

CÂNCER DE MAMA NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL, UMA SÉRIE DE CASOS

BREAST CANCER IN THE PREGNANT-PUERPERAL CYCLE, A SERIES OF CASES

BÁRBARA ELIZABETH SCHROFF¹, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA², ANA LUÍZA FLEURY LUCIANO²,
LEANDRO GONÇALVES OLIVEIRA³, ANA CCLÁUDIA GONÇALVES LIMA³, ELAINE XAVIER MACHADO⁴,
JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA⁵

RESUMO

O câncer (CA) de mama no ciclo grávido-puerperal é aquele diagnosticado na gestação até 1 ano pós-parto, pós aborto ou enquanto lactação. O carcinoma ductal invasivo é o tipo histológico mais comum seguido do lobular. Na maioria são volumosos e triplo negativo, sendo 30% HER-2 +. Ao diagnóstico os linfonodos podem já estar comprometidos. Reportamos uma série de casos com diferentes prognósticos.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER DE MAMA PUERPERAL, CARCINOMA DUCTAL, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA, PROGNÓSTICO, PLANEJAMENTO FAMILIAR, GESTAÇÃO.

ABSTRACT

Pregnancy-associated breast cancer is defined as those diagnosed in pregnancy or up to 1 year postpartum, pos abortion or while lactation. Invasive ductal carcinoma is the most common histological type followed by lobular carcinoma. Most are with big volume and triple negative, with 30% HER-2 +. At diagnosis, the lymph nodes may already be compromised. We report a series of cases with different prognoses.

KEYWORDS: PREGNANCY-ASSOCIATED BREAST CANCER, DUCTAL CARCINOMA, CHEMOTHERAPY AND RADIOTHERAPY, PROGNOSIS, FAMILY PLANNING, PREGNANCY.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a segunda neoplasia mais frequente no mundo, sendo a mais comum entre as mulheres ¹. O câncer (CA) de mama puerperal é aquele diagnosticado na gestação até 1 ano pós-parto, pós aborto ou enquanto lactação. Devido as modificações fisiológicas desse período o exame físico pode ser prejudicado, retardando o diagnóstico ². Este pode ser realizado através de sintomatologia, exames complementares como mamografia e ultrassonografia, e confirmado pelo histopatológico. O carcinoma ductal invasivo é o tipo histológico mais comum seguido do lobular ³. Na maioria são volumosos e triplo negativo, sendo 30% HER-2 +. Ao diagnóstico os linfonodos podem já estar comprometidos. O tratamento pode ser local através de cirurgia e radioterapia, além de reconstrução mamária ou sistêmico utilizando quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica ⁴. No grupo

abordado neste trabalho deve-se levar em consideração os riscos de teratogenicidade dos meios de diagnóstico e tratamento utilizados.



Caso 1: 25 anos, 27 semanas de idade gestacional (IG) ao diagnóstico. Submetida a mastectomia modificada seguida de quimioterapia (QT) adjuvante durante a gestação. Parto a termo sem intercorrências (Figura 1).

1. MMAC
2. PUC-GO
3. INGOH
4. Citomed
5. Universidade Federal de Goiás - UFG

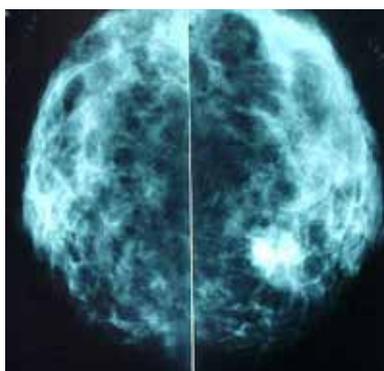
ENDEREÇO
BARBARA ELISABETH SCHROFF
Endereço: Rua SB 45, 1d 35 It3, Portal Sol 2
Goiânia, GO
E-mail: barbaraschroff@gmail.com



Caso 2: 30 anos, 39 semanas IG com lesão de mama esquerda. Realizado cesariana e no puerpério submetida a quadrantectomia e linfadenectomia, QT e radioterapia (RT) adjuvantes com boa evolução (Figuras 2 e 3).



Caso 6: 29 semanas IG ao diagnóstico CA de mama. Submetida a mastectomia, QT durante a gravidez, e RT pós-parto. Engravidou novamente após 2 anos de tratamento e até então sem sinais de recidiva (Figura 9).



Caso 3: 22 anos, 30 dias de parto normal, com CA avançado em mama esquerda. Submetida a QT neoadjuvante, mastectomia e RT (Figuras 4 e 5).



