

MOLA

**Manual de Informações
sobre a
Doença Trofoblástica Gestacional**



Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional

RELAÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM DOENÇA TROFOBLÁSTICA

1. Região Norte

CR no Acre (Rio Branco): **Dra. Elaine Leal**

CR no Amapá (Macapá): **Dra. Nirce Carvalho**

CR em Amazonas (Manaus): **Dra. Monica Bandeira**

CR no Pará – Santa Casa de Misericórdia (Belém): **Dra. Neila Dahas / Gabriela Queiroz**

CR de Roraima (Boa Vista): **Dra. Jordania Guedelha**

CR em Rondonia - Hospital de Base Ary Pinheiro (Porto Velho): **Dra. Rita de Cássia Alves**

CR em Tocantins (Palmas): **Dr. João de Deus**

2. Região Nordeste

CR em Alagoas (Maceió): **Dra. Ivana Brizzo Silva**

CR na Bahia – Maternidade Climério de Oliveira da FMB/UFBA: **Dra. Olivia Lucia Costa**

CR no Ceará (Fortaleza): **Dra. Cecília Ponte**

CR no Maranhão – Unidade Materno-Infantil-HU/UFMA (São Luis): **Dra. Marília Martins**

CR no Rio Grande do Norte - Maternidade Januário Cicco (Natal): **Dra. Sonia de Miranda**

CR na Paraíba - HU Lauro Wanderley - UFPB (João Pessoa): **Dr. Claudio Sergio Paiva**

CR em Pernambuco (Recife): **Dr. Elias Melo**

CR no Piauí (Teresina): **Dr. José Arimatéa Santos Jr.**

CR em Sergipe (Aracaju): **Dra. Safira Barcellos**

3. Região Centro-Oeste

CR no DF – HR da Asa Norte (Brasília): **Drs. Paulo Kalume / Marcelo Filippo**

CR em Goiás – HC da UFG. Ambulatório de Mola. (Goiânia): **Dr. Maurício Viggiano**

CR em Mato Grosso – HU da FM/UFMT (Cuiabá): **Rejane Martins Ribeiro Itaborahy**

CR no Mato Grosso do Sul - HR do MS (Campo Grande): **Dra. Sueli de Souza**

4. Região Sudeste

CR no Espírito Santo – HC/UFES (Vitória): **Dr. Henrique Zacarias Borges Filho**

CR em Minas Gerais – HC/UFMG (Belo Horizonte): **Dr. Gabriel Costa Osanan**

CRs no Rio de Janeiro:

- Maternidade Escola de Laranjeiras da UFRJ (Rio de Janeiro): **Dr. Antonio Braga**

- Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF (Niterói): **Dr. Antonio Braga**

CRs em São Paulo:

- HC da FMB/UNESP (Botucatu): **Dra. Izildinha Maestá**

- CAISM/Unicamp-SP (Campinas): **Dra. Sophie Françoise Mauricette Derchain**

- HC da FMRP/USP (Ribeirão Preto): **Dr. Jurandyr Andrade**

- Hospital Guilherme Álvaro (Santos): **Dr. Eduardo Silveira**

- HC da EPM/UNIFESP (São Paulo): **Dra. Sue Yazaki Sun**

- HC da USP (São Paulo): **Dr. Koji Fushida**

5. Região Sul

CR no Paraná – HC/UFPR (Curitiba): **Dr. Bruno Maurizio Grillo, Dr. Sérgio Padilha**

CRs no Rio Grande do Sul

- Amb. de Patologias do Trofoblasto - UCS (Caxias do Sul): **Dr. José Mauro Madi**

- Santa Casa - CDT (Porto Alegre): **Dras Elza Uberti / Maria do Carmo Fajardo**

CR em Santa Catarina – Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis): **Dra. Andrea Campos**

FICHA CATALOGRÁFICA
DADOS INTERNACIONAIS DA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO, SP, BRASIL

SBDTG, Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional
MOLA. Manual de Informações sobre a Doença Trofoblástica. Rio de Janeiro /
Sociedade Brasileira de Doenças Trofoblásticas. Rio de Janeiro / RJ, 2014.

