

RESUMO EXPANDIDO- XXII JAGOCIR da Rede MaterDei em Saúde

CÂNCER DE MAMA NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

BREAST CANCER IN PREGNANCY- CASE REPORT

Bruna Campos Lima¹; Júnia Andrade Carvalho¹ ; Melissa Pereira de Oliveira¹ ;Júlia Barbosa de Melo Gomes²

1. Acadêmicos do curso de medicina Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH):

brunacamposmed@gmail.com; juniafmb@hotmail.com; melissappol@gmail.com

2. Médica do Hospital Júlia Kubitschek, Belo Horizonte, MG, barbosademelojulia@gmail.com

Resumo: *JUSTIFICATIVA:* O câncer de mama na gestação é definido quando o diagnóstico é feito durante a gravidez ou em até doze meses após o parto. É responsável por 0,2-3,8% de todos os cânceres de mama, porém é a neoplasia de maior prevalência na gestação. As alterações fisiológicas da gravidez fazem com que o diagnóstico seja tardio e assim, em estágios mais avançados. Por isso, é necessário o diagnóstico precoce. *OBJETIVOS:* Descrever caso de câncer de mama diagnosticado no puerpério imediato. *MÉTODOS:* Análise de prontuário médico e revisão bibliográfica. *RESULTADOS:* L. F. A, 34 anos, primigesta. Admitida com idade gestacional de 40 semanas e queixa de bolsa rota. Realizada cesárea devido à bradicardia fetal persistente. Um dia após o parto, evoluiu com confusão mental, rebaixamento de consciência e dor abdominal intensa. Ao exame apresentava mama esquerda com massa ocupando quadrantes laterais, endurecida e mal delimitada. Axila esquerda com linfonodo suspeito. Laboratório demonstrou hipercalcemia e LDH aumentados. Tomografia de abdômen e pelve com presença de lesões hipodensas hepáticas e múltiplas lesões líticas ósseas compatíveis com neoplasias secundárias. Realizada biópsia de mama esquerda e punção de linfonodo axilar, respectivamente, demonstrando carcinoma ductal invasor e linfonodo sugestivo de malignidade. Paciente apresentou declínio do quadro clínico, evoluindo a óbito no décimo dia de puerpério. *CONCLUSÃO:* O câncer de mama na gestação apresenta-se como um desafio clínico. Assinala-se a importância do exame minucioso das mamas no ciclo gravídico puerperal, fazendo parte da propedêutica, possibilitando-se assim o diagnóstico o mais precoce possível.

PALAVRAS-CHAVE: câncer; mama; gestação.

1. INTRODUÇÃO

Câncer de mama na gestação é definido como aquele diagnosticado durante ou no período de um ano após a gestação (MARTINS-COSTA, 2017). É a neoplasia

maligna de maior prevalência na gestação, representando 25% de todas as neoplasias malignas encontradas. A incidência no ciclo gravídico-puerperal corresponde a 1:1.000/1:3.000 gestações, o que representa cerca de 3% dos casos de carcinoma de mama diagnosticados. A média de idade das gestantes com câncer de mama foi de 33 anos e a

e-Scientia, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 18-21 (2019). Editora UniBH.
Disponvel em: www.unibh.br/revistas/escientia/

idade gestacional ao diagnóstico foi de 17 a 25 semanas (AMANT, 2012). As alterações fisiológicas próprias do ciclo gravídico-puerperal fazem com que o diagnóstico seja tardio e, portanto, as gestantes apresentam-se em estágios mais avançados. Durante a gestação e lactação, a identificação de lesões à mamografia é dificultada pela maior densidade do parênquima, intensa vascularização e aumento da celularidade (CORRÊA, 2011). O primeiro tratamento considerado na maioria das vezes é a cirurgia. A radioterapia é contraindicada e a quimioterapia pode ser usada no segundo e terceiro trimestres, uma vez que se completou a organogênese (EVANS, 2012). A maioria dos estudos revela pouca diferença na sobrevivência de gestantes com câncer de mama e não gestantes, sugerindo que, com terapia moderna e ajuda multidisciplinar, o sucesso pode ser alcançado (KO, 2011). A maioria dos casos de câncer de mama em gestantes é o Adenocarcinoma Ductal Infiltrante, pobremente diferenciado e em estágios avançados. Estudos mostram menor frequência de receptores hormonais (RE, RP), nas neoplasias de mama em gestantes. Ao contrário do HER-2, o qual costuma estar superexpresso (AMANT, 2012). O estadiamento TNM preciso com exames complementares considerados adequados são limitados, pelos possíveis efeitos colaterais sobre o feto. A dosagem da fosfatase alcalina, que auxilia no possível acometimento ósseo também é prejudicada por ser produzida pela placenta. O controle clínico da paciente deve ser multiprofissional; envolvendo, sobretudo, o oncologista clínico, obstetra, psicólogo e nutricionista. A confirmação do estado gestacional e tempo de gestação são fundamentais para decisões terapêuticas materno-fetais: consensuais e seguras (KO, 2011). A seguir, apresentamos um relato de caso de uma mulher jovem portadora de neoplasia de mama avançada, com diagnóstico durante a gestação, releva-se a complexidade de sua evolução clínica e decisões terapêuticas. No momento seguinte, uma

