



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

THIAGO JOSÉ BARROSO MARTINS

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS EM PRIMEIRA GESTAÇÃO APÓS
TRATAMENTO CLÍNICO DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**

PICOS

2025

THIAGO JOSÉ BARROSO MARTINS

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS EM PRIMEIRA GESTAÇÃO APÓS
TRATAMENTO CLÍNICO DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes

PICOS

2025

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

M386p

Martins, Thiago José Barroso.

Principais complicações obstétricas em primeira gestação após tratamento clínico de neoplasia trofoblástica gestacional / Thiago José Barroso Martins – 2025.

21 f.

1 Arquivo em PDF.

Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo, CSHNB. Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Curso de Bacharelado em Medicina, Picos, 2025.

“Orientador: Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes”.

1. Gestação. 2. Neoplasia. 3. Quimioterapia. I. Martins, Thiago José Barroso. II. Nunes, Jefferson Torres. III. Título.

CDD 610

Elaborada por Maria Leticia Cristina Alcântara Gomes
Bibliotecária CRB nº 03/1835

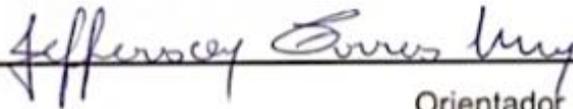
THIAGO JOSÉ BARROSO MARTINS

**PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS EM PRIMEIRA GESTAÇÃO APÓS
TRATAMENTO CLÍNICO DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Medicina da Universidade
Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio
Nunes de Barros, como requisito para
obtenção de título de Bacharel em Medicina.

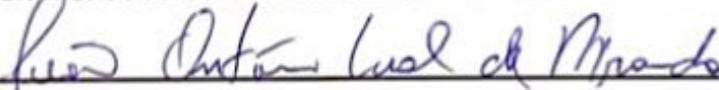
Aprovada em 11 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

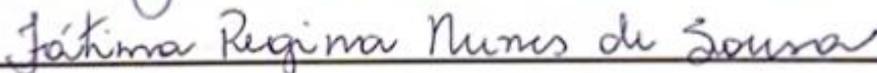


Orientador

Prof. Ms. Jefferson Torres Nunes - Universidade Federal do Piauí



Prof. Dr. João Antônio Leal de Miranda - Universidade Federal do Piauí



Prof^ª. Dra. Fatima Regina Nunes de Sousa – Universidade Federal do Piauí

PICOS

2025

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Angela Maria.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor Jesus, por ter me sustentado, amado e guiado mesmo antes de conhecê-lo.

Aos meus pais Aguielo e Angela, pelo amor incondicional, fé, confiança e apoio que precederam cada passo desta jornada acadêmica e sem os quais nada seria possível.

À minha irmã Thamyres, pela presença e incentivo.

Ao Prof. Ms. Jefferson, que ensinou, por meio de palavras e ações, que para a construção de um bom médico são necessários livros, pacientes e, acima de tudo, amor ao próximo.