1. Doença trofoblástica gestacional 2. Gravidez molar
3. Neoplasia trofoblástica gestacional. 4. Quimioterapia

Índice para catálogo sistemático
Doença trofoblástica. Mola hidatiforme. Neoplasia trofoblástica. Educação leiga.

PREFÁCIO

“Doutor, o que aconteceu com minha gravidez?”

“Doutor, por que eu?”

“Doutor, o que é essa tal “mola” que eu tive?”

“Doutor, mola hidatiforme pode se repetir?”

“Doutor, posso ficar grávida novamente sem riscos?”

“Doutor, um dia poderei ser mãe?”

“Doutor, por que preciso fazer tantas consultas depois de passar pela internação aonde fui submetida ao tratamento da mola?”

“Doutor, a mola é doença maligna, um tipo de câncer?”

...

Estas são perguntas que as pacientes que passaram pela experiência de uma doença rara, fora do comum, fazem aos médicos, especialistas ou não.

A elas, esta publicação é dedicada e foi elaborada por especialistas no assunto.

Há mais de cinquenta anos, existiram e existem médicos que se dedicaram e se dedicam, com perseverança e carinho, a estas pacientes portadoras desta doença.

É a mola hidatiforme, na maioria quase que absoluta das vezes, a mãe de todas as complicações ditas malignas.

Sabendo tratar essa doença, estaremos identificando precocemente suas complicações e diminuindo o tempo de tratamento.

A cura é certa!

Os conceitos e as condutas aqui expostos, são atuais e baseados em evidências e consensos entre os melhores especialistas da área.

A leitura dessa publicação ajudará, com certeza, a compreensão da doença e, conseqüentemente, a colaboração das pacientes visando ao êxito do tratamento.

Fique firme em seu tratamento, não falte as consultas, que tudo dará certo!



Professor Dr. Bruno Maurizio Grillo

Professor de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná.

Diretor do Centro de Doenças Trofoblásticas do Hospital das Clínicas da

Universidade Federal do Paraná.

Decano da Sociedade Brasileira de Doenças Trofoblásticas



INTRODUÇÃO

Doença Trofoblástica Gestacional constitui um grupo de doenças da placenta conhecidas como mola hidatiforme completa e mola hidatiforme parcial capazes de evoluir para formas invasoras e/ou malignas nomeadas mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide.

No Brasil não há estatística confiável, mas, acredita-se que haja 1 caso dessa doença para 200-400 gestações normais, o que faz com que essa doença seja pouco frequente e por isso desconhecida da população e mesmo de muitos médicos.



Mola hidatiforme completa



Placenta normal



Mola hidatiforme parcial

O objetivo deste manual é descrever a apresentação e o diagnóstico da doença, seu acompanhamento clínico e tratamento. Ele também oferece informações sobre resultados de gravidez futura e o uso de contracepção.

A gravidez molar, mais conhecida como mola, é uma gravidez diferente, anormal. Baseado em características genéticas e histopatológicas é subdividida em mola hidatiforme completa e mola hidatiforme parcial. Na mola hidatiforme completa não há embrião, e é a mais comum entre nossas pacientes. Já na mola hidatiforme parcial há desenvolvimento inicial do embrião.

Toda mulher grávida produz um hormônio chamado de gonadotrofina coriônica humana (hCG), e nos casos de gravidez mola a persistência desse hormônio ou sua elevação significa que houve invasão da parede uterina (mola invasora) ou sua transformação maligna (coriocarcinoma ou tumor trofoblástico do sítio placentário). Daí a importância do seguimento contínuo e sistemático das pacientes mediante dosagens periódicas de hCG para monitorar a evolução da doença, que pode cursar com remissão espontânea ou com evolução para a neoplasia trofoblástica e a necessidade de tratamento para atingir a remissão e garantir a cura.



