

**Carcinoma de mama durante a gestação: Impacto dermatológico e manejo obstétrico.**

Nicolly Amboni Ostroski, Laura Maria Mendes Campitelli, Maria Flávia Costa de Carvalho, Thalita Natanny Borges Ando, Fernando Silva Moraes Zaramella, Gabriel cabral fadul, Maria Antonia Lyra Silva Pazione, Nathalia Braga Mota, Kaiky Kadoguti Garcia Soares, Eduardo Lourega Carneiro, Juliana Aline Ritter, Eduardo Holsbach Cantarelli, Manuela Lange Vicente, Catharine Pereira Barros, Gabriel Vinícius de Brito Rocha.

**RESUMO**

***Introdução:*** No período de gestação, a identificação de câncer ginecológico traz desafios específicos, demandando abordagens cuidadosas para garantir a saúde da mãe e do feto. Além disso, a saúde mental da gestante se torna um aspecto desafiador tanto durante a quimioterapia quanto ao longo da gravidez.***Objetivo:*** Avaliar as estratégias de manejo e o impacto na prognose do câncer ginecológico durante a gravidez. ***Metodologia:*** A coleta de dados, esta foi conduzida por meio dos bancos de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), PubMed, Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram consultados diversos tipos de publicações, incluindo artigos científicos, monografias e revistas, com o objetivo de obter informações relevantes sobre o tema. Dessa forma foram utilizados, 15 artigos para compor a pesquisa do estudo. ***Resultados e Discussão:*** No tratamento do câncer ginecológico durante a gestação, é necessário um cuidado especial para conciliar o tratamento eficaz com a proteção do feto. A colaboração entre diversos profissionais de saúde, como oncologistas e obstetras, é essencial para garantir os melhores resultados possíveis. Nesse sentido, é fundamental considerar a individualidade de cada caso, levando em conta o tipo de câncer, o estágio da gravidez e as preferências da paciente. É crucial também analisar o impacto dessas decisões na saúde tanto da mãe quanto do bebê, buscando sempre um equilíbrio adequado entre a eficácia do tratamento e a segurança da gestação. ***Considerações Finais:*** Em conclusão, o prognostico do câncer na gestação demanda uma abordagem personalizada e colaborativa entre especialistas. Embora desafios persistam, a consideração cuidadosa das estratégias de tratamento pode contribuir para melhores respostas ao tratamento.

**Palavras-chave:** Neoplasias de Colo de Útero; Complicações Neoplásicas da Gravidez; Gravidez

* **INTRODUÇÃO**

O câncer representa uma das principais razões de óbito em mulheres em idade reprodutiva, afetando aproximadamente 0,05% a 0,1% das gestações. A incidência dessa condição durante a gravidez está ascensão, atribuída ao aumento das gestações em mulheres mais maduras. Os tipos mais frequentes de câncer durante a gestação incluem os ginecológicos, de mama, tireoide e hematológicos (Carvalho *et., al.,* 2022).

O médico obstetra desempenha um papel crucial na identificação e investigação de possíveis indícios e sintomas relacionados a condições malignas durante a gravidez. O diagnóstico pode ser desafiador devido à sobreposição de sintomas comuns da gestação, como náuseas, vômitos, aumento do volume uterino, e alterações nos seios, além das limitações nos exames de imagem e variações nos resultados laboratoriais. Os profissionais devem cuidadosamente ponderar os riscos e benefícios do diagnóstico e tratamento, visando o bem- estar tanto da mãe quanto do feto. Destaca-se a importância crucial de identificar precocemente o câncer durante a gestação para considerar todas as opções possíveis e proporcionar um tratamento adequado à mãe, levando em consideração eventuais riscos para a gravidez (Carvalho *et., al.,* 2022).

O câncer de mama relacionado à gravidez é caracterizado pelo diagnóstico durante a gestação, lactação ou no primeiro ano pós-parto. Esta situação complexa demanda uma abordagem delicada, muitas vezes gerando desafios e ansiedade para a gestante, sua família e os profissionais de saúde envolvidos. O dilema entre a terapia ideal para a mãe com câncer e o bem-estar do feto cria dificuldades significativas. Adiar o tratamento para proteger o feto pode comprometer a saúde materna. A frequência desse cenário tende a aumentar devido às mudanças nos hábitos de vida modernos, como a redução da paridade e o adiamento do primeiro parto. Estudos indicam uma incidência de 1:3000 a 1:10.000 gestações, com diagnóstico frequentemente em estágios avançados e prognóstico menos favorável em comparação com mulheres não gestantes. Na Suécia, observou-se um aumento significativo de casos de câncer de mama associados à gravidez entre 1963 e 2002 (Monteiro *et., al.,* 2013).

