



## CÂNCER GINECOLÓGICO DURANTE A GRAVIDEZ: ESTRATÉGIAS DE MANEJO E IMPACTO NA PROGNOSE

### Ana Beatriz Oliveira de Melo

Graduanda Enfermagem, Centro Universitário Fametro

E-mail: [anabeatrizbelichar@gmail.com](mailto:anabeatrizbelichar@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-7996-6659>

### Maria Eduarda Bezerra do Nascimento

Graduanda de Enfermagem, Centro Universitário Fametro

E-mail: [maddunascimento319@gmail.com](mailto:maddunascimento319@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-9720-0562>

### Thienifer Cristiny Mendes Alves

Graduanda de Enfermagem, Centro Universitário Fametro

E-mail: [thienifermendes@gmail.com](mailto:thienifermendes@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-8923-5613>

### Maressa Samai Pinheiro Silva

Graduada em Enfermagem, Universidade Potiguar- UNP

E-mail: [maressasamai97@gmail.com](mailto:maressasamai97@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6907-322X>

### Victor Hugo Júlio da Rosa

Graduando em Medicina, Universidade de São Caetano do Sul, Campus Itapetininga

E-mail: [victor.rosa@uscsonline.com.br](mailto:victor.rosa@uscsonline.com.br)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0874-6733>

### Marcela Mariana Muniz de Araújo

Graduada em Enfermagem, Universidade Estadual de Santa Cruz- UESC

E-mail: [enfamarcelaaraujo.uesc@gmail.com](mailto:enfamarcelaaraujo.uesc@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4310-6289>

### Ana Carla Maia Rodrigues de Paula

Graduanda em Medicina, Universidade Nilton Lins- AM

E-mail: [anacarla\\_150@hotmail.com](mailto:anacarla_150@hotmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-4041-7748>

### Gabriele de Matos Santos

Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe (UFS)



E-mail: [gabrielef@academico.ufs.br](mailto:gabrielef@academico.ufs.br)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-8807-121X>

### **Kamillyn de Carvalho Rodrigues**

Graduada em Enfermagem, Centro Universitário do Norte, Uninorte

E-mail: [kemillyncr@gmail.com](mailto:kemillyncr@gmail.com)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2305427124261876>

### **Ryan Macário Moreira**

Graduando em Fisioterapia, Universidade Estácio de Sá- UNESA

E-mail: [contatoryanmm@gmail.com](mailto:contatoryanmm@gmail.com)

### **Iana Luiza Souza Galvão**

Graduada em Enfermagem, Centro Universitário Fametro

E-mail: [luzagalvao2011@gmail.com](mailto:luzagalvao2011@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-4386-9114>

### **Ingrid Barabach Marques**

Graduanda em Medicina, Universidade Unicesumar de Maringa

E-mail: [ingrid5barabach@gmail.com](mailto:ingrid5barabach@gmail.com)

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-5909-4581>

## **Artigo de Revisão**

### **RESUMO**

**Introdução:** Durante a gravidez, o diagnóstico de câncer ginecológico apresenta desafios únicos, requerendo estratégias de manejo cuidadosas para preservar tanto a saúde materna quanto a fetal, além disso a questão psicológica da gestante também se torna uma questão de desafios durante o tratamento quimioterápico quanto o período gestacional. **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:** A abordagem do câncer ginecológico durante a gravidez envolve decisões delicadas, equilibrando a necessidade de tratamento eficaz com a segurança fetal. A gestão multidisciplinar, incluindo oncologistas e obstetras, é crucial para otimizar os desfechos. Dessa forma a estratégias destacam a importância da individualização do plano de cuidados, considerando o tipo de câncer, estágio gestacional e preferências da paciente. A influência dessas decisões no prognóstico tanto materno quanto fetal requer



atenção cuidadosa para garantir um equilíbrio adequado entre a eficácia do tratamento e a segurança da gravidez. **Considerações Finais:** Em conclusão, o prognóstico 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

