



Maciel Matias

Trabalho realizado na
Maternidade Escola Januário
Cicco, de Natal.

CÂNCER DE MAMA NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Rev bras Mastol 1996; 6:137-140

UNITERMOS

Câncer de mama;
Gravidez;
Lactação.

RESUMO

O câncer de mama é uma patologia cada vez mais frequente entre as mulheres e sua associação com a gravidez e lactação aumenta muito a dificuldade para seu diagnóstico e tratamento. Neste trabalho procura-se, através de uma revisão bibliográfica, racionalizar os métodos de diagnóstico e tratamento enfatizando o cuidado para o binômio mãe e feto.

O câncer de mama é muito frequente hoje em dia e representa a maior causa de morte por câncer na mulher. Pode ocorrer durante o ciclo gestacional, quando existem influências recíprocas entre o tumor e o organismo hospedeiro, grávido.

Existem muitas opiniões divergentes quanto a ação da gestação sobre o câncer da mama; no entanto, há um certo acordo entre os pesquisadores no sentido de que as modificações endócrinas da gestação estimulem o crescimento do câncer mamário. O aumento das concentrações sanguíneas da estrona e estradiol, juntamente com a elevação da prolactina e dos fatores de crescimento epidérmicos, propiciando importante associação mitogênica, deveria acarretar a elevação da incidência de câncer de mama na gestação e lactação, o que não ocorre na prática. A conturbada produção hormonal durante a gestação, a princípio, torna mais agressivo os tumores malignos neste período da vida das mulheres.

O provável efeito protetor da gestação não tem repercussão imediata, sendo considerado apenas a longo prazo. Por todos estes fatores, o aparecimento do câncer

da mama durante a gravidez e lactação representa um desafio no diagnóstico e tratamento, principalmente pela pouca frequência de casos, como pelos aspectos emocionais envolvidos.

Estudo epidemiológico realizado por Haas⁶ na Alemanha identificou os principais tipos de câncer associados à gestação, sendo o do colo uterino o mais frequente. No entanto, há uma menor incidência do câncer de mama e ovário em relação ao esperado. Diante de todos estes fatos observa-se o crescimento do tumor na gestação, sem que ela seja responsável por isto.

Inicialmente achava-se que o câncer da mama diagnosticado durante a gestação era incurável, como citado nas observações de Billroth em 1880². Em 1929, Bloodgood afirmava que o câncer de mama na gestação deveria ser tratado igualmente como na paciente não grávida. Em 1943, um trabalho de Haagensen e Stout⁴ "Câncer de mama: critérios de operabilidade", afirmava que o câncer de mama durante a gravidez e lactação estavam na categoria dos inoperáveis. Nesta ocasião, avaliaram apenas 20 casos com 19 axilas positivas. Em 1949, avaliando maior número de

casos do Presbyterian Hospital de New York, Haagensen² reformulou a sua opinião, constatando a diferença do prognóstico em relação às características do tumor, como por exemplo, comprometimento linfonodal.

White e White¹⁵ reviram 45.881 casos de câncer de mama, encontrando 1.296 casos associados à gestação e lactação, representado 2,8% do total. Na maioria das séries a idade média esteve entre 34 e 35 anos. Como atualmente a mulher está adiando para mais tardiamente as gestações, espera-se que aumente a frequência da associação entre câncer de mama e o período de gestação e lactação.