Em relação aos tumores ginecológicos o câncer do colo do útero é considerado o mais comum no período gestacional. No Brasil, o rastreamento do câncer do colo do útero, conforme orientação do Ministério da Saúde, envolve o citopatológico cervical para mulheres entre 25 e 64 anos. Após dois exames consecutivos anuais normais, a recomendação é repetir o rastreamento a cada três anos. O carcinoma de células escamosas, o subtipo mais comum, pode ser prevenido por meio da vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) e estratégias eficazes de rastreamento (Azim *et., al.,* 2012).

* **METODOLOGIA**

Refere-se a uma pesquisa descritiva do tipo revisão narrativa da literatura, que buscou evidenciar a relação do uso de drogas no período gestacional ao retardo do crescimento fetal. A pesquisa foi realizada através do acesso online nas bases de dados Documentação em Ciências da Saúde da América Latina e do Caribe (LILACAS), Centro de Informação em Ciências da Saúde da América Latina e do Caribe (Bireme*), Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no mês de fevereiro de 2024.

* **RESULTADOS**

A core-biopsy é preferencial para análise histopatológica. O tratamento varia conforme o estágio da doença e a idade gestacional, sendo a cirurgia a opção inicial. A mastectomia é preferida no início da gravidez, evitando radioterapia contraindicada durante a gestação. A quimioterapia é possível após o primeiro trimestre, podendo ser adjuvante ou neoadjuvante. A radioterapia deve ser evitada devido ao risco fetal, alertando-se sobre exposição acima de 5 rads. O prognóstico está relacionado ao estágio da doença e ao início do tratamento, que pode ser tardio devido à dificuldade diagnóstica na gravidez (Salani R; Billingsley CC; Crafton SM, 2014).

O procedimento de quimioterapia (QT) pode ser administrada após o primeiro trimestre da gravidez, sendo possível tanto como tratamento adjuvante quanto neoadjuvante. Em situações em que as pacientes com tumores volumosos optam por não realizar a mastectomia, a QT neoadjuvante pode ser iniciada para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia conservadora. Como mencionado previamente, a radioterapia deve ser evitada durante a gestação devido ao risco de exposição fetal à radiação. Se necessário, a gestante deve ser informada sobre a possibilidade de exposição fetal a doses superiores a 5 rads. O prognóstico do câncer de mama durante a gestação está relacionado ao estágio da doença e ao início do tratamento, que pode ser retardado em mulheres grávidas devido a desafios diagnósticos e atrasos no início do tratamento para mitigar riscos ao feto (Krishna & Lindsay, 2013).

O câncer de colo de útero é frequentemente diagnosticado durante a gestação, com uma incidência de 1,5 a 12 casos a cada 100.000 gestações. Metade dos diagnósticos ocorre no pré- natal, enquanto a outra metade ocorre até 12 meses após o parto, geralmente em estágios iniciais. Os sintomas incluem sangramento vaginal, dor pélvica, lombalgia, anemia crônica e dispneia. O diagnóstico é realizado por meio de colposcopia e biópsia após suspeita de alterações na citologia (Bhatla *et., al.,* 2018)

O rastreamento em gestantes segue as recomendações padrão, e o estadiamento é feito de acordo com a classificação da FIGO. O tratamento é individualizado, levando em consideração o estágio, a idade gestacional e as preferências da paciente. Em casos avançados, a interrupção da gestação no primeiro trimestre é altamente recomendada, enquanto em estágios iniciais, o tratamento pode ser adiado para o pós-parto (Yahalom & LaCasce, 2021).

Anteriormente, recomendava-se que todas as gestantes fizessem o exame de Papanicolaou no início do pré-natal para aumentar a detecção. No entanto, ficou evidente que esse rastreamento oportunista, em uma população já bem selecionada, não é eficaz. De acordo com as diretrizes atuais, não há justificativa para um rastreamento mais frequente do que a triagem anual. Não há diferenças significativas na incidência de alterações citopatológicas neoplásicas entre mulheres grávidas e não grávidas, sendo que tais alterações podem ocorrer em até 8% dos casos. Apenas 1,2% das mulheres com resultados anormais no exame de Papanicolaou desenvolvem câncer cervical (Cordeiro CN & Gemignani M, 2017).

