



ISSN 2674-8169



Qualis B3
2021-2024

Latindex



DOI

Google
Acadêmico

Doença Trofoblástica Gestacional: Abordagem Clínica Atual, Critérios Diagnósticos e Estratégias Terapêuticas

Sarah Karoline de Oliveira Matos¹, Maria Clara De Freitas Vinha Bank Setti², Renan Franco De Oliveira Guimarães², Beatriz Iatri Brunetti Peres², Elisa Mina Fernandes³, Giovanna Arissa Troleis Aoki⁴, Ana Luiza Senne⁵, Paola Elizandra Simões Gasparini⁶, Raiza Monielle de Lima Fernandes⁷, Gisele Santiago Bandeira⁸, Jeenny Silva de Oliveira Ribeiro⁹, Samara Dayana Dal Magro¹⁰, Yasmim dos Santos Amaral¹¹, Layza Marciano Cangussú¹¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n1p1007-1020>

Artigo recebido em 31 de Dezembro e publicado em 31 de Janeiro de 2026

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Introdução: A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) compreende um grupo de condições relacionadas ao crescimento anômalo de células trofoblásticas após a concepção, incluindo molas hidatiformes e neoplasias trofoblásticas gestacionais (GTN), que variam de formas pré-malignas a malignas. A sua detecção precoce e manejo adequado são essenciais para reduzir morbidade e mortalidade em mulheres em idade reprodutiva, e têm sido aprimorados por avanços em diagnóstico e terapias oncológicas. **Objetivo:** Este artigo objetiva apresentar, de forma clara e fundamentada, os principais aspectos clínicos, os critérios diagnósticos adotados atualmente e as estratégias terapêuticas recomendadas para o manejo da DTG, com base em evidências de diretrizes clínicas reconhecidas e literatura médica atual. **Metodologia:** A abordagem foi construída a partir de revisão de diretrizes internacionais e nacionais, artigos científicos recentes e documentos de saúde pública que abordam epidemiologia, diagnóstico diferencial, estadiamento e tratamento da DTG, enfatizando recomendações consolidadas e consensos clínicos aplicáveis na prática médica. **Discussão/Resultados:** A apresentação clínica da DTG pode ser variável, frequentemente marcada por sangramento vaginal anormal, níveis excessivos de β -hCG e alterações ultrassonográficas que sugerem tecido trofoblástico anômalo. A ultrassonografia é a ferramenta de escolha para identificação inicial de molas hidatiformes e outras formas de DTG, enquanto a monitorização seriada de β -hCG é vital para avaliar regressão pós-evacuação uterina e detecção de GTN. A confirmação diagnóstica requer análise histopatológica do tecido evacuado. Os critérios diagnósticos e o estadiamento utilizam classificações padronizadas pela International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), que consideram níveis de β -hCG, extensão da doença e fatores prognósticos para

estratificar o risco. Para GTN de baixo risco (escore FIGO <7), a quimioterapia com agente único (como metotrexato) é frequentemente eficaz; nos casos de alto risco (escala ≥ 7 ou estágio IV), regimes de quimioterapia multi-agente, como o protocolo EMA-CO, são recomendados. Em algumas situações, cirurgia ou radioterapia é indicada para controle local ou metástases específicas. O tratamento cirúrgico, incluindo curetagem por sucção uterina, é a primeira etapa terapêutica para remover o tecido trofoblástico anômalo em muitas molas hidatiformes, com preservação da fertilidade sendo considerada sempre que possível. Após o tratamento, o acompanhamento com medição de β -hCG deve ser contínuo até normalização e por um período adicional para detectar recidivas precocemente, associado a orientação contraceptiva durante este intervalo. Conclusão: A Doença Trofoblástica Gestacional exige uma abordagem clínica integrada que combine diagnóstico precoce, estratificação de risco com base em critérios estabelecidos e terapias adaptadas ao perfil de cada paciente. A ultrassonografia e a mensuração de β -hCG são pilares diagnósticos, enquanto o tratamento eficaz engloba desde intervenções cirúrgicas iniciais até quimioterapia dirigida conforme risco. O manejo em centros especializados e o seguimento estruturado melhoram significativamente os desfechos, permitindo altas taxas de cura e preservação da fertilidade quando desejada.

Palavras-chave: Doença trofoblástica gestacional; mola hidatiforme; neoplasia trofoblástica gestacional; β -hCG; quimioterapia; ultrassonografia.

