

Diagnóstico de câncer de mama na gestação: há dificuldades adicionais?

Diagnosis of breast cancer in pregnancy: are there additional difficulties?

Andréia Farias Alquimim¹
Laura Silva Afonso Ladeia¹
Raíssa Katherine Rodrigues¹
Vanessa Batista Oliveira¹
Érika Goulart Veloso Ferreira Escobar²
Paulo de Tarso Salerno Dell Menezzi³

Palavras-chave

Neoplasias da mama
Gravidez
Mamografia
Diagnóstico tardio

Keywords

Breast neoplasms
Pregnancy
Mammography
Delayed diagnosis

Resumo

O câncer de mama gestacional (CMG) é caracterizado como todo câncer de mama diagnosticado durante a gravidez ou até um ano após o parto. Na gravidez, as alterações fisiológicas da mama prejudicam a interpretação da mamografia nos casos em que é solicitada, já que não faz parte do rastreamento no pré-natal. Além disso, a pouca prática do autoexame das mamas dificulta o diagnóstico. Este trabalho foi desenvolvido por meio de uma revisão de literatura com uso de 18 artigos nacionais e 8 internacionais disponíveis em bancos de dados virtuais, tais como: Bibliomed, BVS, Scielo, Bireme, Lilacs, Guideline. Conforme a literatura, as variáveis acima citadas são limitadoras da detecção precoce do CMG. Destaca-se a importância de se mostrar que há associação de fatores que impedem a descoberta precoce da doença, tornando o estadiamento tardio e comprometendo a sobrevivência das mulheres. Sendo o câncer de mama um problema de saúde pública, faz-se necessária uma abordagem especial da gestante para que haja a detecção dessa doença em seu início.

Abstract

The gestational breast cancer (CMG) is characterized as all breast cancer diagnosed during pregnancy or within one year after delivery. During pregnancy, physiological changes affect the interpretation of breast mammography where it is required, since it is not part of the prenatal screening. In addition the low frequency practice of self-examination of breast makes diagnosis difficult. This work was developed through a literature review by using 18 national articles and 8 international ones, all available in virtual databases such as Bibliomed, Scielo, Bireme, Lilacs, Guideline. According to literature, these variables are limiting the early detection of CMG. We emphasize the importance of showing that there is an association of factors that impede the early detection of disease, making the later stage, and compromising the survival of women. As breast cancer is a public health problem, a special approach to the pregnant woman is required so that there can be an early detection of the disease.

¹ Graduandas do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC)- Montes Claros (MG), Brasil.

² Fisioterapeuta; Mestre; Professora do Departamento de Fisioterapia e Enfermagem das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC)- Montes Claros (MG), Brasil.

³ Ginecologista, Obstetra e Mastologista em Montes Claros (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Raíssa Katherine Rodrigues. Rua Camélia, nº 509. Sagrada Família. Montes Claros (MG), Brasil. CEP: 39401-020. e-mail: raissakath@hotmail.com

Introdução

O câncer de mama na gestação é aquele que ocorre durante a gravidez ou até um ano pós-parto^{1(A)}^{2(D)}. É a neoplasia maligna mais prevalente durante o ciclo gravídico-puerperal, ocorrendo um caso a cada 3.000 a 10.000 partos, perdendo apenas para o câncer de colo de útero^{3(C)}^{4(D)}. Não há diferenças histológicas do câncer de mama em grávidas e não grávidas^{5(D)}. As mudanças fisiológicas dessa fase, decorrentes do estímulo hormonal, somadas ao fato de a mamografia não ser rotina no pré-natal e de o autoexame não ser uma prática habitual para muitas mulheres tornam o diagnóstico difícil e o estadiamento tardio, comprometendo a sobrevida da população feminina^{3(C)}.

O objetivo deste estudo de atualização é mostrar que a associação entre alterações fisiológicas inerentes à gravidez, práticas de autocuidado não muito valorizadas e exames de imagem das mamas não incluídas como rotina no acompanhamento da gestante podem dificultar o diagnóstico do câncer de mama gestacional.

Metodologia

Para a realização deste estudo foi efetuado um levantamento bibliográfico na base de dados LILACS, BIREME, Guideline, Bibliomed, SciELO e BVS no período de outubro a dezembro de 2010. Foi feita busca avançada na base de dados com as palavras câncer, mama e gestação, sendo identificados 38 artigos cujos anos de publicação variaram de 1993 a 2010, ficando evidente a escassez de textos científicos sobre o assunto.

Foi realizada a leitura dos títulos e resumos, sendo identificados 14 artigos científicos publicados em diferentes periódicos que abordam a temática do câncer de mama na gestação e com informações úteis para o estudo, tais como conceitos do câncer de mama na gestação, dados epidemiológicos, tipo histológico mais prevalente e sua associação com o prognóstico da doença e alterações fisiológicas que ocorrem nas mamas durante a gestação.

