**Título: DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: PRINCIPAL FORMA CLÍNICA E SANGRAMENTO TRANSVAGINAL APRESENTADO NESSA PATOLOGIA**

**Autores:** Andrezza Silvano Barreto¹, Letícia de Carvalho Magalhães², Beatriz Moreira Alves Avelino², Joyce da Silva Costa3, Régia Christina Moura Barbosa Castro4.

**Instituições: 1 –** Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará. Apresentadora. **2 –** Acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará. **3 –** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará. **4 –** Enfermeira. Docente da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. Orientadora.

A doença trofoblástica gestacional (DTG) refere-se a uma variedade de tumores inter-relacionados de origem placentária, mas histologicamente distintos. Tais doenças são caracterizadas por um marcador tumoral, gonadotrofina coriônica humana β (β-HCG), e apresentam tendências variáveis à invasão e disseminação local. A Mola Hidatiforme Completa (MHC) e a Mola Hidatiforme Parcial (MHP) são benignas, com potencial maligno. Já a mola invasora (MI), Coriocarcinoma (CCA), Tumor trofoblástico em sítio placentário (TTSP) e Tumor Trofoblástico Epitelioide (TTE) são neoplasias Trofoblásticas Gestacionais (NTG), que geralmente têm origem na Mola Hidatiforme. A apresentação mais comum é sangramento transvaginal anormal. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para alcançar a cura, já diagnósticos tardios, requerem tratamento mais agressivo e apresentam pior prognóstico. Objetiva-se identificar a forma clínica de DTG e o tipo de corrimento vaginal mais prevalente em uma maternidade escola de Fortaleza. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade escola em Fortaleza, Ceará. A amostra foi composta por todas as mulheres diagnosticadas com DTG entre dezembro de 2017 a dezembro de 2018, totalizando 110 pacientes. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a julho de 2019, através dos livros de ocorrência de enfermagem, inicialmente para identificar as mulheres; e posteriormente pelos prontuários das pacientes encontradas. Utilizou-se um instrumento formulado com dados sociodemográficos, gineco-obstétricos, aspectos clínicos e seguimento ambulatorial pós-molar. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética na pesquisa, com parecer 2.310.941**.** A forma clínica de DTG foi identificada em 93,6% (103) dos casos, onde a MCH foi a mais prevalente, com 34,5% (38). Em segundo, foi o diagnóstico generalizado, como DTG, NTG, gravidez molar, com 32,7% (36), MHP com 24,5% (27) e MI, CCA e mais de uma patologia detectada com 1,8% (2) cada. Sobre o corrimento vaginal, houve em 91,8% (101), sendo de conteúdo sanguinolento 55,5% (61) mais prevalente, depois com característica de “borra de café” em 18,2% (20), com mais de uma opção 13,6% (15), amarelado 1,8% (2), amarelo com sangue 0,9% (1) e em 0,9% (1) não foi informado. Conclui-se que o tipo mais prevalente foi a MHC, de acordo com a literatura é a sua forma mais frequente. Quando há suspeita de MH, o conteúdo da cavidade uterina deve ser retirado imediatamente, em que é recomendado a vácuo-aspiração. O tipo de corrimento mais prevalente foi sanguinolento, que é a principal complicação, tanto pela perca sanguínea, que pode ser sinalizada pela anemia, quanto pela indicação ou não de infiltração. Contudo, DTG apresenta taxas altas de cura, considerando que os centros de referência são capazes de acompanhar e gerenciar pacientes com abordagem personalizada.

**Decs.:** doença trofoblástica gestacional, neoplasia trofoblástica gestacional, mola hidatiforme.

Referencias

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Ginecologia de Williams**. 02. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

**Antonio Braga**[**1**](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032019000400211&script=sci_arttext#aff1)[**http://orcid.org/0000-0002-2942-6182**](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032019000400211&script=sci_arttext) ****

**Lawrence Hsu Lin**[**2**](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032019000400211&script=sci_arttext#aff2)

**Izildinha Maestá**[**3**](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032019000400211&script=sci_arttext#aff3)

**Sue Yazaki Sun**[**4**](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032019000400211&script=sci_arttext#aff4)

**Elza Uberti**[**5**](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032019000400211&script=sci_arttext#aff5)

**José Mauro Madi**[**6**](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032019000400211&script=sci_arttext#aff6)

**Maurício Viggiano**

**Doença Trofoblástica Gestacional no Brasil**

**Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.41 no.4 Rio de Janeiro abr. 2019 Epub 19 junho 2019**

**Antonio Braga, Paulo Mora, Andréia Cristina de Melo, Angélica Nogueira-Rodrigues, Joffre Amim-Junior, Jorge Rezende-Filho, Michael J Seckl**

**Desafios no diagnóstico e tratamento da neoplasia trofoblástica gestacional em todo o mundo**

Mundo J Clin Oncol. 24 de fevereiro de 2019; 10 (2): 28-37

**Andressa Biscaro**[**1**](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000100042&lng=en&nrm=iso&tlng=en#aff1)

**Antônio Braga**[**2**](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000100042&lng=en&nrm=iso&tlng=en#aff2)

**Ross Stuart Berkowitz**[**3**](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000100042&lng=en&nrm=iso&tlng=en#aff3)

### Diagnóstico, classificação e tratamento de neoplasia trofoblástica gestacional Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.37 no.1 Rio de Janeiro jan. 2015

Paulo Belfort, Luiz Gustavo Bueno, Carlos Eduardo Novaes, Jorge de Rezende Doença Trofoblástica Gestacional Complicada por Hemorragia RBGO - v. 26, nº 7, 2004