Aos amigos de internato, Daniel, Elise, Lizandra, Marcus e Monique pelo companheirismo diário.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Doença trofoblástica gestacional (DTG) é definida como uma anomalia proliferativa que acomete as células do tecido trofoblástico placentário. A análise histológica permite distinguir os diferentes estágios da doença, sendo quando benigna, é denominada de Mola Hidatiforme, que pode ser completa ou incompleta. Já quando maligna é chamada de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) ou Tumor Trofoblástico Gestacional (TTG). A NTG inclui o coriocarcinoma, a mola invasora (corioadeno ma destruens) e o tumor trofoblástico do sítio placentário, e pode ser metastática ou não. O presente estudo tem o objetivo de identificar principais complicações obstétricas numa primeira gravidez após tratamento com quimioterapia para neoplasia trofoblástica gestacional. **METODOLOGIA:** revisão da literatura realizada com busca sensível empregada nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, LILACS, Grey Literature Report, OpenGrey, OAlster e Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) de artigos apenas em inglês, porém sem restrição de período de publicação com palavras “pregnancy”, “gestational trophoblastic neoplasia” e “chemotherapy”. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foi verificado uma diversidade de estudos em torno das principais complicações obstétricas em primeira gestação após tratamento de doença trofoblástica gestacional com quimioterapia. Destacam-se estudos de países como Brasil, Paquistão, Índia, Alemanha, Inglaterra e Japão. As principais complicações obstétricas encontradas nos estudos foram aborto espontâneo, mola de repetição, surgimento de nova mola, parto prematuro, pré-eclampsia e doença placentária(acretismo). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através do estudo foi verificado uma escassez de trabalhos em torno do tema o que reforça a necessidade de avanços em torno do assunto visto que cada vez mais a doença trofoblástica gestacional bem como a neoplasia trofoblástica gestacional toma espaço no cenário obstétrico mundial.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Gestational trophoblastic disease (GTD) is defined as a proliferative anomaly that affects the cells of the placental trophoblastic tissue. Histological analysis allows us to distinguish the different stages of the disease. When benign, it is called Hydatidiform Mole, which can be complete or incomplete. When malignant, it is called Gestational Trophoblastic Neoplasia (GTN) or Gestational Trophoblastic Tumor (GTT). GTN includes choriocarcinoma, invasive mole (chorioadenoma destruens) and placental site trophoblastic tumor, and may or may not be metastatic. The present study aims to identify the main obstetric complications in a first pregnancy after chemotherapy treatment for gestational trophoblastic neoplasia. **METHODOLOGY:** literature review carried out with sensitive search in the MEDLINE, EMBASE, LILACS, Grey Literature Report, OpenGrey, OAlster and Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) databases of articles only in English, but without restriction of publication period with the words “pregnancy”, “gestational trophoblastic neoplasia” and “chemotherapy”. **RESULTS AND DISCUSSION:** A diversity of studies was found around the main obstetric complications in first pregnancy after treatment of gestational trophoblastic disease with chemotherapy. Studies from countries such as Brazil, Pakistan, India, Germany, England and Japan stand out. The main obstetric complications found in the studies were spontaneous abortion, recurrent mole, appearance of a new mole, premature birth, pre-eclampsia and placental disease (accretis). **FINAL CONSIDERATIONS:** Through the study, a shortage of work on the subject was verified, which reinforces the need for advances on the subject, given that gestational trophoblastic disease and gestational trophoblastic neoplasia are increasingly taking up space in the global obstetric scenario.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Artigos selecionados	16
Tabela 2. Principais complicações obstétricas evidenciadas.....	17
Tabela 3. Incidência das complicações obstétricas	18

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Diagrama de seleção dos trabalhos.....	15
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DTG - Doença trofoblástica gestacional

β -hCG - Fragmento beta da gonadotrofina coriônica humana

MHC – Mola hidatiforme completa

MHP - Mola hidatiforme parcial

MHI - Mola hidatiforme invasora

CCA – Coriocarcinoma

TTE - Tumor trofoblástico epitelióide

NTG - Neoplasia trofoblástica gestacional

TTG - Tumor trofoblástico gestacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	14
4 METODOLOGIA.....	14
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
7 REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

Doença trofoblástica gestacional (DTG) é definida como uma anomalia proliferativa que acomete as células do tecido trofoblástico placentário, citotrofoblasto e sincitiotrofoblasto, ainda que seus diferentes estágios histológicos difiram na propensão para regressão, invasão, metástase e recorrência (SECKL et al., 2013). Todas as formas de apresentação dessa patologia são caracterizadas pela presença sérica de um marcador tumoral biológico que é o fragmento beta da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG), sendo este um hormônio glicoproteico produzido quase na totalidade pelo sincitiotrofoblasto placentário (NGAN et al., 2015).

A análise histológica permite distinguir os diferentes estágios da doença, em hidatiforme completa (MHC), mola hidatiforme parcial (MHP), mola hidatiforme invasora (MHI), coriocarcinoma (CCA), tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide (TTE). (FEBRASGO, 2019). Sendo assim, quando benigna, é denominada de Mola Hidatiforme, que pode ser completa ou incompleta. Já quando maligna é chamada de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) ou Tumor Trofoblástico Gestacional (TTG). A NTG inclui o coriocarcinoma, a mola invasora (corioadenoma destruente) e o tumor trofoblástico do sítio placentário, e pode ser metastática ou não. (REZENDE, 2024).