Em seguida, foram utilizadas para nova busca as palavras mamografia e diagnóstico. Com o mesmo procedimento já citado, foram listados 12 artigos científicos com o enfoque no autoexame das mamas, na mamografia e na dificuldade diagnóstica envolvida na detecção do câncer de mama na gestação.

A caracterização dos artigos identificados foi realizada a partir das seguintes variáveis, de modo a fornecer uma abordagem diferenciada a um tema pouco discutido: ano de publicação, periódico de publicação, identificação do enfoque dado à temática

em estudo, de modo a fornecer uma abordagem diferenciada a um tema pouco discutido.

Resultado e discussão

A tendência atual em se retardar a gravidez para a terceira ou quarta década de vida, associada a maior chance de câncer de mama em pacientes jovens contribui para maior incidência de CMG^{4,5(D)}. A incidência anual varia entre 0,7 e 3,9%. Representa 0,2 a 3,8% de todos os cânceres que ocorrem na gestação^{6(B)}. O carcinoma mamário representa grande preocupação na medicina atual, pois tem grande disseminação para fígado, osso, pulmão e cérebro, tornando o tratamento oneroso^{7,8(D)}. Aproximadamente 90% ocorrem nos ductos e lóbulos mamários e 80% dos casos têm início nas células de revestimento dos ductos. Daí o tipo mais comum ser o ductal invasivo, seguido do lobular invasivo. Outros tipos menos frequentes são o mucinoso, papilar, medular e tubular, constituindo menos de 10 % dos cânceres de mama sendo os de melhor prognóstico^{8(D)}.

Diversas alterações mamárias ocorrem durante a gestação, sobretudo a partir do 2º mês, em resposta ao aumento do nível de hormônios circulantes (primordialmente estrógenos, progesterona e prolactina). As alterações iniciais decorrem do estímulo estrogênico e consistem em intensa proliferação ductal, discreto crescimento lobular, decréscimo do estroma fibrogorduroso e aumento da vascularização glandular e do componente fibroglandular do parênquima mamário, contribuindo para uma discreta hipocogenicidade difusa.

No 2º e 3º trimestres de gravidez, a ação da progesterona é mais acentuada, havendo intensa proliferação celular com crescimento lobular considerável e diminuição estromal relativa. Nessa fase, as células alveolares se diferenciam em células mais especializadas, tornando-se células secretoras de colostro e sensíveis ao estímulo de prolactina. Com isso, a vascularização aumentada, a hiperplasticidade, a secreção láctea e o edema intensificam a densidade do parênquima, dificultam o exame físico, reduzem o contraste do tecido adiposo e prejudicam a interpretação da mamografia e ultrassonografia^{9(D)}.

A problemática gestação/câncer requer destaque para uma questão divergente encontrada em relação ao diagnóstico do CMG, visto que muitas vezes a gravidez é o único motivo que leva a mulher a procurar espontaneamente os serviços de saúde para o acompanhamento pré-natal, o que significa uma possibilidade para rastreamento dos principais cânceres que acometem a população feminina. Não obstante, as alterações fisiológicas inerentes à gestação podem mascarar os sinais e sintomas da do-

ença, bem como atrasar o diagnóstico, interferindo na sobrevivência dessas mulheres¹⁰(D).

No ciclo gravídico-puerperal podem surgir nódulos indolores que passam despercebidos devido ao aumento de volume e ingurgitamento mamário, sendo o diagnóstico retardado em 5-15 meses em 40% dos casos¹¹(D).

Importantes fatores que propiciam o diagnóstico tardio do CMG são a baixa prática do autoexame e a inviabilidade do rastreamento mamográfico antes dos 40 anos de idade¹²(D). Pela enorme importância da tríade mamografia, autoexame e exame clínico das mamas feitas por um profissional especializado para a detecção precoce do carcinoma mamário, confirma-se a dificuldade para a descoberta da doença nas mulheres¹³(B).

O autoexame da mama (AEM) é um método diagnóstico no qual a mulher realiza um exame visual e palpação das mamas em frente a um espelho. Com as mãos na cintura, a mulher deve observar o tamanho e contorno das mamas, estando atenta à simetria, presença de pregas, depressões ou alterações na pele da mama, aréola e mamilo. O mesmo deve ser feito com as mãos posicionadas para o alto.