Caso 4: Puérpera com diagnóstico de CA Inflamatório em mama direita. Submetida a QT neoadjuvante, mastectomia e RT. Evoluiu com Síndrome de Guillain Barré pós-Covid-19, seguido de óbito (Figura 6).



Caso 5: 27 semanas IG, tumor de 2,5 cm em QSL de mama direita com axila livre. Submetida a quadrantectomia, linfadenectomia axilar e QT adjuvante. Parto a termo e radioterapia pós-parto com boa evolução (Figuras 7 e 8).

DISCUSSÃO

O tratamento é comumente cirúrgico sem distinção do protocolo para gestantes ou não, a depender da IG no momento do diagnóstico e do estágio da doença. O corante azul patente V não é indicado na grávida, sendo utilizado o marcador radioativo tecnécio 99⁵. Quando necessário, a QT não é recomendada no primeiro trimestre devido teratogenicidade e deve ser evitada nas últimas três semanas ante parto pelo risco de mielossupressão materno-fetal⁶. As terapias mais utilizadas são ciclofosfamida, antracíclicos e taxanos (opta-se por paclitaxel semanal). O metotrexato interfere no metabolismo do ácido fólico e não é prescrito na gestação. A endocrinoterapia e terapia anti-HER-2 podem causar, respectivamente, malformações fetais e oligodrâmio, por isso usadas apenas após o parto⁷. Pelos efeitos deletérios no feto e provável indução cardiogênica tardia a RT não é indicada durante a gestação, mas pode ser empregada no puerpério^{8,9}. A mama não afetada não contraindica amamentação e nem aumenta risco de recidiva⁹. O planejamento familiar após o diagnóstico deve ser individualizado e geralmente orientado intervalo de no mínimo 2 anos¹⁰.

CONCLUSÃO

O câncer (CA) de mama no ciclo grávido-puerperal é aquele diagnosticado na gestação até 1 ano pós-parto, pós aborto ou durante a lactação. O tipo histológico mais comum é o carcinoma ductal invasivo seguido do lobular. O diagnóstico pode ser realizado pela sintomatologia, exames complementares como mamografia e ultrassonografia, e confirmado pelo histopatológico. O tratamento é comumente cirúrgico sem distinção do protocolo para gestantes ou não, a depender da idade gestacional no momento do diagnóstico e do estágio da doença. A quimioterapia não é recomendada no primeiro trimestre de gravidez em função dos efeitos teratogênicos e deve ser evitada nas últimas três semanas antes do parto pelo risco de mielossupressão materno-fetal. Além disso, a gravidez não é um fator de piora para o prognóstico e amamentação pode ser mantida desde que a paciente não esteja realizando tratamento adjuvante com quimioterapia ou ra-

dioterapia. Uma futura gravidez pode ser discutida após 2 anos de tratamento. Esta série de casos apresentou 6 pacientes em diferentes idades gestacionais ou no puerpério, e a conduta escolhida foi específica para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. Estatísticas de câncer [Internet]. INCA - National Cancer Institute. 2018 [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://www.inca.gov.br/en/node/2244>
2. Breast Cancer Treatment During Pregnancy (PDQ®)—Health Professional Version [Internet]. National Cancer Institute. Cancer.gov; 2019 [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/pregnancy-breast-treatment-pdq>
3. Types of Breast Cancer | Different Breast Cancer Types [Internet]. Cancer.org. 2019 [cited 2021 Jun 4]. Available from: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/types-of-breast-cancer.html#written_by
4. Fernandes CE, de Sá MFS, Filho AL da S. Tratado de Ginecologia Febrago. 1st ed. Elsevier; 2018. 1024 p.
5. Menke CH, Chagas CR, Vieira RJS. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter; 2015. 1632 p.
6. Boff RA, Carli AC De, Brenelli FP, Brenelli H, de Carli LS, Sauer FZ, et al. Compêndio de Mastologia: Abordagem multidisciplinar. 1st ed. Lemar, editor. Caxias do Sul; 2015. 754 p.
7. Porto CC. Semiologia Médica. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Girão MJBC, Baracat EC, Lima GR de, Nazário ACP, Facina G, Sartori MGF, et al. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017
9. Bagnoli F, Brenelli FP, Pedrini JL, Júnior R de F, de Oliveira VM. Mastologia: do diagnóstico ao tratamento. Goiânia: Conexão Propaganda e Editora; 2017.
10. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Doenças da mama. 5th ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2016.