Portanto o diagnóstico da NTG é feito principalmente pela gonadotrofina coriônica sérica persistente, e seu manejo clínico não é mais ditado por achados histológicos. (SECKL et al., 2004). Na maioria das vezes é uma doença que afeta mulheres em idade reprodutiva, geralmente entre 25 e 29 anos e aproximadamente 80% das pacientes têm menos de 40 anos. (NGAN et al., 2006).

No Brasil, tanto mulheres nulíparas quanto primíparas com menos de 25 anos são as mais afetadas. Sete a 25% das pacientes brasileiras com mola hidatiforme desenvolvem NTG (UBERTI et al., 2002). Esses dados reforçam a necessidade de identificar e tratar essas pacientes prontamente com a quimioterapia adequada, não apenas para reduzir a mortalidade, mas também para preservar a função reprodutiva, se desejado, visto que o diagnóstico e o tratamento precoces da NTG garantem uma taxa de sobrevivência de quase 100%. (BRAGA et al., 2009).

Após a conclusão do tratamento com quimioterapia, muitas pacientes expressam medos relacionados com futuras gestações, especialmente devido a possibilidade de recorrência da NTG, resultado anormal da gravidez e anomalias fetais resultantes da quimioterapia. (MATSUI et al., 2002). Embora os medicamentos citotóxicos sejam potencialmente mutagênicos e teratogênicos, muitos estudos confirmam que pacientes com NTG podem ter resultados reprodutivos normais. (MATSUI et al., 2003). Porém poucos estudos se concentraram nas primeiras gestações subsequentes à quimioterapia, que provavelmente estão associadas a um

maior risco de danos genéticos, efeitos teratogênicos ou efeitos mutagênicos nos óvulos. (KIM et al, 1998).

Além disso, teoricamente a recomendação é para se evitar a gravidez por 1 ano após a quimioterapia já que não há ainda evidências clínicas sólidas de risco para a mãe e o feto. (BLAGDEN et al, 2002). Consequentemente, mulheres que engravidam durante esse período e seus médicos se deparam com o dilema de continuar ou interromper a gravidez (KOHORN, 1999). Embora haja crescentes evidências de que a gravidez precoce após a quimioterapia não compromete o feto (BERKOWITZ et al, 2000).

2 JUSTIFICATIVA

Através do trabalho será possível o conhecimento dos impactos numa primeira gravidez após tratamento com quimioterapia para neoplasia trofoblástica gestacional.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Identificar principais estudos relacionados com desfecho obstétrico na primeira gestação após tratamento com quimioterapia para neoplasia trofoblástica gestacional.

3.2 Objetivos Específicos

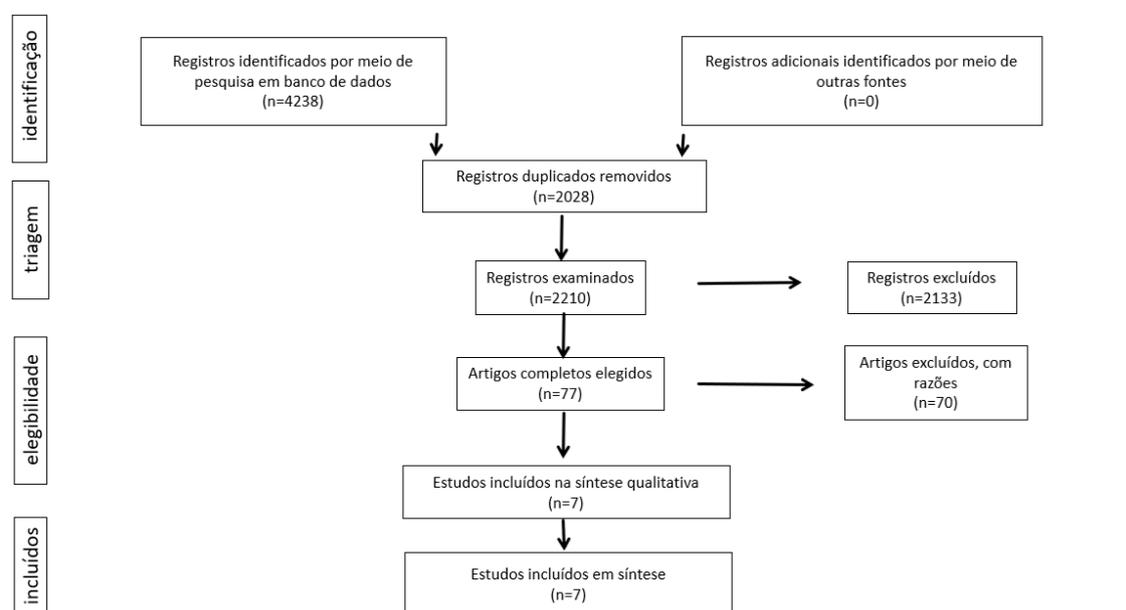
- Identificar principais complicações obstétricas em uma primeira gestação após tratamento com quimioterapia para neoplasia trofoblástica gestacional.
- Identificar a complicação obstétrica mais prevalente numa primeira gestação após tratamento com quimioterapia para neoplasia trofoblástica gestacional.