Professor Dr. Maurício Guilherme Campos Viggiano

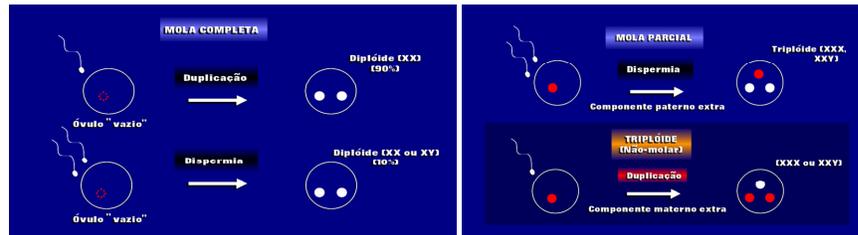
Professor de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Diretor do Centro de Doenças Trofoblásticas do Hospital das Clínicas da

Universidade Federal de Goiás

GRAVIDEZ MOLAR – O QUE É ISSO? COMO SE TRATA?

Em condições normais, a gravidez começa quando o espermatozóide une-se ao óvulo. O óvulo fecundado desenvolve dividindo-se em dois grupos de células, que, em última análise, se transformarão na placenta e no feto. A placenta é o órgão que fica aderido à parede uterina, fornecendo o suporte nutricional e permitindo o desenvolvimento do feto. A gravidez molar ocorre como resultado da falha na fertilização. Essa falha leva a um desenvolvimento placentário anormal, causando a falência do desenvolvimento fetal.



QUANDO E COMO SABER QUE A GRAVIDEZ É ANORMAL?

A gravidez molar começa, provavelmente, com os sinais e sintomas de uma gestação normal. Todas as gestações produzem um hormônio chamado GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (hCG), que é o responsável por muitos dos sintomas percebidos no início da gestação, e que pode ser medido por testes de identificação de gravidez. As mulheres podem perceber o atraso menstrual, a presença de náuseas e vômitos (por vezes mais intenso do que em mulheres com uma gravidez normal) e o aumento do volume do ventre mais rápido do que a idade gestacional.

O sintoma mais comum de que existe algum problema na gestação é a presença de SANGRAMENTO TRANSVAGINAL, frequentemente mais na forma de secreção escura do que sangue vivo. Nesse momento deve-se suspeitar de gravidez molar. Outros sintomas podem aparecer, e embora raros, são de grande gravidade, como a pressão alta, hipertireoidismo, dificuldade respiratória e problemas na coagulação sanguínea.

Uma vez suspeitada a gravidez molar, o médico assistente, normalmente, confirma o diagnóstico com a realização de ultrassonografia que mostra o útero preenchido por pequenas áreas redondas, escuras, que lembram cacho-de-uva, na MOLA HIDATIFORME COMPLETA e placenta espessada com saco gestacional e/ou embrião, vivo ou morto, na MOLA HIDATIFORME PARCIAL.



O QUE ACONTECE APÓS A CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO ?

Uma vez confirmado o diagnóstico de gravidez molar, o útero deverá ser esvaziado o quanto antes. Trata-se de um procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, feito por médico. Embora não seja uma cirurgia complexa, como em todo procedimento há riscos envolvidos, sendo os mais comuns: perfuração uterina, hemorragia, riscos da anestesia. Mas fique tranquila que se ocorrer essas intercorrências, seu médico saberá reconhecer e tratá-las adequadamente.

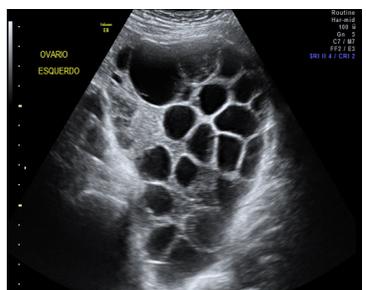
Após o esvaziamento uterino, 80% das pacientes com mola completa e 95% daquelas com mola parcial evoluirão para a cura sem a necessidade de nenhum outro tratamento. O esvaziamento uterino leva à gradual queda dos níveis de hCG sanguíneo até atingir os níveis normais não gravídicos (menor que 5 mUI/mL). Entretanto, 20% das pacientes com mola completa e 5% com mola parcial não terão normalizados os níveis de hCG, tornando necessário outros tratamentos a fim de prevenir consequências mais sérias. Quando o tecido placentário anormal torna a crescer, nós dizemos que a paciente desenvolveu uma “NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL”.