breve reflexão e conclusões à luz das informações científicas específicas pesquisadas.

Objetiva-se descrever um relato de caso de paciente com câncer de mama, tipo carcinoma ductal invasor em estágio avançado, diagnosticado durante o puerpério imediato. Compartilhar com a comunidade médica geral: o complexo desafio clínico de manusear adequadamente o caso relatado, além de apresentar informações científicas atuais referentes ao tema.

2. METODOLOGIA

Análise de prontuário médico e revisão sistemática através de artigos científicos que foram selecionados a partir do PUBMED e DYNAMED utilizando os termos “câncer de mama”, “gestação”, “neoplasia das mamas” e “tratamento”. Diante dos resultados foram excluídos os artigos que não se relacionavam com o tema e os publicados há mais de 10 anos, valendo-se então do intervalo de publicação de 01 setembro de 2009 a 01 de setembro de 2019.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

L. F .A, 34 anos, feminino, branca, primigesta. Foi admitida no Hospital Júlia Kubitschek com 40 semanas de idade gestacional e bolsa rota de período indeterminado. Negou comorbidades importantes; alergias a medicamentos e alimentos; etilismo e tabagismo; cirurgias prévias; história familiar negativa para câncer de mama. História gineco-obstétrica: G 2 / P 2 / A 0; menarca aos 12 anos; ciclos menstruais regulares; relatou ter usado contraceptivo combinado oral por 09 anos consecutivos; tendo parado há 01 ano. Submetida à cesárea de urgência devido à bradicardia fetal persistente. Evoluiu com dor abdominal intensa e confusão mental no pós-parto imediato, sem sangramento aparente. Ao exame

físico, apresentava massa endurecida e mal limitada em mama esquerda, ocupando ambos os quadrantes laterais e axila esquerda com presença de linfonodo endurecido. Mama direita sem alterações. À análise laboratorial: hipercalcemia importante, sem outras alterações. Ao exame de imagem (tomografia abdômen e pelve): presença de múltiplas lesões hepáticas e lesões líticas ósseas sugestivas de metástases. Realizada biópsia de mama esquerda e punção de linfonodo axilar, confirmando diagnóstico de carcinoma ductal invasor, padrão misto, com estadiamento IV (T4 N1 M1). Não realizado exame de imunohistoquímica. Paciente apresentou declínio abrupto do quadro clínico, evoluindo a óbito em 10 dias pós-parto.

O tipo histopatológico do câncer de mama da paciente era carcinoma ductal invasor, padrão misto, o estágio clínico inicial era desfavorável para cirurgia: T4N1M1. Discute-se qual melhor conduta a adotar no caso de paciente no puerpério imediato. A abordagem do câncer de mama associado à gravidez tem se modificado nas últimas duas décadas, sendo que os preceitos de mau prognóstico foram ultrapassados. O binômio mãe-feto deve ser valorizado durante o manejo do câncer de mama associado à gestação, o que frequentemente gera conflitos de conduta e prognóstico (KO, 2011). Atualmente, ainda há controvérsias sobre a realização ou não de intervenções cirúrgicas, interrupção da gestação, uso de quimio ou radioterapia ou, até mesmo, proibição de uma posterior gestação como forma de controle (MIR, 2007). Outro desafio que envolve o câncer de mama associado à gravidez deve-se ao prognóstico reservado dado a estas gestantes em decorrência de fatores como retardo no diagnóstico, com limitação nas opções de tratamento principalmente se a gestação estiver no 1º trimestre, e estadiamento no momento do diagnóstico (AMANT, 2012). Igualmente desafiadora é tentativa de associar danos fetais à exposição de agentes quimioterápicos. O risco