4 METODOLOGIA

Trata-se de revisão da literatura realizada com busca sensível empregada nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, LILACS, Grey Literature Report, OpenGrey, OAlster e Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) de artigos apenas em inglês, porém sem restrição de período de publicação, com palavras-chave: “pregnancy”, “gestational trophoblastic neoplasia” e “chemotherapy”.

Foram inclusos estudos observacionais ou intervencionais que tenham avaliado os desfechos maternos da primeira gestação após quimioterapia para neoplasia trofoblástica gestacional, e excluídos relatos de caso, testes em animais, revisões narrativas e opiniões de especialistas. Foram evidenciados 4238 artigos dos quais 2028 apresentavam-se duplicados, resultando 2210. Destes, apenas 77 enquadravam-se nos critérios adequados de tipo de estudos, dos quais, após leitura minuciosa dos resumos, chega-se ao número de 7 artigos selecionados que não apresentaram fuga aos objetivos do estudo e foram escritos em língua inglesa. (FIGURA 01).

FIGURA 01. DIAGRAMA DE SELEÇÃO DOS TRABALHOS



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi verificado uma diversidade de estudos em torno das principais complicações obstétricas em primeira gestação após tratamento de doença trofoblástica gestacional com quimioterapia. Destacam-se estudos de países como Brasil, Paquistão, Índia, Alemanha, Inglaterra e Japão.(TABELA 01).

O tema desperta interesse da comunidade científica há um intervalo de tempo significativa visto que desde 2002 Matsui e colaboradores ao estudarem 253 gestações após tratamento clínico para DTG, verificou uma incidência mais alta de mola de repetição do que na população geral japonesa de 2,1%, porém, quando

comparado a termos mundiais, essa incidência encontra-se na média apontada pela literatura médica visto que vários estudos citaram que a frequência de mola de repetição varia em torno de 1% a 3%.(NGAN et al., 2007).

TABELA 01. ARTIGOS SELECIONADOS

ARTIGO	AUTOR	PAÍS	ANO
Pregnancy outcomes after chemotherapy for Gestacional Trophoblast neoplasia	Bangash	Paquistão	2022
Clinical,socioeconomic characteristics, treatment and reproductive outcomes of patients with gestational trophoblastic neoplasia at a tertiary care hospital in India	Ghosh	Índia	2020
Reproductive outcome after discharge of patients with high-risk hydatidiform mole with or without use of one bolus dose of actinomycin D, as prophylactic chemotherapy, during the uterine evacuation of molar pregnancy	Uberti	Brasil	2009
Maternal and perinatal outcomes of first pregnancy after chemotherapy for gestational trophoblastic neoplasia in Brazilian women	Braga	Brasil	2008
Clinicopathologic characteristics and subsequent pregnancy outcome in 139 complete hydatidiform moles	Horn	Alemanha	2006
The effect of early pregnancy following chemotherapy on disease relapse and fetal outcome in women treated for gestational trophoblastic tumours	Blangden	Inglaterra	2002
Outcome of subsequent pregnancy after treatment for persistent gestacional trophoblastic tumor	Matsui	Japão	2002

As principais complicações obstétricas encontradas nos estudos foram aborto espontâneo, mola de repetição, surgimento de nova mola, parto prematuro, pré-eclampsia e doença placentária(acretismo).(TABELA 02). Destaca-se que o aborto

espontâneo foi visto em todos os 7 artigos selecionados que, no total, acometeu 12% das gestações.(TABELA 03).