Por isso é fundamental a mulher com gravidez molar ir periodicamente ao Centro de Referência a fim de ser examinada, monitorar os valores do hCG, realizar ultrassonografia e raio-X de tórax e saber se seu caso está evoluindo para a remissão espontânea ou se vai precisar de tratamento para conseguir a cura (remissão pós-tratamento).

Para estimar quais pacientes com mola completa terão mais chances de desenvolver complicações após o esvaziamento uterino, dividimos as pacientes em dois grupos: BAIXO e ALTO RISCO.

Mola completa de BAIXO RISCO ocorre nos casos em que o tamanho uterino é igual ou menor à idade gestacional, o nível do hCG é semelhante ao de uma gestação normal, a idade materna é inferior a 40 anos e quando não há outros fatores associados.

Mola completa de ALTO RISCO ocorre quando o útero é maior que a idade gestacional, os níveis de hCG são mais altos que em gestações normais, os ovários se apresentam aumentados e com cistos nos ovários, a idade materna é maior que 40 anos e está associada à hipertensão, hipertireoidismo, distúrbios de coagulação e/ou história prévia de gravidez molar ou neoplasia trofoblástica gestacional.



Cistos de ovário em paciente com gravidez molar, vistos pela ultrassonografia e após cirurgia

Pacientes de BAIXO RISCO são tratadas com o esvaziamento cirúrgico do conteúdo uterino por vácuo-aspiração. Em algumas situações, pode-se preferir a histerectomia abdominal como método de esvaziamento uterino. Quando o método de esvaziamento uterino é a vácuo-aspiração, a alta hospitalar ocorre dentro de 12 a 24h após a cirurgia. Quando o método escolhido é a histerectomia, a internação pode durar cerca de 48h após a cirurgia. A histerectomia é realizada somente em pacientes mais idosas e/ou que desejam esterilização cirúrgica.



Pacientes de ALTO RISCO, por sua vez, são tratadas, em alguns Centros de Referência, com uma combinação de vácuo-aspiração (ou histerectomia) e administração de um ciclo de quimioterapia simples, a qual reduz à metade o risco de complicação para neoplasia. O tratamento das pacientes de ALTO RISCO necessita de curto período de hospitalização, 24 a 36 horas, a depender emprego da quimioterapia. Ocasionalmente, quando há grandes cistos ovarianos acompanhados por sintomas de dor pélvica persistente, pode ser realizada uma laparoscopia para esvaziar e descomprimir os cistos, os quais geralmente são bilaterais.



**Úteros com
mola hidatiforme**

O QUE ACONTECE APÓS A ALTA HOSPITALAR?

A paciente receberá esse manual com instruções antes da alta. Entrar em contato com a equipe médica a qualquer momento em caso de dúvida, se sangramento vaginal volumoso, dor de cabeça forte ou temperatura acima de 38,5° C.

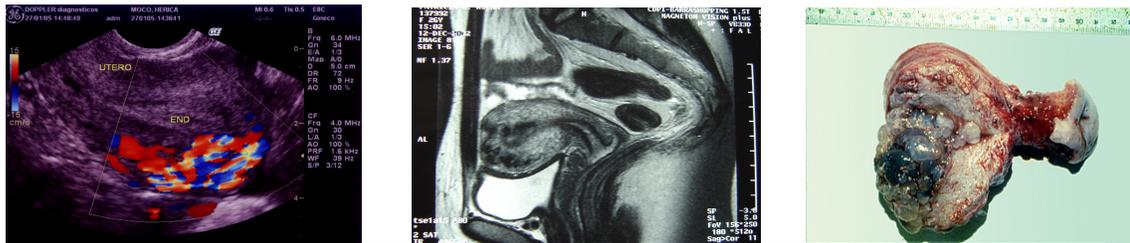
De início será necessário o retorno semanal (em alguns Centros de Referência, quinzenalmente) para a dosagem do hCG. Mais importante que uma dosagem hormonal isolada é a queda progressiva dos níveis de hCG após o esvaziamento uterino.

