



Sérgio B. B. Hatscbach
 José Clemente Linhares
 João Antônio Guerreiro
 Sérgio O. Ioshii
 Raul Jablonski Jr.
 Paulo R. F. de Gois
 Izara de A. Castro
 Flávio Yoshioka

*Serviço de Ginecologia e Mama
 do Hospital Erasto Gaertner
 (HEG).*

CARCINOSSARCOMA DE MAMA

Rev bras Mastol 2000; 10 (2): 93-96

UNITERMOS

Carcinossarcoma;
 Carcinoma metaplásico;
 Neoplasia de mama.

Aceito para publicação em março de 2000

RESUMO

O carcinossarcoma constitui uma forma rara de tumor de mama, correspondendo a cerca de 0,2% dos carcinomas de mama. Descreve-se um caso dessa variante neoplásica em uma mulher de 45 anos, atendida no Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Erasto Gaertner. Discutem-se também aspectos histológicos, bem como opções terapêuticas e fatores prognósticos dessa rara neoplasia.

INTRODUÇÃO

O carcinossarcoma é um tumor raro que acomete o tecido mamário. Corresponde a cerca de 0,2% dos carcinomas de mama. Consiste em uma forma de neoplasia que apresenta uma mistura de componentes carcinomatosos e sarcomatosos. Esse fato denota variações na histopatologia e na atividade biológica do tumor, influenciando o tratamento e o prognóstico do mesmo¹.

É também denominado de pseudo-sarcoma, carcinoma sarcomatóide, carcinoma produtor de matriz e carcinoma metaplástico^{1,4}.

Define-se o carcinossarcoma como uma neoplasia bifásica, apresentando em, pelo menos, 50% de sua formação um componente com características de sarcoma, consistindo em células bipolares pleomórficas

ou de uma população celular polimórfica, com atipias nucleares e alta atividade mitótica. O restante da composição demonstra um carcinoma escamoso *in situ*, carcinoma ductal ou carcinoma invasor misto, que é contíguo ou mesclado com o componente sarcomatoso¹.

Descreve-se um a caso de uma paciente com carcinossarcoma mamário, complicado por processo infeccioso. Discutem-se também alguns aspectos relacionados aos achados anatomopatológicos, bem como ao tratamento dessa neoplasia.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente ACA, 45 anos, branca, procedente de Curitiba, casada, encaminhada ao HEG após consulta

em posto de saúde, com queixa de desconforto na mama direita.

Segundo a paciente, há cerca de um ano, percebeu nódulo em mama direita, que evoluiu com dor, aumento de volume progressivo e endurecimento após traumatismo local. Nos últimos 20 dias, houve ulceração do tumor, acompanhada de secreção piossanguinolenta e piora do estado geral.

Ao exame, a paciente estava em regular estado geral, eupnéica, desidratada levemente, pálida e afebril. Pressão arterial de 110 mmHg X 50 mmHg, pulso de 112 batimentos/min, frequência respiratória de 24 inspirações/min, e temperatura axilar de 36,5°C. Não foram palpados nódulos em região cervical. O exame do tórax não revelou anormalidades. Evidenciou-se tumor na mama direita, com cerca de 18 cm em sua maior extensão, de consistência cística, flutuante com ulceração, odor fétido e área de necrose. A mama esquerda apresentou características de normalidade. Não foram palpados nódulos em região axilar e fossas supra e infraclaviculares. O exame abdominal, neurológico e dos membros não revelou anormalidades. Realizou-se, então, biópsia do tumor, que não foi conclusiva.

A paciente foi internada para o estabelecimento de diagnóstico definitivo e conduta. O hemograma de internamento revelou quadro de anemia normocrômica normocítica (Hb de 6,8 g/dl e VG de 20,6%), sendo submetida à transfusão sanguínea. Apresentava também leucocitose com desvio nuclear à esquerda e granulações tóxicas.

O raio X de tórax demonstrava lesão na mama direita com nível líquido e pulmões, pleura e coração radiologicamente normais. O eletrocardiograma e a ultrasonografia abdominal eram normais. Os demais exames complementares que demonstraram alterações foram dosagem de bilirrubina direta levemente aumentada (BD = 1,06 – VR = 0,9), fosfatase alcalina aumentada (FA =

195 u/l – VR = 42 u/l a 115 u/l) e hipoproteïnemia (proteínas totais = 5,42 – VR = 6 g/dl a 8 g/dl, albumina = 3,02 e globulinas = 2,40).