estimado para os fetos expostos, de acordo com alguns estudos, varia de 7% a 75% para todas as malformações. Neste grupo de pacientes, existem ainda outros fatores que podem ser correlacionados à morbidade perinatal, como a própria idade materna avançada e a evolução clínica da doença em estágios avançados de consumpção (MIR, 2007).

Os efeitos teratogênicos não são os únicos efeitos adversos relacionados à quimioterapia relatados. Doença hipertensiva da gestação (DHEG) grave, prematuridade, morte intrauterina, restrição do crescimento fetal, oligodrâmnio, óbito neonatal ou perinatal, baixo peso ao nascer, neutropenia, disfunção gonádica e neoplasia nesses recém-nascidos têm sido relacionados ao uso dos quimioterápicos (AMANT, 2012). Ao se discutir o tratamento do câncer de mama associado à gravidez, a conduta deve ser baseada nos mesmos princípios utilizados no tratamento de mulher não grávida, com algumas ressalvas, principalmente no primeiro trimestre de gravidez, pois durante este período a administração de quimioterápicos está associada à teratogênese e abortamentos. Sabe-se que no caso de paciente portadora de neoplasia de mama operáveis, no início da gestação (primeiro trimestre), a mastectomia é o procedimento de escolha, quando possível. Seguindo-se o tratamento adjuvante protocolar: no momento mais adequado e seguro (AMANT, 2012; EVANS, 2012).

Além disso, é necessário ressaltar que nas pacientes que tiveram câncer de mama e estão em tratamento adjuvante, à anticoncepção deve ser realizada com o uso do dispositivo intrauterino, métodos de barreira ou associação dos métodos não hormonais (AMANT, 2012; ZUGAIB, 2016). No caso descrito, a paciente não teve planejamento contraceptivo.

4. CONCLUSÃO

O câncer de mama na gestação apresenta-se como um desafio clínico, isso se deve principalmente às alterações fisiológicas próprias da gravidez que faz com que o diagnóstico seja tardio na maioria das vezes. No entanto através das grandes inovações no que tange o diagnóstico e a terapêutica, além de um exame clínico minucioso, o prognóstico tem apresentado melhora. Ressalta-se que o grande diferencial para um bom desfecho clínico é o diagnóstico precoce e a instituição do tratamento o mais precoce possível, fato que não ocorreu no relato de caso aqui descrito, tendo a paciente um diagnóstico tardio e prognóstico da doença desfavorável.

O esclarecimento, controle clínico multiprofissional adequado da paciente, sua doença e prognóstico são imperativos em todas as circunstâncias. As complexas decisões clínicas terapêuticas devem ser analisadas multiprofissionalmente; decisões terapêuticas consensuais e seguras devem ser adotadas, não desconsiderando os desejos e decisões da paciente. A segurança materno-fetal deve ser priorizada. Tende-se a cirurgia, haja vista a viabilidade da conduta, apesar da progressão da doença.

REFERÊNCIAS

AMANT F; LOIBL S; NEVEN P; VAN CALSTEREN K. Breast cancer in pregnancy. **Lancet**. 379(9815):570-9, 2012.

CORRÊA, M. D. **Noções Práticas de Obstetrícia**. 14^a ed. Coopmed, 2011.

EVANS SR; SARANI B; BHANOT P; FELDMAN E. Surgery in pregnancy. **Curr Probl Surg**.;49(6):333-88, 2012.

KO EM; VAN LE L. Chemotherapy for gynecologic cancers occurring during pregnancy. **Obstet Gynecol Surv**.;66(5):291-8, 2011.

MARTINS-COSTA, S. **Rotinas em Obstetrícia**. 7 ed. Artmed, 2017.

MIR O; BERVEILLER P; ROPERT S; GOFFINET F; PONS G; GOLDWASSER F. Emerging therapeutics options for breast cancer chemotherapy during pregnancy. **Ann Oncol**.;19(4): 607-13, 2007.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 3a ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.