Se o nível do hCG cair acentuadamente, espera-se até o valor atingir o nível normal, que é menor que 5 mUI/mL. Permanecendo nesse nível por 3 semanas é atingida a remissão da doença e o acompanhamento clínico e laboratorial passará a ser mensal, por mais 6 meses.

Durante o seguimento, é fundamental que não ocorra gravidez novamente, pois não será fácil diferenciar a nova gravidez da evolução para a neoplasia trofoblástica. Por isso é fundamental que você use corretamente um método contraceptivo eficaz. Seu médico deverá orientar você a escolher o melhor método e monitorar seu uso. Você poderá se sentir também triste ou abalada durante o acompanhamento. Converse com seu médico sobre suas angústias e medos. Muitos Serviços contam com apoio de psicólogos e assistentes sociais que podem ajudá-la a vencer essa difícil fase de sua vida!

E QUANDO A GRAVIDEZ MOLAR NÃO SE CURA SOZINHA?

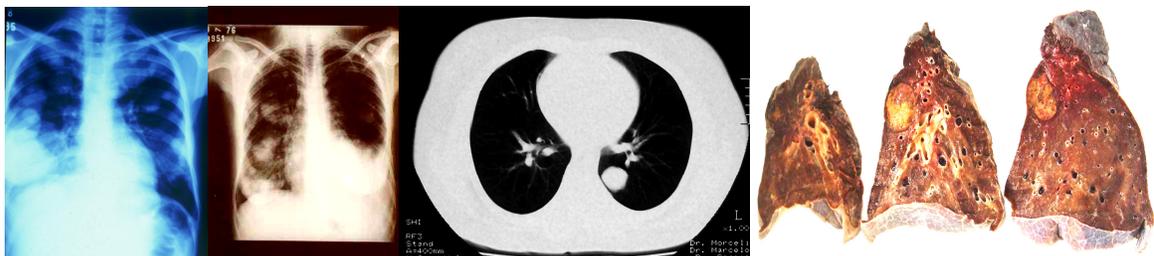
Como explicado anteriormente, o tecido placentário sempre produz hCG. Terminado qualquer tipo de gravidez, o hCG deverá diminuir, gradualmente, até desaparecer do organismo. Se o tecido trofoblástico (da placenta) continuar crescendo, o nível do hCG persistirá. Níveis persistentes ou crescentes de hCG, após término de qualquer tipo de gravidez (parto, abortamento, gravidez ectópica e gravidez molar), é indicativo de tecido trofoblástico persistente e de que ocorreu a transformação maligna desse trofoblasto. Estamos diante da Neoplasia Trofoblástica Gestacional, que pode ser do tipo mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico do sítio placentário e o tumor trofoblástico epitelióide.



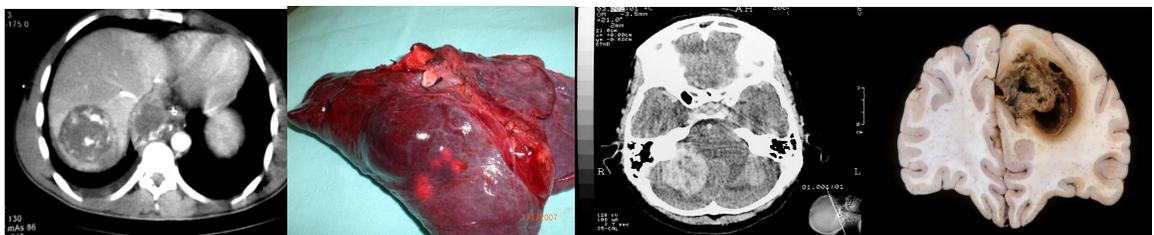
Neoplasia trofoblástica gestacional. Estadio I. Doença limitada ao útero



