

# MELANOMA E GRAVIDEZ

ANA DUARTE, PAULA SANTOS, GRAÇA RAMALHO, EMÍLIA CUNHA

Serviço de Obstetrícia e Ginecologia. Centro Hospitalar de Gaia. Gaia

## RESUMO

O melanoma, embora sendo um cancro raro, é dos que ocorre mais frequentemente na gravidez. Parece estar actualmente aceite que a gravidez não agrava o prognóstico do melanoma. Contudo, os autores apresentam um caso clínico de uma mulher com melanoma, em que a intercorrência de uma gravidez conduziu ao agravamento da doença. Comprovando a baixa incidência de metastização fetal, ocorreu às 32 semanas o nascimento de um recém-nascido, sem manifestações da doença.

## SUMMARY

### Melanoma and Pregnancy

In spite of being a rare form of neoplasia, melanoma is the ones which occur most frequently in pregnancy. Pregnancy does not seem to aggravate the prognosis. However, the authors present the case of a woman suffering from melanoma, in which the interoccurrence of pregnancy led to the development of the disease. After 32 weeks of pregnancy a living foetus was born without any symptoms of the disease, thus proving the low incidence of foetal metastatic lesions.

## INTRODUÇÃO

O melanoma é responsável por 1% da mortalidade por cancro na mulher, e por 8% dos cancros na gravidez, sendo por isso um dos que ocorre mais frequentemente durante a gravidez.<sup>1-3</sup>

Das mulheres com melanoma, cerca de 30-35% encontram-se na idade reprodutiva (15-44 anos de idade).<sup>1-3</sup> A mulher recentemente tratada de melanoma deve ser aconselhada a não engravidar no período de 3-5 anos, altura em que ocorre o maior número de recorrências.<sup>1</sup> O efeito da gravidez na sobrevida da mulher com melanoma é controverso.<sup>1-3</sup>

Estudos iniciais mostravam que o melanoma na gravidez estava associado a pior prognóstico.<sup>5</sup> Tais conclusões foram modificadas por estudos mais recentes, que parecem mostrar sobrevida igual na mulher grávida com melanoma, relativamente à mulher com melanoma não grávida. Deste modo, pacientes com melanoma (grávidas ou não grávidas), devem ser tratadas de maneira similar, de acordo com o grau de invasão tumoral.<sup>3-10</sup>

O melanoma congénito pode ser secundário a doença materna, sendo a metastização feto-placentar muito rara. Todavia, dos tumores que metastizam para o feto e/ou placenta, o melanoma é o tumor que o faz mais frequentemente.<sup>1,3,11</sup> Os locais mais frequentes de metastização fetal incluem o fígado, pulmão, membros inferiores, mastóide e metastização generalizada.

O melanoma primário congénito também já foi descrito, sendo muito raro. Só há três casos descritos na literatura.

A mortalidade neonatal para o melanoma congénito (metastático ou primário) no primeiro ano de vida, é de 100%.<sup>3,12</sup>

## CASO CLÍNICO

M.F.S.M.T., 30 anos, a 2/10/92 é enviada pelo Instituto Português Oncologia (IPO - Norte) para o Serviço Obstetrícia do Centro Hospitalar Gaia, por apresentar às 33 semanas de amenorreia, um quadro de hipertensão intracraniana, secundária a metastização cerebral de melanoma (diagnosticado por ressonância magnética).

Em Janeiro de 1991, no Hospital Distrital de Aveiro, é submetida a exérese de lesão nodular no braço esquerdo, cujo resultado histológico revelou tratar-se de melanoma nodular grau V na Escala de Clark, e com 10 mm de espessura. Em Fevereiro de 1991, no mesmo hospital, é submetida a exérese mais alargada da lesão, com esvaziamento axilar. Dos 15 gânglios isolados, um foi positivo.

Posteriormente, é enviada ao IPO, onde inicia terapêutica com Interferon. Abandona a anticoncepção hormonal oral em Março de 1991, optando pelo uso de métodos barreira-preservativo.

Efectuou cintilograma ósseo, ecografia hepática e Rx pulmonar em Maio e Dezembro de 1991, que se revelaram sem alterações.

Teve o último período menstrual a 9/2/92, com teste imunológico de gravidez positivo em 1/4/92. Ecografia obstétrica realizada a 26/8/92, revelou discordância entre a amenorreia (28 semanas), e a idade ecográfica (23 semanas).

A 14/8/92, apresentou sinais de doença disseminada, com lesões subcutâneas na região infraorbitária esquerda, couro cabeludo, ombro esquerdo e prega do cotovelo direito.

Posteriormente desenvolveu um quadro de hipertensão intracraniana, tendo a ressonância magnética confirmado metastização cerebral, e foi transferida para o Serviço Obstetrícia Centro Hospitalar Gaia, tendo tido vigilância e terapêutica multidisciplinar (Obstetrícia, Neurologia, Medicina Interna).

À data do internamento neste Serviço, apresentava-se consciente e colaborante, orientada no tempo e espaço.