Existem evidências de que o estado de imunodepressão durante a gestação, induzido provavelmente por algumas alterações hormonais, como a elevação dos corticosteróides circulantes, poderia assim agravar os cânceres de mama associados à gestação. Nugent¹¹ observou que 71% dos casos de câncer de mama associados à lactação são receptores estrogênicos negativos e de natureza agressiva, resistentes a hormonioterapia. Esta agressividade é comprovada pelo elevado envolvimento dos linfonodos axilares, no entanto, isto também pode-se atribuir mais à demora no diagnóstico do que a uma agressividade maior natural do tumor em associação com gestação e lactação. Alguns trabalhos como o de White¹⁵ atribuem em até 60% a responsabilidade do médico na demora do diagnóstico e em grande parte aos obstetras que não suspeitam da doença, já que ela ocorre em apenas 3 para cada 100.000 gestações. Para alguns autores a demora no diagnóstico é a mais importante causa da piora do prognóstico das pacientes com câncer diagnosticados na gravidez e lactação^{1,3,10,11}, com um período de demora que variou entre 5 a 15 meses, sendo maior que nas pacientes não gestantes. Mamas tensas e engurgitadas tornam-se difíceis de serem palpadadas, tornando-se em algumas vezes multinodulares. Algumas massas não são suficientemente valorizadas, transferindo-se o diagnóstico para após o parto ou término da lactação. Ribeiro e Palmer¹² em 88 pacientes, verificaram que 19 tinham tumores avançados e inoperáveis, e dos 69 restantes, 89% tinham axila positiva. Segundo Holleb e Farrow⁷ de 117 pacientes, 72% tinham axilas positivas. Bem maior que 40% e 50% nas pacientes não grávidas com o mesmo estadiamento.

O diagnóstico do câncer de mama na gestação deve ser feito principalmente pelo médico da gestante, ressaltando-se o cuidado de examinar as mamas na primeira consulta do pré-natal onde as mamas ainda não estão ingurgitadas, e da repetição periódica, pelo menos trimestral, durante o pré-natal. A mamografia deve ser evitada como exame complementar durante a gestação, pelas implicações da exposição radiológica ao feto, que mesmo

com uma boa proteção sempre será submetido a riscos, principalmente nas fases iniciais da gravidez. Também o aumento da densidade propiciado pela embebição gravídica, dificulta a boa interpretação radiológica. A ultrasonografia poderá ser de grande valor na exploração diagnóstica da mama durante a gestação e lactação, associando-se a ela a punção de lesões não sólidas (cistos, galactoceles, abscessos), biópsia aspirativa com agulha fina e também *core biopsy* de lesões suspeitas.

Inicialmente achava-se que o carcinoma inflamatório estaria associado à gestação, fato não observado na maioria dos trabalhos. White em 1413 carcinomas e gestação, encontrou apenas 55 casos de câncer inflamatório representando 4% do total.¹⁶

A presença de receptores hormonais positivos nos cânceres de mama associados à gestação é muito infrequente. Nugent¹¹, dosando receptores hormonais em 19 casos, identificou 14 como receptores negativos, representando 71%, demonstrando a agressividade desta associação, seu pior prognóstico e sua resistência à hormonioterapia.

Estudos imunohistoquímicos têm demonstrado que, em geral, a gravidez diminui as concentrações de receptores hormonais detectáveis nas frações de citosóis de câncer de mama, podendo causar um resultado falso negativo. A elevada concentração de estrogênio circulante na paciente gestante causa a translocação dos receptores para dentro do núcleo, deixando ocupados todos os receptores citoplasmáticos, não ficando concentração disponível para o ensaio. Deste modo, durante a gestação, o estrogênio livre deve ser primeiro removido, para a realização dos ensaios laboratoriais. Consequentemente, segundo Hoover, não existem dados disponíveis confiáveis para valorização prognóstica dos receptores hormonais.

Apesar das conclusões iniciais de Haagensen e Stout⁽⁴⁾ de que o prognóstico do câncer de mama na gestação era tão reservado que não se justificava a mastectomia, posteriormente o próprio Haagensen⁵, como já foi dito, modificou este conceito e desde então determinou-se que o tratamento cirúrgico deveria ser o mesmo das pacientes não gestantes.

A grande controvérsia continua sendo a interrupção ou não da gestação e as decisões terapêuticas são influenciadas pela fase da gravidez e o estágio da doença. Atualmente a maioria não defende o abortamento em qualquer fase da gravidez, visto que não ocorre benefício na evolução da doença com esta medida.

A cirurgia conservadora que necessita radioterapia deve ser desencorajada, a não ser que a radioterapia venha a ser realizada após o parto. Quanto à quimioterapia, esta é uma decisão que merece uma co-responsabilidade da paciente para os possíveis efeitos teratogênicos. Durante o 1º

trimestre, a quimioterapia deverá ser desestimulada. Schapira e Chudley¹⁴ observaram teratogênese com quimioterapia no 1º semestre em 12,7% e Sweet e Kinzie¹³ em 11,5%. No 2º e 3º trimestre a quimioterapia induz poucas anormalidades fetais.