Durante o internamento, a paciente apresentou picos febris e drenagem de abundante secreção purulenta, sendo administrada medicação sintomática e iniciada cefazolina. Foi necessária drenagem de abscesso presente no sítio tumoral, com ressecção de tecido necrótico da pele e retirada de grande quantidade de material purulento. Tecido de aspecto francamente tumoral foi colhido, bem como material para cultura de microorganismos. Houve boa evolução pós-drenagem, permanecendo a paciente em uso de cefazolina.

O resultado do estudo anátomo-patológico revelou quadro histopatológico sugestivo de sarcoma puro, carcinossarcoma ou tumor filodes maligno com elementos sarcomatosos.

Procedeu-se, então, com mastectomia simples associada à reconstrução com retalhos abdominal e de músculo grande dorsal. Observou-se, durante o ato cirúrgico, que o tumor estava aderido ao músculo grande peitoral. Deixou-se grande área cruenta e colocou-se dois drenos tubulares. A paciente permaneceu dois dias na unidade de terapia intensiva, não ocorrendo intercorrências pós-operatórias nesse período. Houve, posteriormente, necrose de extremidades do retalho, aliada a processo infeccioso de ferida operatória, com secreção purulenta e abundante. Conforme resultado da cultura e orientação da Comissão de Infecção Hospitalar, iniciou-se ciprofloxacina e suspendeu-se a cefazolina. Também foi realizado desbridamento local.

O resultado definitivo do estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica foi de carcinossarcoma de mama, com infiltração cutânea, ulceração e extensas áreas de necrose. As margens cirúrgicas estavam livres de neoplasia.

A paciente recebeu alta hospitalar após melhora do quadro infeccioso e início do processo cicatricial, iniciando acompanhamento ambulatorial. Após o segundo retorno, a paciente abandonou o tratamento.

DISCUSSÃO

O carcinossarcoma é um tumor bifásico, com um componente sarcomatoso (mesenquimal) e outro de carcinoma (epitelial). Há sugestão de que esse tumor seja derivado das células mioepiteliais, que também exibem diferenciação bifásica. Relatou-se o aparecimento de um carcinossarcoma de mama decorrente da transformação de um tumor cutâneo de glândulas sudoríparas (espiradenoma écrino). Alguns estudos desse tumor no trato genital feminino indicam que o componente carcinomatoso tem predominância sobre a porção sarcomatosa^{1,4}.

Em geral, a sobrevida em cinco anos, livre de doença encontrada, foi em torno de 49%, sendo influenciada, principalmente, pelas dimensões do tumor, pelo estadiamento e por alguns aspectos de tratamento empregado¹.

Clinicamente, os tumores são percebidos, na maioria das vezes, como massas palpáveis, notadamente no quadrante súpero-lateral, sem preferência por lado e em pacientes acima dos 50 anos. Cerca de 12% dos casos relatados apresentam-se com ulceração de pele. Não há descrição de formação de abscesso, como o que ocorreu com a paciente descrita no caso. O tempo de diagnóstico variou de uma semana até dois anos, em média de um a quatro meses^{1,4,5}.

Macroscopicamente, os carcinossarcomas se apresentam como tumores friáveis, de coloração cinzenta

ou rósea e com tamanho geralmente superior a 4 cm no maior diâmetro².

Pacientes com tumores menores que 5 cm apresentam maior tempo livre de doença e maior sobrevida, influenciando significativamente no prognóstico. No presente relato, a paciente foi considerada estágio T4 e, nessa situação, a média de tempo livre de doença foi de 4 meses e a sobrevida de 28 meses. Para tumores T1 e T2, a sobrevida média é de 240 meses¹.

