



NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Rotina Assistencial da Maternidade - Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) é a forma maligna da Doença Trofoblástica Gestacional, caracterizada pela persistência de tecido trofoblástico ativo na parede uterina ou em órgãos à distância. A forma de apresentação da NTG varia de acordo com a doença inicial, sua extensão e diagnóstico histopatológico.

NTG descreve o conjunto de anomalias da placenta, incluindo:

- Mola Invasora
- Coriocarcinoma
- Tumor Trofoblástico do Sítio Placentário
- Tumor Trofoblástico Epitelióide

A detecção precoce dessa forma maligna e o tratamento adequado além de promover a cura pode preservar a capacidade reprodutiva.

Podem ser indicativos de NTG: útero aumentado, sangramento transvaginal e cistos tecaluteínicos ovarianos.

O diagnóstico é realizado pela curva de hCG na maioria das vezes.

Tanto a mola invasora quanto o coriocarcinoma respondem bem a quimioterapia, com taxas superiores a 90% de cura.

O maior estudo epidemiológico realizado no Brasil observou evolução para NTG em 24,6% das pacientes com mola hidatiforme completa e em 7,6% após mola hidatiforme parcial

Diagnóstico

O diagnóstico de NTG é feito de acordo com os critérios da FIGO 2000, atualizado em 2018, que estabelece:

- curva de hCG em platô (4 semanas com oscilação menor que 10%)
- curva de hCG em ascensão por pelo menos três semanas consecutivas
- resultado de exame histopatológico de coriocarcinoma

Tratamento

Fundamental estar em contato com um Centro de referência para tratamento de DTG onde deve ser feito:

- Estadiamento seguindo o escore de risco da FIGO 2000
- Acompanhamento de hCG entre os ciclos de quimioterapia
- Para casos de NTG de baixo risco a primeira linha de tratamento é quimioterapia de agente único, pelo geral Metotrexate com resgate de ácido folínico ou Actinomicina. Na falta de Actinomicina-D, esquemas alternativos com Carboplatina ou Etoposide podem ser utilizados.

Nos casos de NTG de alto risco, as pacientes devem ser tratadas com quimioterapia de múltiplos agentes, onde o regime usualmente escolhido é o EMA-CO que combina Etoposide, Metotrexate, Actinomicina-D, Ciclosfosfamida e Vincristina.

ESTADIAMENTO DE NTG FIGO 2000

ESTADIAMENTO				
Estádio I	Doença restrita ao corpo do útero			
Estádio II	NTG em pelve, vagina, anexos, ligamento largo			
Estádio III	NTG com extensão para os pulmões, com ou sem envolvimento genital			
Estádio IV	Todos os outros locais de metástases			
Escore de Risco	0	1	2	4
Idade (anos)	< 40	≥ 40	-	-
Gestação Anterior	Mola	Aborto	Termo	-
Intervalo (meses) entre gestação anterior e NTG	< 4	4 – 6	7 – 12	> 12
Beta-hCG (UI/L) pré-tratamento e NTG	< 10 ³	10 ³ - 10 ⁴	> 10 ⁴ - 10 ⁵	> 10 ⁵
Maior tumor (cm), incluindo útero	-	3 -4 cm	≥ 5 cm	-
Sítio de metástases	-	Baço, rim	Gastrointestinal	Cérebro, fígado
Nº. de metástases	-	1 – 4	5 – 8	>8
Falha da QT	-		Agente único	2 ou mais agentes

Fonte: FIGO Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. FIGO Oncology Committee. Int J Gynaecol Obstet. 2002;77(3):285-7

Acompanhamento intercalando as semanas, com o local de tratamento da quimioterapia e o centro de referência em DTG.

Após a normalização do hCG completar o tratamento quimioterápico com mais 03 ciclos de consolidação.

O seguimento permanece mensal após um ano do término da quimioterapia, quando a paciente poderá ser liberada para nova gravidez.

As pacientes com NTG de baixo risco podem receber alta da vigilância hormonal após 12 meses de hCG normal. Já aquelas com NTG de alto risco, devem continuar monitorando semestralmente os níveis de hCG até 5 anos após o término da quimioterapia.