Neoplasia trofoblástica gestacional. Estadio II. Doença atingindo a pelve



Neoplasia trofoblástica gestacional. Estadio III. Doença atingindo o pulmão



**Neoplasia trofoblástica gestacional. Estadio IV.
Doença atingindo outros órgãos, principalmente fígado e cérebro**

QUAL É O TRATAMENTO DA NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA?

AVALIAÇÃO INICIAL

Avaliação pré-tratamento com vários exames é realizada para determinar a localização do tecido trofoblástico anormal (chamados de metástase). Esses exames podem incluir Raios X do tórax, ultrassonografia do útero e ovários, tomografia do tórax, ressonância magnética do crânio e do abdome-pelve.

Feitos esses exames, seu médico vai estadiar sua neoplasia e caracterizá-la como de alto ou baixo risco, segundo os critérios ao lado.

QUIMIOTERAPIA

O tratamento medicamentoso para doença não metastática e para a maioria das pacientes com doença metastática é feito, principalmente, com uma droga chamada “METOTREXATE” e seu antídoto “ÁCIDO FOLÍNICO”.

Metotrexate tem sido utilizado nos últimos 50 anos e é um agente anti-tumoral que consegue curar cerca de 90% das pacientes com neoplasia trofoblástica de baixo risco. Além disso, não produz efeitos colaterais sobre os ovários ou sobre futuras gestações. Nos casos de resistência ou toxicidade ao Metotrexate, ou em algumas situações clínicas (como pacientes que tenham alterações na função hepática ou renal, que não tenham condições de retornar 4 vezes a cada 2 dias em cada ciclo do Metotrexate, etc), deve-se utilizar a quimioterapia com “ACTINOMICINA-D”.

É impossível prever o total do número de ciclos de quimioterapia que será necessário para a completa erradicação da neoplasia. Esse número é determinado para cada paciente com base em vários fatores, que serão avaliados individualmente.

Em algumas pacientes com alto risco ou doença resistente, QUIMIOTERAPIA COMBINADA consistindo de várias drogas, poderá ser necessária para conseguir a cura. Normalmente o esquema de escolha é o regime EMA/CO que conjuga o “ETOPOSIDE, METOTREXATE, ACTINOMICINA-D, CICLOFOSFAMIDA e ONCOVIN”. Nesse caso, os efeitos colaterais são mais frequentemente observados, tais como náuseas e vômitos, queda de cabelo, falta de apetite, feridas na boca, cansaço. Mas para cada um desses efeitos colaterais, seu médico prescreverá um tratamento específico que conseguirá amenizar muito esses desconfortos.

Escore Prognóstico da OMS para NTG				
Fator Prognóstico	0	1	2	4
Idade (anos)	<39	≥39	-	-
Gestação precedente	mola	aborto	termo	-
Intervalo (meses) *	<4	4 a 6	7 a 12	>12
Beta-hCG (mUI/ml)	<1.000	<10.000	<100.000	>100.000
Maior massa tumoral (cm)	-	3 a 5	>5	-
Local das metástases	-	baço ou rim	fígado ou TGI	cérebro
Nº de locais metastáticos	0	1 a 4	5 a 8	>8
Nº de drogas quimioterápicas (usadas em tratamentos anteriores)	-	-	1	>1
*Intervalo entre a gestação precedente e o diagnóstico do NTG				
Escore total:	Menor que 6 – baixo risco Maior que 7 – alto risco			

QUAIS OS EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA?