Durante o banho, com as mãos ensaboadas, um braço deve ser posicionado atrás da nuca e, com a coluna reta, as pontas dos dedos devem percorrer toda a mama em movimentos circulares de dentro para fora, procurando espessamentos ou caroços. A mão esquerda analisa a mama direita e vice-versa. Os mamilos devem ser pressionados suavemente para que seja observada a presença de secreção e de lesões, assim como as aréolas. A axila também deve fazer parte do autoexame e movimentos circulares são importantes para a percepção da presença de caroços. Em decúbito dorsal, o ombro direito é apoiado em toalha ou travesseiro e a mão direita é colocada atrás da cabeça. Assim, a mama direita será avaliada com a mão esquerda, repetindo os movimentos circulares. Esse mesmo passo deve ser repetido com o lado esquerdo¹⁴(B).

O autoexame deve ser feito aproximadamente sete dias após cada menstruação ou, se a mulher não menstrua mais, pelo menos uma vez por mês em qualquer época. O objetivo principal dessa prática é fazer com que a mulher conheça detalhadamente suas mamas, o que facilita a identificação de alterações, promovendo o diagnóstico precoce com grandes perspectivas de cura em ritmo esperançoso quando os tumores são pequenos, bem delimitados e restritos ao próprio tecido glandular mamário¹⁵(A).

A sobrevivência em cinco anos tem sido de 75% nas praticantes do AEM contra 57% das não praticantes¹⁶(B).

A mamografia, por sua vez, é o único método capaz de detectar precocemente a malignidade, podendo revelar uma

neoplasia ainda de poucos milímetros, geralmente não palpável. É recomendado que seja feito aproximadamente uma semana após o período menstrual. Por motivo preventivo, deve ser anual após os 40 anos de idade, e de dois em dois anos dos 50 aos 69 anos. Para pessoas com história familiar positiva de câncer de mama, o rastreamento se inicia a partir dos 35 anos¹⁷(B).

Há grande discussão na literatura acerca do uso da mamografia em gestantes e da sua eficácia em mulheres com menos de 40 anos e esses são mais um fator que pode retardar o diagnóstico do CMG¹⁸(D). Dados epidemiológicos apontam grande eficácia desse método de imagem em mulheres de 50 a 70 anos de idade, reduzindo significativamente a mortalidade quando feito com periodicidade, o mesmo não ocorrendo em mulheres mais jovens.

Além disso, ao contrário do que se especula, a mamografia com proteção abdominal pode ser realizada durante a gestação, sobretudo após o primeiro trimestre de gravidez, com riscos pequenos para o feto, sendo esse submetido a apenas 4 cGy de radiação quando é feita a mamografia bilateral¹⁹(D). O que a impede muitas vezes de ser realizada não é a exposição radiológica e sim a baixa efetividade do procedimento pela maior densidade da glândula mamária das gestantes, diminuindo sua sensibilidade e tornando bastante difícil seu uso sem o auxílio da ultrassonografia²⁰(D).

Exames de imagens das mamas de gestantes são mais frequentemente solicitados para avaliação de nódulos palpáveis, bem como são indicados quando há alterações inflamatórias persistentes, suspeita de abscesso mamário, descarga papilar sanguinolenta, alteração do mamilo e alteração axilar, visando evitar a realização de biópsias desnecessárias no caso de lesões benignas e sua efetuação em caso de lesão suspeita, identificando um câncer oculto^{21,22}(B).

Mas, enquanto essas condições não estão presentes, o diagnóstico do CMG permanece oculto, confirmando os relatos existentes há mais de 100 anos sobre o diagnóstico obscuro dessa condição médica que não se sabe ser oriunda na gravidez ou até um ano pós-parto ou se já existia e por influência hormonal veio a se manifestar^{23,24,25}(B)(D).

Considerações finais

A realização deste estudo permitiu a constatação de que há escassez de dados científicos disponíveis na literatura acerca do CMG, o que se confirma pela quantidade de artigos científicos encontrados nas bases de dados LILACS, BIREME, SciELO,

Guideline, Bibliomed e BVS, já que, mesmo sendo pouco prevalente, ainda não se sabe se o diagnóstico tardio decorre realmente da dificuldade de estabelecer o diagnóstico ou se a neoplasia teve sua origem no período anterior à gestação, manifestando-se nessa fase por estimulação hormonal, sendo essa temática objeto de pouco estudo. Isso justifica a necessidade de reconhecermos a relevância do tema, fomentando a realização de novos estudos.

O presente estudo evidenciou que, sendo o câncer de mama um problema de saúde pública, é necessária uma abordagem especial da gestante no sentido de maior incentivo à prática do

autoexame, já que muitas vezes esse é o único motivo que leva à realização da mamografia.

Além disso, a associação de duas variáveis (não realização do autoexame e mamografia não ser parte do *screening* no pré-natal) com as alterações fisiológicas mamárias inerentes ao período gestacional, gera uma maior dificuldade em se estabelecer um diagnóstico da doença de modo precoce, piorando o prognóstico para a mulher.

Queremos enfatizar a importância de examinarmos as mamas das gestantes durante o pré-natal, na primeira consulta, na metade da gestação e no final.