O exame ecográfico revelou biometria para 28 semanas (33 semanas de amenorreia), e ausência de massas tumorais feto placentares. Os testes da maturidade pulmonar no líquido amniótico foram negativos. (Teste de Clements e do fosfatidilglicerol)

Além da corticoterapia e da terapêutica sintomática, foi proposta observação neurológica diária, vigilância do bem estar fetal, e estudo da maturidade fetal.

A paciente manteve cefalcias persistentes, vertigens, náuseas e vômitos, iniciando um quadro de prostração e sonolência progressivas.

Ao 12º dia do internamento, (30 semanas ecográficas) iniciou hipertensão arterial, taquicardia sinusal, e desorientação temporo - espacial progressivas.

Ao 20º dia, (31 semanas ecográficas) assistiu-se a um agravamento marcado do quadro neurológico (afasia, paraparésia, paresia facial esquerda, edema papilar, Babinski

bilateral), e a alterações da gasometria (hipóxia, acidose respiratória), pelo que se decidiu efectuar interrupção electiva da gravidez, por cesariana.

Houve extracção de feto vivo, sexo masculino, com 1805 gramas de peso, e índice de Apgar 8 ao 1º minuto e 9 ao 5º minuto. O recém nascido e a placenta não apresentavam macroscopicamente sinais de metastização.

Verificou-se presença de lesões nodulares escuras, nos ovários e epiploon compatíveis com metastização (fig. 1), pelo que se efectuou exérese de um nódulo do epiploon e ooforectomia direita para exame histológico.

O mesmo revelou placenta sem lesões de melanoma, e metastização ovárica e do epiploon por melanoma.

No pós-operatório, assiste-se a uma melhoria clínica aparente da paciente, sendo transferida para o IPO ao 8º dia pós-operatório. Foi-lhe proposta quimioterapia que não aceitou.

Veio a falecer ao 18º dia pós operatório, no domicílio.

O recém nascido tem sido vigiado em ambulatório, e não apresenta sinais de metastização.

## BIBLIOGRAFIA

1. COLBOURNDONALS, NATHANSON LARRY, BELILOS ELISE: Pregnancy and Malignant Melanoma. *Seminars in Oncology* 1989; 16: 377-87
2. REINTGEN DOUGLAS S, MCCARTY KENNETH S JR, VOLLMER ROBIN, COX EDWIN, SEIGLER HILLARD F: Malignant Melanoma and Pregnancy. *Cancer* 1985; 55: 1340-44
3. WONG DEREK J, STRASSNER HOWARD T: Melanoma in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1990; 33: 782-89
4. SHAW H M, MILTON G W, FARAGO G, MCCARTHY W H: Endocrine Influences on Survival from Malignant Melanoma. *Cancer* 1978; 42: 669-77
5. PACK G T, SCHARNAGEL I M: The Prognosis for Malignant Melanoma in the Pregnant Women. *Cancer* 1951; 4: 324-34
6. GEORGE PA, FORTNER J G, PACK GT: Melanoma with Pregnancy. *Cancer* 1960; 13:854-59
7. WHITE LP: STUDIES ON MELANOMA: II . Sex and Survival in Human Melanoma. *N Engl J Med* 1959; 260: 789-97
8. DONEGAN WL: Cancer and Pregnancy. *CA* 1983; 33: 194-98
9. WICK MM, SOBER AJ, FITZPATRICK TB et al. Clinical Characteristics of Early Cutaneous Melanoma. *Cancer* 1980; 45: 2684-88
10. BYRD BF, MCGANITY WJ: The Effect of Pregnancy on the Clinical Course of Malignant Melanoma. *South Med J* 1954; 47: 196-00
11. DILDY GA, MOISE KJ, CARPENTER RJ, KLIMA T: Maternal Malignancy Metastatic to the Products of Conception: a review. *Obstet. Gynecol Surv* 1989; 44: 535-38
12. CAMPBELL WA, STORLAZZIE, VINTZILEOS AM, WU A, SCHNEIDERMAN H, NOCHIMSON DJ: Fetal Malignant Melanoma: Ultrasound Presentation and Review of the Literature. *Obstet Gynecol* 1987; 70:434-38

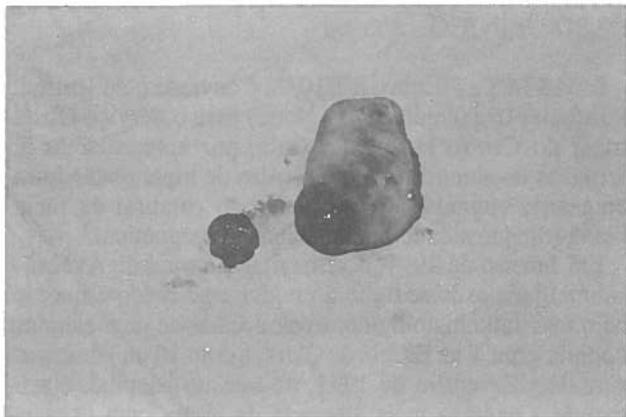


Fig. 1 — À direita, ovário direito, onde é visível nódulo escuro; à esquerda um nódulo de epiploon que confirmaram histologicamente corresponder a metástases de melanoma.