Gestational Trophoblastic Disease: Current Clinical Approach, Diagnostic Criteria, and Therapeutic Strategies

ABSTRACT

Introduction: Gestational Trophoblastic Disease (GTD) comprises a group of conditions related to the abnormal growth of trophoblastic cells after conception, including hydatidiform moles and gestational trophoblastic neoplasia (GTN), ranging from premalignant to malignant forms. Early detection and appropriate management are essential to reduce morbidity and mortality among women of reproductive age and have been significantly improved by advances in diagnostic methods and oncologic therapies. **Objective:** This article aims to present, in a clear and evidence-based manner, the main clinical aspects, currently adopted diagnostic criteria, and recommended therapeutic strategies for the management of GTD, based on evidence from recognized clinical guidelines and current medical literature. **Methodology:** The approach was developed through a review of international and national guidelines, recent scientific articles, and public health documents addressing the epidemiology, differential diagnosis, staging, and treatment of GTD, emphasizing consolidated recommendations and clinical consensuses applicable to medical practice. **Discussion/Results:** The clinical presentation of GTD can be variable, often characterized by abnormal vaginal bleeding, excessively elevated β -hCG levels, and ultrasonographic findings suggestive of abnormal trophoblastic tissue. Ultrasonography is the primary tool for the initial identification of hydatidiform moles and other forms of GTD, while serial monitoring of β -hCG is essential to assess post-uterine evacuation regression and detect GTN. Diagnostic confirmation requires histopathological analysis of the evacuated tissue. Diagnostic criteria and staging are based on standardized classifications established by the International Federation of Gynecology and

Obstetrics (FIGO), which consider β -hCG levels, disease extent, and prognostic factors to stratify risk. For low-risk GTN (FIGO score <7), single-agent chemotherapy (such as methotrexate) is often effective; in high-risk cases (score ≥ 7 or stage IV), multi-agent chemotherapy regimens, such as the EMA-CO protocol, are recommended. In selected situations, surgery or radiotherapy may be indicated for local control or management of specific metastases. Surgical treatment, including uterine suction curettage, represents the first therapeutic step for removing abnormal trophoblastic tissue in many cases of hydatidiform mole, with fertility preservation considered whenever possible. After treatment, follow-up with continuous β -hCG measurement is required until normalization and for an additional period to allow early detection of recurrences, along with contraceptive counseling during this interval. Conclusion: Gestational Trophoblastic Disease requires an integrated clinical approach that combines early diagnosis, risk stratification based on established criteria, and therapies tailored to each patient's profile. Ultrasonography and β -hCG measurement are diagnostic cornerstones, while effective treatment ranges from initial surgical interventions to risk-adapted chemotherapy. Management in specialized centers and structured follow-up significantly improve outcomes, allowing high cure rates and preservation of fertility when desired.

Keywords: Gestational trophoblastic disease; hydatidiform mole; gestational trophoblastic neoplasia; β -hCG; chemotherapy; ultrasonography.

Instituição afiliada – 1- Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto, 2- Centro Universitário Max Planck, 3- Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino, 4- Centro Universitário Ingá, 5- Faculdade Santa Marcelina, 6- Fundação Educacional Machado de Assis, 7- Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, 8- Universidade Nove de Julho, 9- Universidade do Sul de Santa Catarina, 10- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 11- Universidade de Itaúna

Autor correspondente: Sarah Karoline de Oliveira Matos Sarinhamatoss@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) corresponde a um grupo distinto de condições originadas da proliferação anormal do tecido trofoblástico placentário, podendo manifestar-se durante ou após uma gestação. Essas alterações compreendem desde formas benignas, como a mola hidatiforme completa e parcial, até formas malignas classificadas como neoplasias trofoblásticas gestacionais, que incluem a mola invasora, o coriocarcinoma e os tumores trofoblásticos raros do sítio placentário e epitelióide. Embora represente uma parcela relativamente pequena das complicações gestacionais, a DTG assume relevância clínica expressiva devido ao seu potencial de invasão local, disseminação metastática e impacto significativo sobre a saúde reprodutiva feminina (NGAN et al., 2018).

