

## Cancer de Mama e Gestação: Relato de Caso e Revisão de Literatura.

Breast Cancer and Pregnancy: Case Report and Literature Review.

**Gabriel Soares Mendonça<sup>1</sup>, Camilla Burla Artiles<sup>2</sup>, Frederico Paes Barbosa<sup>3</sup>, Sandro Bichara Mendonça<sup>4</sup>.**

<sup>1, 2</sup> Graduandos em Medicina, Faculdade de Medicina de Campos, RJ.

<sup>3</sup> Oncologista Clínico, Diretor Clínico do UNACOM, Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA);

<sup>4</sup> Médico UNACOM/HEAA, Especialização e Mestrado pela UFRJ.

Serviço de Oncologia do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), Campos dos Goytacazes - RJ

### RESUMO

Relatamos e discutimos o caso de uma gestante portadora de Câncer de Mama. Objetiva-se 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, pesquisadas em diferentes fontes de dados especializados, mediante uso de palavras-chave: câncer de mama; gestação; gravidez. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Escola Álvaro Alvim, Campos dos Goytacazes, RJ. Não há conflitos de interesses (CFM, 1595/2000). Os dados foram analisados sistematicamente, tendo-se constantemente o foco no objetivo da pesquisa.

**Unitermos:** câncer de mama; gestação; gravidez.

### ABSTRACT

We report and discuss the case of a pregnant woman with Breast Cancer. It aims to share with the general medical community: the complex challenge of clinical properly handle the case reported, in addition to presenting current scientific information concerning the report, researched in different data sources specialized by using keywords: breast cancer; gestation; pregnancy. It is a literature search. Approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital Álvaro Alvim, Campos dos Goytacazes, RJ. No conflicts of interests (CFM, 1595/2000). Data were systematically analyzed, being constantly focused on the goal of the research.

**Keywords:** breast cancer; gestation; pregnancy.

## INTRODUÇÃO

O Câncer de Mama durante a Gestação representa grande desafio clínico oncológico, com incidência de menos de 3% dos casos<sup>1,7</sup>. Mulheres com mutações do BRCA2, parecem perder o controle genético para desenvolvimento do CA de Mama durante a gestação<sup>2</sup>. A maioria dos CA de Mama em gestantes é o Adenocarcinoma Ductal Infiltrante, pobremente diferenciado e em estadios avançados<sup>3</sup>. Estudos mostram menor frequência de receptores hormonais (RE, RP), nas neoplasias de mama em gestantes<sup>4</sup>. Ao contrário do HER-2, o qual costuma estar super-expresso<sup>4</sup>. O estadiamento TNM preciso com exames complementares considerados adequados são limitados, pelos possíveis efeitos colaterais sobre o feto<sup>5</sup>.

A dosagem da Fosfatase Alcalina, que auxilia no possível acometimento ósseo também é prejudicada por ser produzida pela placenta<sup>5</sup>. 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<sup>5</sup>. A seguir, apresentamos um Relato de Caso de uma jovem portadora de neoplasia de mama localmente avançada, a complexidade de sua evolução clínica e decisões terapêuticas. No momento seguinte, uma breve reflexão e conclusões à luz das informações científicas específicas pesquisadas.

## OBJETIVOS

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.

## RELATO DE CASO

Paciente K.C.S.C., 31 anos, branca, solteira, do lar, católica, notou nódulo em QSI mama esquerda, em Julho / 2012. Em pequeno espaço de tempo, o nódulo cresceu e praticamente tomou conta de todo volume da mama esquerda. Ainda aparecendo "ínguas" axilares homolaterais. Negou co-morbidades importantes; alergias a medicamentos e alimentos; etilismo e tabagismo; cirurgias prévias; história familiar positiva para CA de Mama. HGO – G 0 / P 0 / Ab 0; menarca aos 14 anos; ciclos menstruais regulares; relatou ter usado contraceptivo IM por 05 anos consecutivos; tendo parado há 01 ano; preventivo ginecológico regular (sic). Procurou o mastologista em Agosto / 2012, sendo então diagnosticado, mediante Mamografia, biópsia e histopatológico: CLI; estadio cT4N2Mx, IIIB. Demais exames complementares não mostraram doença sistêmica, até o momento. A imunohistoquímica revelou RE + (25 % - 50%), RP + ( 10% - 25%), Ki 67 + (<10%) e HER-

