tratamento complementar, o uso de misoprostol para onze das doze portadoras e matergan para a única em que não foi prescrito o misoprostol.

Após a realização da curetagem, apenas duas clientes tiveram registro de encaminhamento do material colhido para o exame histopatológico. Entretanto, nenhum dos resultados desse exame constava nos prontuários das mesmas. Para uma das clientes, foi solicitado apenas acompanhamento ambulatorial, porém, não constando o período e local da realização do mesmo. Das doze mulheres com prontuários incluídos na pesquisa, nenhuma teve registro de sua realização no hospital estudado, muito menos encaminhamento para outras instituições.

Discussão

As regiões brasileiras com maior incidência de DTG são o Sudeste, Centro-Oeste e Norte, ficando o Rio de Janeiro responsável pela ocorrência de 1:100 gestantes⁹. Incidência essa que se assemelha a da região do Cariri, apesar de não se ter conhecimento sobre essa incidência em tempos retrógrados na região em estudo.

Em relação à idade das mulheres participantes dessa pesquisa, os dados obtidos confirmam o relato de alguns autores ao afirmarem que a presente doença acomete mais frequentemente mulheres jovens⁴. Entretanto, discorda de outros que relatam que a patologia tem sua maior incidência em mulheres com extremo de faixa etária reprodutiva³, ou seja, faixa etária inferior a 18 anos e superior a 45 anos de idade, pois somente três das doze mulheres envolvidas nessa pesquisa apresentaram idade inferior a 18 anos e nenhuma apresentou idade superior a 45 anos.

A ocorrência de DTG por faixa etária depende da sua forma clínica. Por exemplo, a MH completa costuma acometer mulheres menores de 16 anos e maiores de 50 anos de idade; enquanto que a MH parcial acomete, mais comumente, mulheres

após os 20 anos de idade, aumentando sua incidência de forma proporcional com a idade¹⁰. Porém, esses dados não puderam ser confirmados nessa pesquisa, pois somente duas mulheres tiveram confirmação de portarem MH parcial e tinham 16 e 28 anos de idade e outras duas que foram diagnosticadas com MH completa, apresentaram 18 e 22 anos de idade.

Não há registro da associação da ocorrência de DTG com o número de gestações anteriores, além de outros fatores obstétricos e ginecológicos¹¹. Fato observado na presente pesquisa, pois se verificou que 50% das mulheres que compuseram a amostra eram nulíparas e as outras 50% possuíam histórico de mais de uma gestação, não sendo visualizado perfil obstétrico de maior ocorrência.

O β -HCG quantitativo é um dos parâmetros mais efetivos para auxiliar no diagnóstico e avaliar a evolução clínica da DTG, sendo indispensável no seguimento pós-molar². Os níveis superiores a 100.000 mUI/ml são característicos da presença de DTG¹¹. Mais especificadamente, a MH de baixo risco apresenta valores < 100.000 mUI/ml e a MH de alto risco níveis ≥ 100.000 mUI/ml³.

Nem todos os profissionais de saúde reconhecem a importância do β -HCG, tendo em vista que esse exame foi solicitado para apenas 33% das mulheres que compuseram a amostra da pesquisa.

A USG também deveria ser solicitada para todas as mulheres com suspeita de DTG, pois por esse exame se pode observar e diagnosticar múltiplas áreas anecóicas, cisto ovariano bilateral, penetração de tecido molar na parede uterina e ainda permite a pesquisa de metástases intra-abdominais¹².

O quadro clínico da DTG é caracterizado por anemia, atraso menstrual, au-

mento do volume uterino, ausência de movimentos e de batimentos cardíofetais, eliminação de vesículas, ocorrência de êmese ou hiperêmese, presença de cistos tecaluteínicos, sangramento transvaginal indolor com intensidade variável e síndromes associadas, como pré-eclâmpsia e hipertireoidismo¹².