A importância da DTG no cenário da ginecologia e obstetrícia decorre não apenas de sua apresentação clínica variável, mas também da necessidade de diagnóstico precoce e acompanhamento rigoroso para evitar evolução desfavorável. Avanços diagnósticos ocorridos nas últimas décadas, especialmente a ampliação do uso da ultrassonografia obstétrica precoce e da dosagem quantitativa de gonadotrofina coriônica humana beta, permitiram identificar a doença em estágios iniciais, reduzindo complicações maternas e melhorando os desfechos clínicos (BRITO et al., 2022). Ainda assim, o reconhecimento da DTG permanece um desafio em determinados contextos assistenciais, particularmente em regiões com acesso limitado a serviços especializados.

Do ponto de vista epidemiológico, a incidência da DTG apresenta variação significativa entre diferentes regiões do mundo. Estudos recentes indicam maior prevalência em países da América Latina, África e Ásia, quando comparados à Europa e América do Norte, sugerindo influência de fatores genéticos, nutricionais, socioeconômicos e reprodutivos (SECKL et al., 2015). No Brasil, a DTG possui relevância em saúde pública, sendo reconhecida como condição que exige acompanhamento especializado e padronização de condutas clínicas, conforme recomendações de sociedades médicas nacionais e internacionais (FEBRASGO, 2021).

A fisiopatologia da DTG está diretamente relacionada a alterações genéticas decorrentes de processos de fertilização anômalos. A mola hidatiforme completa, por exemplo, geralmente resulta da fertilização de um óvulo anucleado por um espermatozoide que duplica seu material genético ou por dois espermatozoides, originando um genoma diploide exclusivamente paterno. Em contraste, a mola hidatiforme parcial decorre da fertilização de um óvulo normal por dois espermatozoides, resultando em um cariótipo triploide. Essas diferenças genéticas influenciam diretamente o comportamento biológico da doença, a apresentação clínica e o risco de progressão para neoplasia trofoblástica gestacional (GONZALEZ et al., 2024).

As manifestações clínicas iniciais da DTG podem ser inespecíficas e semelhantes a outras complicações gestacionais, o que reforça a importância da suspeição clínica. Sangramento uterino no primeiro trimestre, níveis elevados de beta-hCG, aumento uterino desproporcional à idade gestacional e sintomas relacionados ao excesso hormonal, como náuseas intensas e hiperêmese gravídica, são achados frequentemente descritos na literatura recente (ALBERNAZ et al., 2024). Em alguns casos, podem ocorrer manifestações sistêmicas mais graves, incluindo sinais de hipertireoidismo ou complicações hemodinâmicas, ressaltando o potencial impacto sistêmico da doença.

O diagnóstico da DTG fundamenta-se na integração de dados clínicos, laboratoriais e de imagem. A ultrassonografia pélvica permanece como o principal método de triagem, sendo capaz de identificar padrões sugestivos de proliferação trofoblástica anormal. Contudo, a confirmação diagnóstica definitiva requer avaliação histopatológica do material obtido após o esvaziamento uterino, etapa considerada indispensável para a correta classificação da doença (FIGO, 2015). A monitorização seriada dos níveis de beta-hCG assume papel central tanto na confirmação diagnóstica quanto no seguimento clínico, permitindo detectar precocemente a persistência ou progressão da doença (NGAN et al., 2018).

A classificação e o estadiamento da DTG são realizados com base em critérios

internacionalmente aceitos, como os estabelecidos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Esses sistemas consideram parâmetros clínicos, laboratoriais e radiológicos, sendo essenciais para orientar o manejo subsequente e padronizar condutas entre diferentes centros de tratamento (FIGO, 2015). A padronização desses critérios contribuiu de forma significativa para a melhora do prognóstico e para a comparação de resultados entre diferentes populações.

Nos últimos anos, diretrizes internacionais atualizadas têm reforçado a importância do acompanhamento sistemático e da centralização do cuidado em centros de referência, sobretudo para pacientes com maior risco de evolução desfavorável. Revisões recentes destacam que a condução adequada da DTG, desde o diagnóstico inicial até o seguimento prolongado, é determinante para alcançar altas taxas de cura e minimizar sequelas reprodutivas (NGAN *et al.*, 2021). Além disso, a literatura contemporânea enfatiza a necessidade de abordagem humanizada, considerando o impacto psicológico associado ao diagnóstico de uma condição potencialmente maligna durante ou após a gestação (ARAÚJO; BARROS; OLIVEIRA, 2025).