Metotrexate tem poucos efeitos colaterais quando é administrado. Náusea é rara, fadiga é mais comum, mas também não é frequente. Quando o Metotrexate é usado em conjunto com o Ácido Folínico, os efeitos colaterais são menos frequentes e mais leves; tais efeitos incluem pequenas aftas, manchas na pele e irritação ocular. Nenhuma paciente tratada com Metotrexate e Ácido Folínico apresentou queda de cabelo. Se você recebeu tratamento com Metotrexate: não use bebidas alcoólicas pelas próximas 2 semanas, pois poderá aumentar o risco de lesão hepática, evite exposição ao sol ou use bloqueador solar por 1 mês, pois o quimioterápico causa fotossensibilidade da pele por cerca de 1 mês, que poderá causar queimaduras importantes se exposta ao sol, não use antiinflamatório, aspirina ou qualquer medicação contendo ácido acetil-salicílico durante a quimioterapia.

Actinomicina-D normalmente causa mais náusea durante sua administração. Medicamentos antieméticos podem ser usados para reduzir a ocorrência de náuseas. Diferente do Metotrexate, queda de cabelo, aftas e manchas na pele são habitualmente mais comuns (em torno de 50% das pacientes, a depender do tipo de esquema com Actinomicina).

Todos os tipos de quimioterapia podem reduzir a produção de células de defesa (células brancas), necessárias para combater infecções, e de plaquetas, usadas para parar sangramentos. Também podem causar pequena inflamação no fígado. Há um grande cuidado, por parte dos médicos, com esses efeitos. A avaliação do hemograma é feita antes de se administrar cada dose do quimioterápico e, a paciente será acompanhada por duas semanas após o fim do tratamento.

POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA

EFEITOS COLATERAIS	SINTOMATOLOGIA	TRATAMENTO
Náusea, vômitos	Perda de apetite, possibilidade de vômitos	Medicação antiemética
Fadiga	Aumento do sono	Descansar quando necessário
Manchas na pele	Manchas tipo sarampo, acne	Não coçar, limpeza local
Irritação oral	Dor de estômago, dor abdominal	Manter hidratação dos lábios, aumentar ingestão hídrica, aplicar gel de xilocaína, não usar enxaguantes bucais
Incômodo vaginal	Sensação de ardência, dor à relação sexual	Usar creme lubrificante
Úlceras de estômago	Dor no estômago e abdome	Protetores gástricos e laxantes
Irritação ocular	Coceira nos olhos	Compressa fria, colírios

O QUE ACONTECE APÓS A ALTA DO ACOMPANHAMENTO DA DOENÇA TROFOBLÁSTICA?

Mantenha seu endereço atualizado.

Após completar o tempo de acompanhamento (6 meses de dosagens normais de hCG nos casos de remissão espontânea e de 12 meses de dosagens normais de hCG após o término da quimioterapia), você poderá engravidar, se assim o desejar. Há um risco de 1-2% de que ocorra uma nova gravidez molar na próxima gestação. Mas não fique preocupada, você tem 98-99% de ter uma linda gravidez normal!

Informe se engravidar novamente.

Ao engravidar, é importante realizar ultrassonografia em torno de 8-10 semanas de atraso menstrual a fim de excluir uma nova gravidez molar.

No parto, solicitar o envio da placenta para análise histopatológica.