Comparando os achados da presente pesquisa com os acima descritos, as portadoras de DTG não apresentaram anemia, eliminação de vesículas e ocorrência de pré-eclâmpsia e hipertireoidismo. Em contrapartida, foram observados dor abdominal, dor no baixo ventre, descolamento coriônico e febre, sintomas esses não relatados pelo autor supracitado.

Aproximadamente 90% dos casos registrados de DTG são benignos, ou seja, classificados por MHP ou MHC. Os outros 10% incluem as NTG, que possuem alto potencial de metástase, em sua maioria classificadas por MI, CC ou TTSP, citando, ainda, o tumor trofoblástico epitelióide (TTE)¹³. Esse relato pôde ser comprovado no presente estudo, considerando que 83,3% das mulheres foram diagnosticadas como portadoras de MH, englobando as formas parcial, completa ou indeterminada.

O tratamento da MH, que deve ser realizado após encaminhamento, se possível, para um centro de referência, é preferencialmente feito por meio de vácuo-aspiração ou curetagem. Logo após, deve-se iniciar o seguimento pós-molar para diagnosticar, precocemente, a evolução da MH para NTG antes que ocorra metástase¹⁴.

Já o tratamento das formas de NTG, que costuma ocorrer após a existência de uma MH, consiste em histerectomia e, dependendo do grau de metástase, quimioterapia com a escolha dos fármacos adequados e, ainda, radioterapia combinada

à quimioterapia, também determinada de acordo com o grau de metástase¹⁵.

Nesse sentido, pôde-se observar a falta de compromisso dos profissionais que lidam diretamente com essas portadoras de DTG, pois nenhuma das que compuseram a amostra tiveram, em seus prontuários, relatos de realização de seguimento pós-molar ou encaminhamento para outras unidades de referência, não sendo possível identificar a taxa de frequência e abandono por parte das mulheres durante a realização desse processo e, conseqüentemente, a evolução para formas malignas da doença.

Conclusão

Todos os objetivos propostos na pesquisa foram alcançados, mas não de forma satisfatória, devido à inexistência de informações que deveriam estar registradas nos prontuários.

Pode-se concluir que há uma provável carência nas perguntas presentes na anamnese realizada pelos profissionais de saúde do hospital público em estudo, pois carecem de dados que poderiam ser usados para traçar o perfil de risco dessas mulheres acometidas por DTG e, conseqüentemente, diminuir a incidência dessa doença por meio de medidas profiláticas.

No entanto, não se pode descartar a hipótese de que a anamnese foi realizada de forma adequada pelos profissionais responsáveis pela admissão, assistência e acompanhamento hospitalar de mulheres diagnosticadas portadoras de DTG, não sendo, então, registrados nos prontuários todos os dados coletados e observados.

A partir da obtenção do resultado da incidência de DTG na região estudada, espera-se que outros estudos sobre a temática venham a ser desenvolvidos no mesmo local e em outros centros de referência ginecológica e obstétrica da região, para que

haja um acompanhamento de sua incidência e da real existência do seguimento pós-molar.

Além disso, aguarda-se que os profissionais envolvidos na equipe multiprofissional de assistência à saúde da mulher reconheçam a importância e obrigatoriedade do registro de informações necessárias nos prontuários, pois facilitam uma maior interação da equipe responsável pela assistência prestada individualmente a cada mulher e podem servir como medidas de prevenção, promoção e até mesmo reabilitação das mulheres.

Agradecimentos

À Direção do Hospital Público da Região do Cariri por permitir a realização do presente estudo e acolher de forma satisfatória as pesquisadoras.