O abortamento é uma síndrome hemorrágica da primeira metade da gravidez, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a interrupção da gravidez antes de 22 semanas ou com um feto até 500g ou 16,5 cm, ou seja, antes de atingida a viabilidade. Representa a quarta causa de mortalidade materna no Brasil, diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos, onde essas taxas de morte, especificamente por aborto, são reduzidas.(FEBRASGO, 2019).

Em torno de 80% das gestações são interrompidas até a 12ª semana. É descrito que o risco para abortamento espontâneo diminui para menos de 10% quando os batimentos cardíaco-fetais são identificados à ultrassonografia. No entanto a gravidez humana é um processo deficiente porque 70% das concepções deixam de atingir a viabilidade, com taxa estimada de perdas de 50% antes da próxima falha menstrual(abortamento suclínico).(REZENDE, 2024)

Do ponto de vista clínico, ou seja, gravidez diagnosticada com hCG sanguíneo e/ou pelo ultrassom, 10 a 15% das gestações terminam espontaneamente no primeiro trimestre ou início do segundo(abortamento clínico).(REZENDE, 2024). Portanto verifica-se uma taxa de abortamento espontâneo após tratamento clínico para DTG elevada porém compatível com literatura vigente.

TABELA 02. PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS EVIDENCIADAS

PATOLOGIA	ARTIGO
Aborto espontâneo	7
Mola de repetição	4
Nova Mola	4
Parto Prematuro	2
Pré-eclampsia	1
Doença Placentária	1

A mola de repetição representou a segunda complicação encontrada representando 1,9 % das gestações analisadas o que vai de encontro a vários estudos os quais citam que a frequência de mola de repetição é baixa, variando de 1% a 3%.(GARNER et al, 2003). Mola hidatiforme recorrente é evento reprodutivo em que pacientes experimentam a repetição da gravidez molar. É sabido que antecedente de mola hidatiforme aumenta o risco de recorrência, a qual ocorre em cerca de 1–2% das pacientes com história pregressa. (BELFORT et al, 2003).Nesses casos, o risco de transformação maligna da mola hidatiforme está aumentado, bem como a agressividade da neoplasia, impondo seguimento rigoroso. (SECKL et al, 2013).

Sabe-se que mulheres que tiveram uma mola hidatiforme anterior têm um risco aumentado de desenvolver a neoplasia trofoblástica gestacional em uma gestação

subsequente, especialmente se a mola hidatiforme foi completa ou se houve complicações durante o tratamento. (COUDER et al., 2016). Devido a essa associação, é essencial que mulheres com histórico de mola hidatiforme sejam acompanhadas de perto durante as gestações subsequentes e que sejam submetidas a exames de acompanhamento, como dosagens séricas de beta-hCG e ultrassonografias (RAMÍREZ et al. 2022). A literatura ainda é bastante escassa sobre a possibilidade do surgimento de uma doença trofoblástica gestacional após o tratamento da neoplasia trofoblástica gestacional com quimioterapia, no entanto foi evidenciado tal quadro em 18 das 953 gestações analisadas(TABELA 03).

TABELA 03. INCIDENCIA DAS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

	N	%
TOTAL DE GESTAÇÕES	953	100
ABORTOS ESPÔNTANEOS	113	12
MOLA DE REPETIÇÃO	18	1,9
NOVA MOLA	18	1,9
PARTO PREMATURO	11	1,15
DOENÇA PLACENTÁRIA	6	0,62
PRÉ-ECLAMPSIA	5	0,52

Sabe-se que o quadro clínico clássico da doença trofoblástica gestacional é de sangramento vaginal, útero amolecido, em geral indolor e maior do que o esperado para a idade gestacional, náuseas e vômitos intensos pelos altos níveis de beta-hCG. Algumas vezes, há o desenvolvimento precoce de toxemia gravídica, que pode se complicar com eclâmpsia e/ou síndrome HELLP. O desenvolvimento de toxemia gravídica antes da 24ª semana de gestação sugere mola, e ocorre em cerca de 30% dos casos de mola completa.(FEBRASGO, 2019).