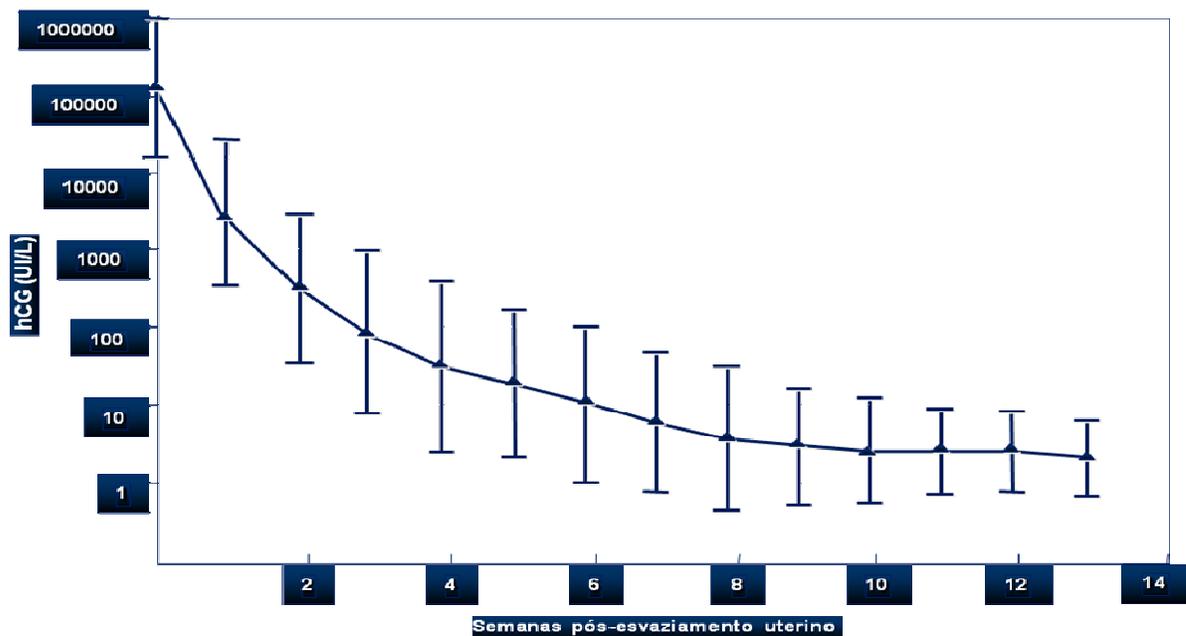
Seis semanas após o término da nova gestação, seja parto normal, cesárea ou abortamento seguido por curetagem, fazer a dosagem do hCG, que deverá estar abaixo de 5mUI/mL.

Retornar ao Centro de Referência fornecendo todas as informações acima.

MONITORAMENTO SEQUENCIAL DO hCG

DATA	hCG	DATA	hCG	DATA	hCG	DATA	hCG	DATA	hCG	DATA	hCG

CURVA DE ELIMINAÇÃO DO hCG





Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional

A Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional (TROFOS) é uma Sociedade Civil, sem fins lucrativos, que tem por finalidade congregar pessoas físicas e jurídicas interessadas em promover a pesquisa, o estudo, o intercâmbio e a difusão do conhecimento da Doença Trofoblástica Gestacional, tanto como ciência como em suas aplicações.

O QUE POSSO FAZER PARA AJUDAR?

Algumas atividades e projetos realizados pela Sociedade Brasileira de Doenças Trofoblásticas são subsidiados por seu Fundo de Pesquisa sobre Doença Trofoblástica Coriocarcinoma. Todas nossas atividades não seriam possíveis sem o auxílio contínuo de nossos pacientes, suas famílias e amigos. Se você gostaria de ajudar, por gentileza, entre em contato com o médico responsável pelo Centro de Referência de seu Estado e peça orientações.

ONDE POSSO OBTER MAIS INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA TROFOBLÁSTICA?

Você pode encontrar boas informações sobre Doença Trofoblástica e acompanhar notícias da Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional em nossa FacePage no Facebook. Basta digitar: Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional, curtir nossa página e acompanhar suas novidades!

<https://www.facebook.com/sbdtg>

Essa edição foi elaborada pelos Professores Antonio Braga (UFRJ, UFF), Bruno Grillo (UFPR), Eduardo Silveira (FCMS), Elza Uberti (ISCOMPA), Izildinha Maestá (UNESP), José Mauro Madi (UCS), Jurandyr Andrade (USP), Maurício Viggiano (UFG).

Esse material deve ser citado como: Braga A, Grillo B, Silveira E, et al. Mola – Manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. Rio de Janeiro. 1ª ed. 2014. p.1-12.