## GYNECOLOGICAL CANCER DURING PREGNANCY: MANAGEMENT STRATEGIES AND IMPACT ON PROGNOSIS

### ABSTRACT

**Introduction:** During pregnancy, the diagnosis of gynecological cancer presents unique challenges, requiring careful management strategies to preserve both maternal and fetal health. Furthermore, the psychological issue of the pregnant woman also becomes a question of challenges during chemotherapy treatment as well as the gestational period. **Objective:** To evaluate management strategies and their impact on the prognosis of gynecological cancer during pregnancy. **Methodology:** Data collection was conducted through databases: Nursing Database (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed, Latin American Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). Various types of publications were consulted, including scientific articles, monographs and magazines, with the aim of obtaining relevant information on the topic. With regard to eligibility criteria, the following were selected: original articles, systematic reviews, integrative reviews or case reports, as long as they were made available free of charge, published with a time frame of (2012 to 2023), without criteria for location and language of publication. From the ineligibility criteria, non-scientific publications, scientific publications that had incomplete texts, abstracts and theses were excluded. In this way, 15 articles were used to compose the study research. **Results and Discussion:** The management of gynecological cancer during pregnancy involves delicate decisions, balancing the need for effective treatment with fetal safety. Multidisciplinary management, including oncologists and obstetricians, is crucial to optimize outcomes. Therefore, the strategies highlight the importance of individualizing the care plan, considering the type of cancer, gestational stage and patient preferences. The influence of these decisions on both maternal and fetal prognosis requires careful attention to ensure an appropriate balance between treatment efficacy and pregnancy safety. **Final Considerations:** In conclusion, the prognosis of cancer during pregnancy demands a personalized and collaborative approach between specialists. Although challenges persist, careful consideration of treatment strategies can contribute to better treatment responses.



**Keywords:** Cervical Neoplasms; Neoplastic Complications of Pregnancy; Pregnancy

**Instituição afiliada** – Instituição de Ensino Superior de Cacoal - Fanorte

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 28 de Janeiro e publicado em 18 de Março de 2024.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p1537-1547>

**Autor correspondente:** Lauhanda Primo Borges [lauhanda.pb18@gmail.com](mailto:lauhanda.pb18@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## 1. 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 em 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).

Durante a gravidez, o colo do útero demonstra notável resposta a estímulos hormonais, resultando em alterações histológicas. Essas mudanças iniciam a partir da 16<sup>a</sup> semana de gestação e desaparecem após o parto. O colo do útero pode aumentar de tamanho, e a zona de transformação torna-se mais pronunciada devido à eversão da junção escamocolunar. O epitélio escamoso responde aos estrogênios, aumentando o metabolismo e a síntese de DNA nas células da camada basal. A progesterona, por sua vez, inibe a maturação celular, espessando todas as camadas do epitélio (Armante *et. al.*, 2014).

Deciduose, uma ocorrência em 10% a 34% das gestações, pode apresentar características peculiares, simulando displasia em alguns casos, exigindo exames adicionais para descartar neoplasia. Quando células deciduais coexistem com neoplasia intraepitelial cervical (NIC), a colposcopia é útil para o diagnóstico diferencial. O colo do útero desempenha um papel vital na sustentação da gravidez até o termo, com alterações na sua estrutura podendo impactar o trabalho de parto. O câncer cervical pode modificar essa estrutura, causando distocia durante o parto e contribuindo para parto prematuro ou pós-termo, dependendo do amadurecimento adequado ou inadequado do colo do útero (Armante *et. al.*, 2014).

Diagnosticar e tratar doenças durante a gravidez é complexo e desafiador, gerando angústia para a gestante, sua família e os profissionais de saúde. O dilema entre escolher a terapia ideal para a mãe com câncer e garantir o bem-estar fetal, as orientações para a abordagem baseiam-se principalmente em dados de estudos retrospectivos ou series de casos com acompanhamento limitado. Ao longo do tempo, observa-se um aumento no número de publicação científica sobre o tema (Zagouri F *et. al.*, 2016).