Geralmente o sangramento é caracterizado como do tipo intermitente, com aumento de volume de forma gradual e podendo levar à anemia ferropriva. A emissão de vesículas é sinal patognomônico da doença, sendo comum o “útero em sanfona”, com um aumento do volume uterino, posterior eliminação do material intrauterino, e novo crescimento, com grande acúmulo de coágulos. FEBRASGO, 2019).

Pode haver desenvolvimento de cistos ovarianos tecaluteínicos, geralmente de forma bilateral, levando à presença de massa anexial palpável ao exame ginecológico. Isso ocorre devido à hiperestimulação dos ovários pelo hCG. Não devem ser tratados, pois normalmente regridem após a resolução da doença. Podem sofrer torção ou ruptura, e culminar com quadro de abdome agudo. (FEBRASGO, 2019).

Outras complicações que podem ser esperadas, caracteristicamente nos casos de mola completa, são a hiperêmese gravídica, o hiperestímulo tireoidiano, a coagulação intravascular disseminada e a embolização trofoblástica.(REZENDE,

2024). Porém muitas manifestações clínicas ainda não foram sedimentadas após tratamento clínico para neoplasia trofoblástica gestacional.

Em vista disso Braga e colaboradores desenvolveram um estudo no Brasil que teve o objetivo de verificar os desfechos maternos e perinatais das primeiras gestações subsequentes à remissão da NTG após quimioterapia única ou múltipla, bem como a influência do intervalo entre a conclusão da quimioterapia e a primeira gravidez subsequente.

E assim identificou em 252 concepções que 172 (68,2%) resultaram em gestações normais a termo com recém-nascidos saudáveis, 42 (16,7%) em aborto espontâneo, sete (2,8%) em mola de repetição, seis (2,4%) em parto prematuro espontâneo, cinco (2%) em pré-eclâmpsia, seis (2,4%) em doença placentária (acretismo e placenta prévia), duas (0,8%) em natimortos e seis (2,4%) em malformação fetal. Desfechos maternos adversos ocorreram em 66 (26,2%) e desfechos perinatais adversos em 14 (5,6%) dos casos.(BRAGA et al, 2009). Ressalta-se a identificação de complicações obstétricas como aborto espontâneo e mola de repetição como complicações evidenciadas por outros estudos semelhantes e é observado também outras patologias como parto prematuro, pré-eclâmpsia e doença placentária que requerem mais estudos para aprofundamento visto que pode estar ligado a questões íntimas do Brasil em decorrência das questões culturais e sociais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estudo foi verificado uma escassez de trabalhos em torno do tema o que reforça a necessidade de avanços em torno do assunto visto que cada vez mais a doença trofoblástica gestacional bem como a neoplasia trofoblástica gestacional toma espaço no cenário obstétrico mundial.

Destacam-se estudos realizados no Brasil bem como Índia, Japão, Alemanha , Inglaterra e Paquistão os quais evidenciaram uma tendência significativa de aborto espontâneo e mola de repetição bem como surgimento de nova mola em gestações subsequentes ao tratamento quimioterápico para neoplasia trofoblástica gestacional, porém, sem risco maior do que em gestações habituais.

7 REFERÊNCIAS

BELFORT, P.; BRAGA, A. Doença trofoblástica gestacional recorrente. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 25, n. 1, p. 61–66, 2003.

BERKOWITZ, R. S. et al. Management of gestational trophoblastic diseases: subsequent pregnancy experience. *Seminars in Oncology*, v. 27, p. 678–685, 2000.

BLAGDEN, S. P. et al. The effect of early pregnancy following chemotherapy on disease relapse and foetal outcome in women treated for gestational trophoblastic tumours. *British Journal of Cancer*, v. 86, 2002.

BRAGA, A. et al. Maternal and perinatal outcomes of first pregnancy after chemotherapy for gestational trophoblastic neoplasia in Brazilian women. *Gynecologic Oncology*, v. 112, p. 568–571, 2009.