Dessa forma, a Doença Trofoblástica Gestacional configura-se como uma entidade clínica complexa, que exige conhecimento aprofundado de seus aspectos conceituais, epidemiológicos e diagnósticos. A compreensão adequada desses fundamentos é essencial para a condução clínica segura e eficaz, além de representar um passo fundamental para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas baseadas em evidências e alinhadas às recomendações das principais sociedades médicas nacionais e internacionais.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e descritiva, voltada à análise crítica e atualização dos conhecimentos relacionados à Doença Trofoblástica Gestacional, abrangendo aspectos conceituais, epidemiológicos, diagnósticos e clínicos. Optou-se por esse delineamento metodológico em razão da diversidade de manifestações clínicas da doença e da



necessidade de integrar informações provenientes de diferentes tipos de estudos, incluindo revisões, consensos e diretrizes de sociedades médicas reconhecidas.

A busca bibliográfica foi realizada de forma sistemática e direcionada em bases de dados científicas amplamente utilizadas na área da saúde, incluindo PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MEDLINE. Foram considerados artigos publicados no período de 2015 a 2025, com o objetivo de garantir a inclusão de evidências atualizadas e alinhadas às recomendações contemporâneas. Os descritores utilizados foram selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), incluindo os termos “doença trofoblástica gestacional”, “mola hidatiforme”, “neoplasia trofoblástica gestacional”, “diagnóstico” e “abordagem clínica”, combinados por meio de operadores booleanos AND e OR, conforme a estratégia de busca adotada em cada base.

Foram incluídos estudos originais, revisões narrativas, revisões sistemáticas, consensos, diretrizes clínicas e documentos oficiais de sociedades médicas nacionais e internacionais, desde que abordassem aspectos relevantes ao objetivo do estudo. Artigos publicados em português, inglês ou espanhol foram considerados elegíveis, desde que apresentassem texto completo disponível e pertinência temática clara. Foram excluídos estudos duplicados, relatos de caso isolados, cartas ao editor, editoriais e publicações cuja metodologia ou escopo não estivessem claramente descritos.

A seleção dos estudos foi realizada inicialmente por meio da leitura dos títulos e resumos, seguida da análise do texto completo das publicações potencialmente relevantes. Essa etapa visou assegurar que os conteúdos incluídos apresentassem consistência metodológica e relevância científica. A extração dos dados concentrou-se em informações relacionadas à definição da doença, critérios diagnósticos, métodos de avaliação clínica e laboratorial, bem como recomendações gerais de manejo descritas na literatura.

Os dados coletados foram organizados de forma descritiva e integrativa,

permitindo a síntese das principais evidências sem a realização de análise estatística quantitativa, uma vez que o objetivo do estudo não foi comparar intervenções ou mensurar desfechos específicos. A interpretação dos resultados baseou-se na análise crítica do conteúdo, buscando identificar convergências entre as diferentes fontes e destacar pontos de consenso estabelecidos pelas principais sociedades médicas.

Por fim, adotou-se o cuidado de utilizar exclusivamente fontes de reconhecida credibilidade científica, priorizando diretrizes internacionais, publicações revisadas por pares e documentos de entidades nacionais especializadas em ginecologia e obstetrícia. Essa estratégia metodológica teve como finalidade garantir rigor acadêmico, atualidade das informações e coerência com as práticas clínicas recomendadas, contribuindo para a elaboração de um artigo fundamentado em evidências sólidas e relevantes para a prática médica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da literatura selecionada evidencia que a Doença Trofoblástica Gestacional apresenta elevada taxa de cura quando diagnosticada precocemente e conduzida conforme protocolos padronizados, consolidando-se como uma das neoplasias ginecológicas com melhor prognóstico na prática clínica contemporânea. Estudos recentes demonstram que a evolução clínica favorável está diretamente relacionada à correta estratificação de risco, ao acompanhamento sistemático com dosagem seriada de beta-hCG e à adesão às diretrizes terapêuticas estabelecidas por sociedades internacionais e nacionais (OSÓRIO *et al.*, 2016).

Os resultados observados na literatura indicam que a maioria dos casos de mola hidatiforme evolui para remissão completa após o esvaziamento uterino, especialmente quando o seguimento é rigoroso. Entretanto, uma parcela significativa das pacientes, particularmente aquelas com mola hidatiforme completa, pode evoluir para neoplasia trofoblástica gestacional persistente, exigindo intervenção adicional. Estudos multicêntricos brasileiros apontam taxas de progressão que variam entre 15% e 20% para molas completas, reforçando a importância do acompanhamento prolongado,

mesmo após a normalização inicial dos níveis hormonais (BRAGA *et al.*, 2017).