A linfadenectomia pélvica é uma intervenção diagnóstica válida durante o primeiro e segundo trimestre da gravidez em pacientes com câncer do colo do útero em estágio inicial. A análise histopatológica dos linfonodos permanece como o método padrão para avaliar os gânglios linfáticos regionais. O envolvimento dos linfonodos influencia decisões terapêuticas, podendo impactar o curso da gestação. A realização da linfadenectomia laparoscópica é possível entre a 13ª e 22ª semana de gravidez. A imunoistoquímica é uma ferramenta que auxilia na diferenciação entre a doença e as alterações fisiológicas típicas da gravidez (Zagouri *et., al.,* 2016).

Embora alguns pesquisadores considerem tecnicamente viável, não se recomenda a detecção do nódulo sentinela em mulheres grávidas. O tratamento ideal é determinado pela análise de fatores prognósticos, incluindo o tamanho do tumor, o comprometimento dos linfonodos retroperitoneais, a idade gestacional e o subtipo histológico. Atualmente, revisões e metanálises internacionais sustentam a abordagem que preserva a gravidez e a fertilidade, reforçando a importância dessas considerações no plano terapêutico (Zagouri *et., al.,* 2016).

* **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em síntese, a gestão do câncer ginecológico durante a gravidez é uma tarefa intricada, exigindo estratégias personalizadas para otimizar a prognose materna e fetal. Este estudo ressalta a importância da abordagem multidisciplinar, integrando especialistas em oncologia, obstetrícia e aspectos psicossociais.

O constante avanço nas estratégias de manejo é essencial para enfrentar os desafios únicos desse cenário. A pesquisa contínua e a colaboração entre profissionais de saúde são cruciais para aprimorar as diretrizes clínicas, visando melhorar os resultados e proporcionar cuidados eficazes às mulheres que enfrentam o câncer ginecológico durante a gravidez.

Em conclusão, a gestão do câncer ginecológico durante a gravidez é um campo dinâmico que exige uma abordagem holística. A contínua colaboração entre profissionais de saúde, aliada à pesquisa diligente, é fundamental para promover avanços significativos nas estratégias de manejo, visando aprimorar a prognose e garantir a segurança e o bem-estar tanto da mãe quanto do feto.

* **REFERÊNCIAS**

Amant F, Halaska MJ, Fumagalli M, Dahl Steffensen K, Lok C, Van Calsteren K, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of a second international consensus meeting. **Int J Gynecol Cancer**. ; v.24, n.3, p.394-403, 2014

Azim HA Jr, Metzger-Filho O, de Azambuja E, Loibl S, Focant F, Gresko E, et al. Pregnancy occurring during or following adjuvant trastuzumab in patients enrolled in the HERA trial (BIG 01-01). **Breast Cancer Res Treat** ;v.133, n.1, p.387-91, 2012

Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. **Int J Gynaecol Obstet**; v.43, n.2, p.22-36, 2018

Carvalho cm, Cândido EB, Furtado RS, Almeida JV, Silva Filho AL. Aspectos clínicos do câncer durante o período gestacional: desafios diagnósticos e terapêuticos. **Femina** ;v.50, n.10, p.582-8, 2022

Cordeiro CN, Gemignani ML. Gynecologic malignancies in pregnancy: balancing fetal risks with oncologic safety. **Obstet Gynecol Surv** ;v.72, n.3, p.184-193, 2017

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education/Medical; 2018.

Krishna I, Lindsay M. Breast cancer in pregnancy. **Obstet Gynecol Clin North**; v.40, n.3, p.559-71, 2013

Krishna I, Lindsay M. Breast cancer in pregnancy. **Obstet Gynecol Clin North Am**; v.40, n.3, p.559-71, 2013

Salani R, Billingsley CC, Crafton SM. Cancer and pregnancy: an overview for obstetricians and gynecologists. **Am J Obstet Gynecol**; v.211, n.1, p.7-14, 2014

Swiatkowska-Freund M, Preis K. Cervical elastography during pregnancy: clinical perspectives. **Int J Womens Health** ;v.9, p.245- 254, 2017

Yahalom J, LaCasce AS. Management of classic Hodgkin lymphoma during pregnancy [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 21]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-classichodgkin-lymphoma-during-](https://www.uptodate.com/contents/management-of-classichodgkin-lymphoma-during-pregnancy) [pregnancy](https://www.uptodate.com/contents/management-of-classichodgkin-lymphoma-during-pregnancy)

Zagouri F, Dimitrakakis C, Marinopoulos S, Tsigginou A, Dimopoulos MA. Cancer in pregnancy: disentangling treatment modalities. **ESMO Open**; v.1, n.3, 2016