COUDER, F. et al. Predictive factors of relapse in low-risk gestational trophoblastic neoplasia patients successfully treated with methotrexate alone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 215, n. 1, p. 80.e1, 2016.

FEBRASGO. *Tratado de ginecologia FEBRASGO*. São Paulo: Manole, 2018.

GARNER, E. I. O. et al. Psychosocial and reproductive outcomes of gestational trophoblastic disease. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, v. 17, p. 959–968, 2003.

KIM, J. H. et al. Subsequent reproductive experience after treatment for gestational trophoblastic disease. *Gynecologic Oncology*, v. 71, p. 108–112, 1998.

KOHORN, E. I. How soon is it safe to undertake pregnancy after trophoblastic tumor? *Gynecologic Oncology*, v. 73, p. 343–344, 1999.

MATSUI, H. et al. Outcome of subsequent pregnancy after treatment for persistent gestational trophoblastic tumour. *Human Reproduction*, v. 17, p. 469–472, 2002.

MATSUI, H. et al. Risk of abnormal pregnancy completing chemotherapy for gestational trophoblastic tumour. *Gynecologic Oncology*, v. 88, p. 104–107, 2003.

NGAN, H. Y. et al. Gestational trophoblastic neoplasia. FIGO 6th annual report on the results of treatment in gynecological cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 95, supl. 1, p. S193–S203, 2006.

NGAN, H. Y. et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 131, supl. 2, p. S123–S126, 2015.

RAMÍREZ, L. A. C. et al. Clinical presentation, treatment outcomes, and resistance-related factors in South American women with low-risk postmolar gestational trophoblastic neoplasia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, p. 746–754, 2022.

REZENDE, J. *Obstetrícia de Rezende*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

SECKL, M. J. et al. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, v. 24, supl. 6, p. vi39–vi50, 2013.

SECKL, M.; NEWLANDS, E. S. Management of gestational trophoblastic disease. In: GERSHENSON, D. M. et al. *Gynecologic cancer: controversies in management*. Philadelphia: Elsevier, 2004. p. 555–573.

UBERTI, E. M. et al. Gestational trophoblastic disease: one more risk in adolescent pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 81, n. 4, p. 356–363, 2002.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAÇÃO ELETRÔNICA
DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO NA BASE DE DADOS DA
BIBLIOTECA**

1. Identificação do material bibliográfico:

[] Monografia [X] TCC Artigo

Outro: _____

2. Identificação do Trabalho Científico:

Curso de Graduação: Medicina

Centro: UFPI - CSHNB

Autor(a): Triago José Bamosa Martins

E-mail (opcional): _____

Orientador (a): Jefferson Torres Nunes

Instituição: UFPI - CSHNB

Membro da banca: Jefferson Torres Nunes

Instituição: UFPI - CSHNB

Membro da banca: José Antônio Leal de Miranda

Instituição: UFPI - CSHNB

Membro da banca: Fátima Regina Nunes de Sousa

Instituição: UFPI - CSHNB

Titulação obtida: Bacharel em Medicina

Data da defesa: 11 / 07 / 2025

Título do trabalho: Principais Complicações Obstétricas em Primeira
Gestação Após Tratamento Clínico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional

3. Informações de acesso ao documento no formato eletrônico:

Liberação para publicação:

Total: []

Parcial: []. Em caso de publicação parcial especifique a(s) parte(s) ou o(s) capítulos(s) a serem publicados: _____

.....

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Considerando a portaria nº 360, de 18 de maio de 2022 que dispõe em seu Art. 1º sobre a conversão do acervo acadêmico das instituições de educação superior - IES, pertencentes ao sistema federal de ensino, para o meio digital, autorizo a Universidade Federal do Piauí - UFPI, a disponibilizar gratuitamente sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral ou parcial da publicação supracitada, de minha autoria, em meio eletrônico, na base dados da biblioteca, no formato especificado* para fins de leitura, impressão e/ou *download* pela *internet*, a título de divulgação da produção científica gerada pela UFPI a partir desta data.

Local: Picos - PI Data: 08 / 08 / 25

Assinatura do(a) autor(a): Triago José Barros Martins

* **Texto** (PDF); **imagem** (JPG ou GIF); **som** (WAV, MPEG, MP3); **Vídeo** (AVI, QT).