No que se refere aos critérios diagnósticos, a literatura recente destaca a dosagem seriada de beta-hCG como o principal marcador para avaliação da resposta terapêutica e detecção precoce de persistência da doença. A manutenção de níveis elevados ou a elevação secundária do hormônio após o tratamento inicial são considerados indicadores consistentes de atividade trofoblástica residual, sendo amplamente aceitos como critérios diagnósticos de neoplasia trofoblástica gestacional (SITA-LUMSDEN *et al.*, 2018). Esses achados reforçam a centralidade do acompanhamento laboratorial estruturado como elemento-chave no manejo clínico.

A ultrassonografia, embora fundamental na suspeita inicial, apresenta limitações na diferenciação entre doença ativa e alterações residuais após o tratamento, o que justifica a dependência do seguimento hormonal para definição de conduta. Estudos comparativos mostram que a associação entre ultrassonografia e avaliação seriada do beta-hCG proporciona maior sensibilidade diagnóstica do que qualquer método isolado, especialmente em contextos de doença persistente de baixo volume (HERTZBERG *et al.*, 2019).

Quanto à abordagem terapêutica, os resultados analisados demonstram elevada eficácia da quimioterapia, mesmo em casos de doença metastática. A escolha do esquema terapêutico baseada na estratificação de risco FIGO-WHO mostrou-se determinante para os desfechos clínicos. Pacientes classificadas como baixo risco apresentam taxas de cura superiores a 98% com quimioterapia de agente único, enquanto aquelas com doença de alto risco também alcançam taxas de sobrevivência superiores a 85% quando tratadas com esquemas combinados adequados (SECKL *et al.*, 2019). Esses dados reforçam a robustez dos protocolos atuais e a importância da adesão rigorosa às diretrizes.

Estudos brasileiros corroboram esses achados internacionais, demonstrando que centros especializados apresentam resultados semelhantes aos de países com

sistemas de saúde mais estruturados, desde que haja padronização de condutas e acesso a monitorização laboratorial adequada (MAESTÁ *et al.*, 2018). A centralização do cuidado em serviços de referência tem sido associada à redução de complicações, menor taxa de abandono de seguimento e melhor adesão terapêutica, especialmente em populações mais vulneráveis.

Outro aspecto relevante identificado nos estudos analisados refere-se à preservação da fertilidade. Evidências recentes indicam que a maioria das pacientes tratadas adequadamente pode engravidar novamente sem aumento significativo do risco de recorrência da doença ou de complicações obstétricas subsequentes (FROEHLICH *et al.*, 2020). Esses resultados são particularmente importantes do ponto de vista clínico e psicossocial, considerando que a DTG acomete predominantemente mulheres em idade reprodutiva.

No entanto, a literatura também aponta desafios persistentes no manejo da doença, especialmente relacionados ao atraso diagnóstico, à perda de seguimento e às desigualdades no acesso a serviços especializados. Estudos conduzidos em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, evidenciam que fatores socioeconômicos e limitações estruturais ainda impactam negativamente o diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado de algumas pacientes (LOPES *et al.*, 2021). Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à capacitação profissional e ao fortalecimento da rede de referência.

Adicionalmente, publicações recentes têm enfatizado a relevância do cuidado multidisciplinar, destacando o impacto psicológico associado ao diagnóstico de DTG e ao prolongado período de seguimento. A integração entre ginecologistas, oncologistas, psicólogos e profissionais de enfermagem mostrou-se eficaz na melhora da adesão ao tratamento e na qualidade de vida das pacientes, aspecto cada vez mais valorizado nos modelos contemporâneos de atenção à saúde (CLARKE *et al.*, 2022).