Em um estudo realizado no MD Anderson Cancer Center, o estágio clínico mais comumente encontrado foi o II da UICC, estando presente em 21 de um total de 48 casos. Nesse mesmo estudo, o estágio III da UICC, que corresponde ao estágio da paciente do caso, foi encontrado em 17 casos. Notou-se, ainda, pouca diferença entre os estágios I e II, no que diz respeito à sobrevida e ao tempo livre de doença. Comparando-se com os estágios III e IV, no entanto, a sobrevida foi realmente melhor³.

O envolvimento dos linfonodos não interferiu significativamente na sobrevida, quando avaliado isoladamente. O conteúdo das metástases para linfonodos foi bastante heterogêneo, podendo ser encontrados componentes carcinomatosos ou sarcomatosos isolados, ou ambos. Os locais mais comuns de metástases à distância foram a pleura e os pulmões, seguido pelos ossos, fígado e cérebro^{1,2,4,5}.

Existiu grande variação na escolha do tratamento cirúrgico, incluindo ressecções locais amplas, mastectomias simples, radicais e radicais modificadas. No que diz respeito ao tratamento cirúrgico empregado, o tipo de cirurgia não influenciou no prognóstico das pacientes. A mastectomia simples, em geral, foi utilizada em tumores com tamanho inferior ao do caso descrito, dando-se preferência à mastectomia radical modificada para os tumores maiores.

KEYWORDS

Carcinosarcoma of the breast;
Metaplastic carcinoma;
Breast neoplasm.

ABSTRACT

CARCINOSARCOMA OF THE BREAST – CASE REPORT

Carcinosarcoma is a rare form of breast tumor, corresponding to approximately 0,2% of the breast carcinomas. This neoplastic variant was found in a 45 year-old woman attended at the Breast and Gynecology Service of Erasto Gaertner Hospital and the analysis follows with a case report.

In addition, some histological aspects, therapeutic options and prognostic factors of this rare neoplasm are discussed, based on the specific literature and on the medical team experience.

A taxa de recorrência para pacientes tratados com mastectomia radical modificada variou em torno de 50%, enquanto que para as pacientes tratadas com mastectomia radical ou simples, os valores se estabeleceram em cerca de 64% e, ainda, 67% para tratamentos à base de ressecção ampla^{1,2,5}.

O tratamento adjuvante incluiu quimioterapia, radioterapia ou ambos, obtendo resultados melhores que o tratamento cirúrgico isolado^{1,2,4,5}. Houve variações nos resultados, principalmente quando comparados com o estadiamento. No estágio II, o tratamento cirúrgico associado à quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante obteve os melhores resultados. No entanto, a análise do tratamento adjuvante para pacientes do estágio III não mostrou benefício significativo na sobrevida^{1,2}.

A evidência de infiltrado inflamatório crônico e circuncisão microscópica do tumor influenciaram na taxa de recidiva, ao contrário de outros achados microscópicos como celularidade, atividade mitótica, presença de metaplasia condróide ou osteóide e alguns resultados de imuno-histoquímica^{2,4}.

O achado de componentes sarcomatosos em um carcinoma de mama implica em um pior prognóstico. Assim sendo, pacientes com carcinossarcomas de mama devem ser manuseadas diferentemente daquelas pacientes portadoras de carcinoma convencional de mama⁴.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GUTMAN H, POLLOCK R, JANJAN N, JOHNSTON D. Biologic distinctions and therapeutic implications of sarcomatoid metaplasia of epithelial carcinoma of the breast. *J Am Col Surg* 1995; 180: 193-9.
2. SABOORIAN M, KENNY M, ASHRAQ R et al. Carcinosarcoma arising in eccrine spiradenoma of the breast. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120: 501-4.
3. BEAHRS O, HENSON E, HUTTER R et al. Breast. In: American joint committee on cancer manual of staging of cancer. Philadelphia: JB Lippincott. 1992; 149-54.
4. WARGOTZ E, NORRIS H. Metaplastic carcinomas of the breast. III carcinosarcoma. *Cancer* 1989; 64: 1490-9.
5. SREENAN J, HART W. Carcinosarcoma of the female genital tract. *Am J Surg Pathol* 1995; 19: 666-74.

Endereço para correspondência:

Raul Jablonski Jr.

Centro de Projetos, Ensino e Pesquisa

Rua Dr. Ovande do Amaral, 210

81520-060 – Curitiba, PR