Referências

1. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia Fundamental*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Delmanto LRMG, Maestá I, Neto ARB, Michelin OC, Passos RS, Gaiotto FR, Rudge MVC. A curva de regressão da gonadotrofina coriônica humana é útil no diagnóstico precoce da neoplasia trofoblástica gestacional pós-molar? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007 [acesso em: 12 mar. 2012]; 29 (10): 506-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007001000003&script=sci_arttext
3. Soares BC, Souza AS, Rafael RMR. A influência na determinação dos níveis do Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG) no monitoramento de neoplasias trofoblásticas gestacionais. *Rev UNIABEU* 2011 [acesso em: 13 mar. 2012]; 4(7):38-50. Disponível em: http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/viewFile/150/pdf_75
4. Bertoli FS, Faria SGR, Junior MB, Andalaft CCM, Vieira FC, Calil MA. Frequência da moléstia trofoblástica em gestantes atendidas no Hospital Estadual do Grajaú In: *Anais do 11º Congresso de Iniciação Científica – 5ª Mostra de Pós-Graduação*; 2008; São Paulo, Brasil. 2011. p. 92-95.

5. Reis R, Balbinotto RP. Doença trofoblástica gestacional. In: Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Enfermagem. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 553-563.
6. Padoveze EH, Montagner S, Pedroni FL, André GM, Chaguri IO, Andréa AF. Seguimento Clínico-Laboratorial de Mola Hidatiforme. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba 2005 [acesso em: 06 ago. 2012]; 7(4): 28-29. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/194/138>
7. Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. Rev Eletr Enf 2010 [acesso em: 12 out. 2012]; 12(4): 719-726. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a18.pdfhttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume07.pdf
8. Ministério da Saúde. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde [acesso em: 04 abr. 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf
9. Belfort P, Braga A. Doença Trofoblástica Gestacional Recorrente. Rev Bras Ginecol Obstet 2003 [acesso em 05 dez. 2012]; 25 (1): 61-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n1/a09v25n1.pdf>
10. Campos DA. Doença Gestacional do Trofoblasto. In: Oliveira CF (coordenador). Manual de Ginecologia. Lisboa: Permanyer Portugal; 2009. p.449-459 [acesso em: 01 out. 2012]. Disponível em: http://www.fspog.searadev.com/fotos/editor2/cap_27.pdf
11. Andrade JM. Mola hidatiforme e doença trofoblástica gestacional. Rev Bras Ginecol Obstet 2009 [acesso em: 02 abr. 2012]; 31(2): 94-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/08.pdf>
12. Santos JAJ, Valadares JDN, Cerqueira JMC, Parente JP. Doença trofoblástica gestacional. Condutas Obstétricas. 2011; cap. 08; p. 36-40 [acesso em: 03 mai. 2012]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/protocolo_condutas_obstetricas/PROTOCOLOS_MDER_SESAPI_29_08_2011.pdf
13. Coutinho S, Nabais H, Hasselmann B, Gaspar A, Oliveira P. Tumor Trofoblástico do Leito Placentário. Caso Clínico. Espírito Santo Saúde. 2010; p. 215–22 [acesso em 10 out. 2012]. Disponível em: www.hospitaldaluz.pt/upload/5/fckeditor_files/file/Casos_Clinicos_Hospital_da_Luz_2009_2010.pdf
14. Maestá I, Braga A. Desafios do tratamento de pacientes com doença trofoblástica gestacional. Rev Bras Ginecol Obstet 2012 [acesso em: 02 jun. 2012]; 34(4): 143-146. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n4/01.pdf>
15. Maestá I, Michelin OC, Traiman P, Braga ARN, Delmanto LRMG, Consonni M. Tratamento da neoplasia trofoblástica gestacional de alto risco resistente à quimioterapia. Femina 2007 [acesso em: 02 jun. 2012]; 35 (12): 795-805. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/arquivos/revista%20femina/FEMINA%2035-12/Femina%2012_dezembro_797.pdf

Endereço para correspondência:

Mônica Kallyne Portela Soares

R. Francisco Maciel de Azevedo Melo, nº

112 A

Bairro Altamira – Crateús / CE - Brasil

CEP: 63.700-000

E-mail: monica_kallyne@hotmail.com