O manejo terapêutico adequado para mulheres grávidas com câncer deve considerar não apenas fatores médicos, mas também aspectos éticos, psicológicos, religiosos e legais. Portanto, o tratamento de mulheres grávidas diagnosticada com câncer deve ocorrer em centros especializados, e todos os casos devem ser discutidos em reuniões multidisciplinares envolvendo diversos especialistas, como oncologistas, obstetras, cirurgiões, pediatras e psicólogos (Zagouri F *et. al.*, 2016).

Dessa forma o principal objetivo do estudo é avaliar as estratégias de manejo e o impacto na prognose do câncer ginecológico durante a gravidez.

## **2. 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.

Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos descritores em Ciências da Saúde (DeCS): em português: “*Neoplasias de Colo de Útero*”, “*Complicações Neoplásicas da Gravidez*”, “*Gravidez*”. Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, publicados no período de 2012 a 2023, em português.

O critério de exclusão foi imposto naqueles trabalhos que não estavam nesse idioma, que não tinham passado por processo de Peer-View e artigos reflexivos, artigos internacionais e publicações que entrem em conflito com o tema da pesquisa mencionado. Assim, totalizaram-se 15 artigos científicos para a revisão narrativa da literatura, com os descritores apresentados acima.

### **3. RESULTADOS**

O câncer de mama durante a gravidez é raro, afetando aproximadamente uma em cada 5.000 gestações, e sua incidência está em ascensão devido ao adiamento da maternidade. Metade das mulheres diagnosticadas tem histórico familiar da doença, e 30% possuem mutação BRCA1/2. Os sintomas, como nódulos palpáveis e alterações na pele, podem ser confundidos com mudanças normais da gravidez. A avaliação, semelhante à de mulheres não grávidas, inclui ultrassom, mamografia e/ou biópsia. A mamografia com proteção abdominal tem baixo risco fetal, mas apresenta falsos negativos devido à densidade mamária. A ultrassonografia é útil na caracterização da massa e avaliação de linfonodos axilares. A ressonância magnética sem contraste não é indicada (Cunningham *et. al.*, 2018).

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).

Complicações na gestação incluem prematuridade e crescimento intrauterino restrito. O prognóstico não difere significativamente entre gestantes e não gestantes. O manejo inclui exames regulares, ressonância magnética para monitorar a progressão da doença em casos adiados e parto individualizado entre 37 e 39 semanas, com considerações específicas para cada estágio do câncer de colo de útero (Eastwood-Wilshere N *et., al.*, 2019).

O diagnóstico de carcinoma cervical em gestantes é estabelecido por meio de avaliações clínicas, inspeção do colo do útero, testes citológicos, colposcopia, biópsias dirigidas e exames de imagem. Na maioria dos casos, as mulheres não apresentam sintomas no momento do diagnóstico. Quando sintomáticas, podem apresentar corrimento vaginal anormal, odor desagradável, sangramento pós-coito e desconforto no baixo ventre. Em estágios avançados, podem surgir dor lombar, hematúria, alterações na micção e no padrão intestinal. Durante a

gravidez, o sintoma mais comum é o sangramento vaginal, ocorrendo em cerca de 50% dos casos (Swiatkowska-Freund M & Preis K, 2017)

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 13<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> semana de gravidez. A imunohistoquímica 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).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em síntese, a gestão do câncer ginecológico durante a gravidez é uma tarefa intrincada, 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.

## **5.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.

Eastwood-Wilshere N, Turner J, Oliveira N, Morton A. Cancer in pregnancy. **Asia Pac J**



**Clin Oncol** ;v.15, n.6, p.296-308, 2019

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-pregnancy>

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