Leituras suplementares

- Boff RA, Rombaldi R, Zen CM, Bedim EM, Kampf CE. Breast cancer and pregnancy. Rev Cient AMECS. 1993;2(1):91-4.
- Tezzi DG. Epidemiologia do câncer de mama. Rev Bras Ginecol. Obstet. 2009;31(5):213-5.
- Vivian F, Facina G, Gebrim LH. Câncer de mama e gravidez: aspectos atuais. Femina. 2006;34(2):129-34.
- Rezende W, Zugaib M. Diretrizes para o câncer de mama gestacional. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(1):13-14.
- Kattlhurt JC, Modena MAB. Câncer de mama e gestação. Rev Fac Cienc Med. Sorocaba. 2008;10(4):1-4.
- Marinho AM, Lima FC, Araújo MFM. Câncer de mama e auto-exame: um estudo do conhecimento das gestantes. Rev Cogitare Enfer. 2007;12(4):478-86.
- Sehgal CM, Weinstein SP, Arger PH, Conant EF. A review of breast ultrasound. Mammary Gland. Biol Neoplasia. 2006;11(2):113-23.
- Lima AP, Teixeira RC, Córrea ACP, Oliveira QC. Câncer de mama e de colo de útero no período gestacional: uma revisão de literatura. Cien Cuid Saúde. 2009;8(4):699-706.
- Possette PLS, Martins LP, Nastri CO. The importance of breast ultrasound during pregnancy and lactation. Rev EURP. 2009;1(4):202-10.
- Motolla J, Berrettini A, Mazzaccoto C, Laginha F, Fernandes CE, Marques JA. Câncer de mama associado à gravidez: um estudo caso/controle. Rev Bras Ginecol. Obstet. 2002;24(9):585-91.
- Costa CLR, Loures FL, Araújo DAC, Souza LC. Gestational breast cancer: literature review. HU Rev. 2006;32(4):109-14.
- Gebrim LH, Quadros LGA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. Ver Bras Ginecol. Obstet. 2006;28(6): 319-23.
- Carvalho LC, Caixeta DM, Souza LM. Percepção subjetiva das pacientes submetidas à cirurgia de câncer de mama sobre alterações nas atividades de vida diária. Rev Funcional. 2009;2(2):74-87.
- Nascimento JHR, Silva VD, Maciel AC. Acurácia dos achados ultrassonográficos do câncer de mama: correlação da classificação BI-RADS e achados histológicos. Radiol Bras. 2009;42(4):235-40.
- Brito NMB, Sampaio PCM, Castro AAH, Oliveira MR. Características clínicas das mulheres com carcinoma mamário ductal invasivo submetidas à quimioterapia neoadjuvante. Rev Funcional. 2007;21(4):37-41.
- Coimbra R, Ribeiro RCL, Barbosa L, Nogueira SL, Paula HAA, Rosada LEFPL. Fatores gineco-obstétricos associados à neoplasia maligna de mama em mulheres de 20 a 64 anos de idade. Cad Saúde Coletiva. 2010;7(39): 76-81.
- Bonfim IM, Almeida PC, Araújo IMA, Barbosa ICFJ, Fernandes AFC. Identifying familiar risk factors and the practice of self care for precocious detection of the breast cancer in relatives of mastectomized. Rev Rene. 2009;10(1): 1-165.
- Ministério da Saúde (BR). Normas e recomendações do Ministério da Saúde para o controle de câncer de mama. Rev Bras Cancerol. 2004;50(2):77-90.
- Pascalichio JC, Fristachi CE, Baracat FF. Câncer de mama: fatores de risco, prognósticos e preditivos. Rev Bras Cancerol. 2001;11(2):71-84.
- Kligerman J. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. Rev Bras Cancerol. 2002;48(1):3-7.
- Pinho VFS, Coutinho ESF. Variables associated with breast cancer in clients of primary healthcare units. Rev. Cad. Saúde Pública. 2007;23(5):1061-9
- Brito NMB, Sampaio PCM, Castro AAH, Oliveira MR. Clinical characteristics of women with ductal invasive breast carcinoma submitted to neoadjuvant chemotherapy. Rev Para Med. 2007;21(4): 37-41.
- Louveira MH, Kemp C, Vilar VS, Martinelli SE, Spadoni CGB, Gracino A, et al. Contribuição da mamografia e da ultrassonografia na avaliação da mama reconstruída com retalho miocutâneo. Radiol Bras. 2006; 39(1):63-7.
- Moraes AB, Zanine RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidos no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(10): 2219-28.
- Tiezzi DG, Andrade JM, Reis FJC, Dirigge DJP, Zola FE, Marana HRC. Impacto prognóstico da recorrência em pacientes com câncer inicial de mama submetidas a tratamento conservador. Rev Col Bras. 2008; 35 (5):284-91.