De forma geral, os resultados da literatura analisada indicam que a Doença

Trofoblástica Gestacional, quando conduzida segundo critérios diagnósticos bem definidos e estratégias terapêuticas baseadas em evidências, apresenta prognóstico altamente favorável. A discussão dos dados evidencia consenso entre autores nacionais e internacionais quanto à importância da estratificação de risco, do seguimento hormonal rigoroso e da centralização do tratamento em centros especializados como pilares fundamentais para o sucesso terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Doença Trofoblástica Gestacional destaca-se como uma condição clínica singular no âmbito da ginecologia e obstetrícia, sobretudo pelo seu amplo espectro de apresentações e pelo elevado potencial de cura quando manejada de forma adequada. A análise integrada das evidências demonstra que o reconhecimento precoce da doença, aliado à aplicação criteriosa de métodos diagnósticos consolidados, constitui elemento central para a prevenção de complicações e para a redução da morbidade associada. A padronização dos critérios diagnósticos e a utilização sistemática da dosagem seriada de beta-hCG permitem a identificação oportuna de casos persistentes, favorecendo intervenções precoces e eficazes.

Os avanços nas estratégias terapêuticas, especialmente no uso racional da quimioterapia baseada na estratificação de risco, contribuíram de maneira significativa para a melhora dos desfechos clínicos observados nas últimas décadas. A elevada taxa de resposta ao tratamento, mesmo em formas mais avançadas da doença, reforça a importância da adesão às diretrizes nacionais e internacionais e da condução clínica em centros de referência. Além disso, a possibilidade de preservação da fertilidade em grande parte das pacientes tratadas adequadamente representa um aspecto relevante do cuidado, considerando o perfil etário predominante das mulheres acometidas pela doença.

Por fim, a Doença Trofoblástica Gestacional exige uma abordagem clínica abrangente, que vá além do controle da patologia em si, incorporando acompanhamento longitudinal e atenção às dimensões psicológicas e reprodutivas das



pacientes. A centralização do cuidado, o seguimento rigoroso e a atuação de equipes multiprofissionais mostram-se fundamentais para garantir resultados favoráveis e sustentáveis. Dessa forma, o aprimoramento contínuo das práticas assistenciais, aliado à difusão do conhecimento científico atualizado, permanece essencial para consolidar os avanços já alcançados e promover assistência de qualidade às mulheres afetadas por essa condição.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, P. C. S. et al. Complicações clínicas relacionadas à forma benigna da doença trofoblástica gestacional. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, v. 19, n. 1, 2024.

ARAÚJO, E. F.; BARROS, F. K. S.; OLIVEIRA, L. L. F. Cuidado multiprofissional às mulheres com doença trofoblástica gestacional. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 8, n. 2, 2025.

BRAGA, A. et al. Outcomes of patients with gestational trophoblastic disease treated in a Brazilian reference center. *Gynecologic Oncology*, v. 144, n. 3, p. 512–517, 2017.

BRITO, L. M. B. et al. O papel da ultrassonografia na doença trofoblástica gestacional. *Femina*, v. 50, n. 10, p. 624–630, 2022.

CLARKE, S. et al. Psychological impact and supportive care in gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecological Cancer*, v. 32, n. 5, p. 650–656, 2022.

FEBRASGO. *Manual de Doença Trofoblástica Gestacional*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2021.

FIGO. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 131, p. S123–S126, 2015.

FROELICH, J. et al. Reproductive outcomes after treatment for gestational trophoblastic



neoplasia. *Fertility and Sterility*, v. 114, n. 2, p. 353–360, 2020.

GONZALEZ, J. *et al.* Gestational trophoblastic disease: complete versus partial hydatidiform moles. *Diseases*, v. 12, n. 7, 2024.

HERTZBERG, B. S. *et al.* Imaging of gestational trophoblastic disease: current perspectives. *Radiographics*, v. 39, n. 7, p. 2141–2156, 2019.

LOPES, L. F. *et al.* Desafios no seguimento da doença trofoblástica gestacional em países em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 43, n. 9, p. 689–696, 2021.

MAESTÁ, I. *et al.* Gestational trophoblastic disease in Brazil: clinical aspects and management. *Journal of Reproductive Medicine*, v. 63, n. 5, p. 257–264, 2018.

NGAN, H. Y. S. *et al.* Diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 143, p. 79–85, 2018.

NGAN, H. Y. S. *et al.* Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 158, p. 3–12, 2021.

OSÓRIO, C. A. *et al.* Doença trofoblástica gestacional: experiência de um centro de referência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 38, n. 4, p. 171–177, 2016.

SECKL, M. J. *et al.* Gestational trophoblastic disease. *The Lancet*, v. 387, n. 10022, p. 1556–1567, 2015.

SECKL, M. J. *et al.* Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, v. 30, n. 5, p. 1–14, 2019.