2 negativo. Foi orientado QT neoadjuvante (04 ciclos de AC; seguidos de 04 ciclos de Paclitaxel). Nesta época, a paciente ainda não estava gestante, menstruando regularmente. Sem evidências de doença metastática. A RP à QT neoadjuvante foi > 80%. Sendo, então, reencaminhada ao mastologista original, em Dezembro/ 2012. O profissional havia saído em férias. Não encontrando outro mastologista para avaliação clínica

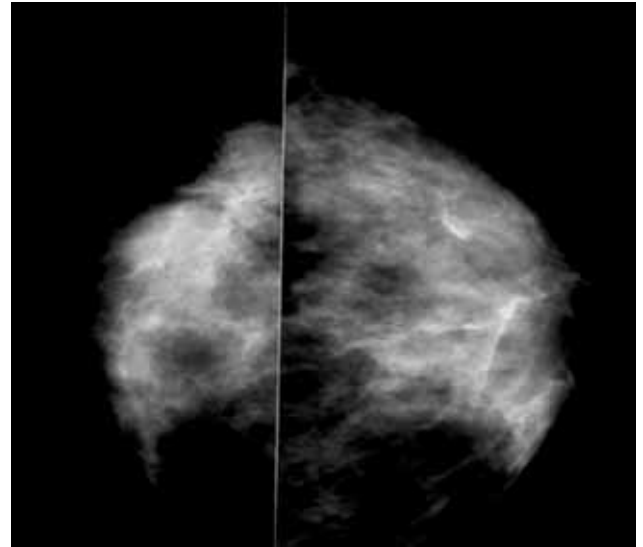


Figura 1 -Mamografia

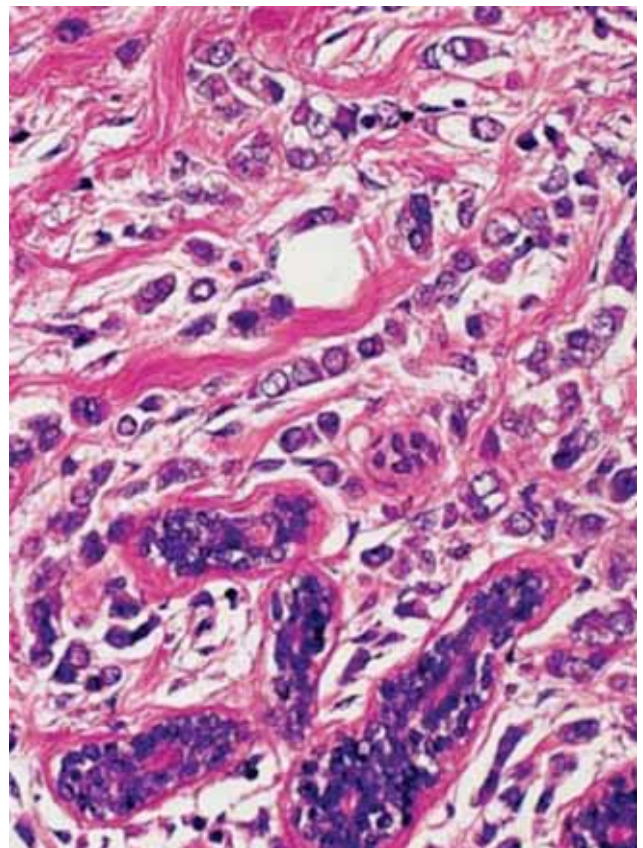


Figura 2 – Exame Histopatológico : CLI

e possível mastectomia, durante os meses de Janeiro e Fevereiro/2013, retonou ao UNACON/HEAA em Março/2013, apresentando progressão da doença neoplásica e ainda gestante de gêmeos (13 semanas, USG Obstétrica: Gemelar; âHCG > 296.000 UI/ml, 24/03/13). Quais condutas adotar?