Nos estádios I e II a mastectomia a Patey é a primeira opção, a quadrantectomia com esvaziamento axilar seguido de radioterapia pós-parto poderá ser considerada especialmente no último trimestre, reservando-se a radioterapia para depois do parto. Nos casos de axila positiva a quimioterapia adjuvante poderá ser instituída após o segundo trimestre de gravidez.

Nos tumores localmente avançados, uma avaliação dos riscos e benefícios se faz necessária para analisar as repercussões materno-fetais por ocasião da terapêutica.

Pacientes gestantes ou lactantes diagnosticadas precocemente e com axila negativa, têm resultados oncológicos semelhantes aos das não gestantes.

Como o prognóstico do câncer de mama está diretamente associado ao diagnóstico precoce e como a gestação dificulta este diagnóstico, fica cada vez mais evidente a importância do médico pré-natalista em examinar as mamas por ocasião do pré-natal, indicar com liberdade a ultrasonografia mamária, e facilitar o diagnóstico mais precoce.

KEY WORDS

Breast cancer;
Pregnancy;
Lactation.

ABSTRACT

BREAST CANCER IN PREGNANCY AND LACTATION

Breast cancer is a common disease in women. The occurrence of this pathology during pregnancy and lactation creates a great difficulty in diagnosis and treatment. In this article, it is reviewed the literature focusing the diagnostic methods and treatment options, emphasizing the care to the mother and fetus

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON JM. Mamary, cancers and pregnancy. *Br Med J* 1979; 1: 1124-1127.
2. BILLROTH TH. Kie Krankheiten der Brustdrusen. In: Hackley CE. *Surgical Patology*. Suttgart: Enke, 1880.
3. CANTER JW, OLIVER GC, ZA OUDEK CJ. Surgical diseases of the breast during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1983; 26: 853-864.
4. HAAGENSEN CD, STOUT AP. Carcinoma of breast; criteria of operability. *Ann Surg* 1943; 118:859-870.
5. HAAGENSEN CD. The treatment and results in cancer of the Presbyterian hospital, New York. *Ann J Roentgenol* 1949; 62: 328-331.
6. HASS JF. Pregnancy in association with a newly diagnosed cancer: A population-based epidemiologic assessment. *Int J Cancer* 1984; 34: 229-235.
7. HOLLEB AI, FARROW JH. The relation of carcinoma of the breast in pregnancy in 283 patients. *Surg Gynecol Obstet* 1962; 115: 65-71.
8. HOOVER HC. Breast cancer during pregnancy and lactation. *Surg Clin North Am* 1990; 70 (5): 1151-63.
9. KILGORE AR. Tumors and tumor-like lesions of breast in association with pregnancy and lactation (with a note by Bloodgood JC). The treatment of tumors of the breast during pregnancy and lactation. *Arch Surg* 1929; 18: 2079-2098.
10. KING RM, WELCH JS, MARTEN JK, COULAM CB. Carcinoma of the breast associated with pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 160: 228-232.
11. NUGENT P, O'CONNELL TX. Breast cancer in pregnancy. *Ann Surg* 1985; 120: 1991-1224.
12. RIBEIRO GG, PALMER MK. Breast carcinoma associated with pregnancy: a clinician's dilemma. *Br Med J* 1977; 2: 1524-1527.

13. SWEET DL, KINZIE J. Consequences of radiotherapy and a antineoplastic therapy for the fetus. J Reprod Med 1976; 17: 241-247.
14. SCHAPIRA DV, CHUDLEY AE. Sucessfull pregnancy following continuous treatment with combination chemotherapy before conception and throughout pregnancy. Cancer 1984; 54: 800-804.
15. White TT, White WC. Breast cancer and pregnancy: a report of 49 cases followed 5 years. Ann Surg 1956; 144: 384-393.
16. White TT. Carcinoma of the breast in the pregnant and the nursing patient. Am J Obstet Gynecol 1955; 69: 1277-1286.

Endereço para correspondência:

Maciel Matias
Rua Alberto Silva, 1375 - Bl. E - Apto. 303 - Tirol
59022-300 - Natal - RN