## DISCUSSÃO

O tipo histopatológico do CA de Mama da paciente é o CLI, e não o CDI, contrariando as conclusões de estudos<sup>3</sup>. A imunohistoquímica revelou receptores hormonais positivos, contrariamente aos dados dos estudos pesquisados; ainda tendo o Ki-67 +, favorecendo maior chance de proliferação das células neoplásicas; HER-2 negativo<sup>4</sup>. O Estadio Clínico inicial era desfavorável para cirurgia: cT4N2Mx. Ainda não gestante, foi submetida a QT neoadjuvante com 04 x AC, seguido de 04 x T, em concordância com recentes estudos<sup>6</sup>; término primeira quinzena Dezembro/12; com RP > 80%; reencaminhada ao mastologista de origem para reavaliação clínica e possível abordagem cirúrgica. Não conseguindo acesso ao mastologista original e nem outro, até fevereiro de 2013, retornou ao UNACON/HEAA, em Março/13, mostrando sinais de progressão de doença na mama. E, embora pouco comum<sup>7</sup>, ainda gestante de 13 semanas, gemelar. Que conduta adotar? Gestantes portadoras 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, seguro. A expressão clínica da doença oncológica, no momento: não favorece a abordagem cirúrgica. Existem alguns relatos de QT adjuvante com FAC x 06 ciclos ou Vinorelbine + Trastuzumab (HER-2 (3+) / FISH+) sem efeitos deletérios para o feto, após o terceiro trimestre de gestação<sup>7</sup>. Embora, sob esse esquema de QT: haja risco de parto prematuro e retardo de crescimento fetal intra-uterino. O tipo histológico CLI, associado ao Ki-67 +, favorece maior crescimento e disseminação da doença oncológica<sup>1</sup>. Reintroduzir QT neoadjuvante de segunda linha com RXT é inapropriado: pelos riscos fetais. A Hormonioterapia com Tamoxifen durante a gestação é teratogênica. Trata-se de uma jovem gestante de alto risco<sup>8</sup>.

## CONCLUSÃO

O esclarecimento, controle clínico multiprofissional adequado da/o(s) doente(s), sua(s) doença(s) e prognóstico(s): é imperativo 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

1. Woo, J.C., Yu, T., Hurd, T.C. Breast cancer in pregnancy: a literature review. Arch Surg. 2003; 138:91.
2. Cullinane, C.A., Lubinski, J., Neuhausen, S.L., et al. Effect of pregnancy as a risk factor for breast cancer in BRCA1/BRCA2 mutation carriers. Int J Cancer. 2005; 117:988.
3. Middleton L.P., Amin, M., Gwyn, K., et al. Breast carcinoma in pregnant women: assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. Cancer. 2006; 98:1055.
4. Elledge, R.M., Ciocca, D.R., Langone, G., McGuire, W.L. Estrogen receptor, progesterone receptor, and HER-2/neu protein in breast cancers from pregnant patients. Cancer. 2003; 71:2499.
5. Shellock, F.G., Crues, J.V. MR procedures: biologic effects, safety, and patient care. Radiology. 2004; 232:635.
6. Loibl, S., Han, S.N., et al. Treatment of breast cancer during pregnancy: an observational study. The Lancet Oncology. 2012; 13:887-896.
7. Goodeyer, M.J., Ismail, J.R.M., et al. Safety of Trastuzumab during pregnancy: Cases Reports. Cases Journals. 2009; 9329:1757-1766.
8. Boff, A. R., et al. Manual de diagnóstico e Terapêutica em Mastologia. Caxias do Sul: Mesa Redonda. 2008; 187-196.