



Felipe Luzzatto
Rejane Leão Berger
Radiá Pereira dos Santos

*Trabalho realizado no Instituto de
Patologia Clínica e Mamorad de
Porto Alegre.*

CARCINOMA OCULTO DE MAMA

Rev bras Mastol 1996; 6:149-152

UNITERMOS

Mama;
Carcinoma oculto;
Punção aspirativa.

RESUMO

É relatado um caso de carcinoma clinicamente e radiologicamente oculto de mama, manifestando-se através de metástases diagnosticadas pela punção aspirativa com agulha fina. O estudo radiológico do espécime de quadrantectomia identificou áreas suspeitas, as quais, após o exame histopatológico, revelaram uma minúscula área de carcinoma ductal infiltrativo no tecido mamário. O uso combinado da punção aspirativa com o exame anátomo-radiológico da peça cirúrgica permitiu o diagnóstico preciso e é recomendado pelos autores nesta condição patológica.

INTRODUÇÃO

Os carcinomas de mama são neoplasias que geralmente se manifestam sob a forma de nódulos de consistência firme, mais freqüentemente detectados ao nível do quadrante superior e lateral das mamas. Estas neoplasias produzem metástases através de vasos linfáticos, principalmente para linfonodos axilares. Na disseminação hemática, os pulmões, fígado e ossos são outros sítios comprometidos. Isto, entretanto, costuma ocorrer mais tardiamente no curso da doença. Algumas destas metástases já estão presentes por ocasião do diagnóstico e outras se manifestam após vários anos. A apresentação inicial de um carcinoma de mama,

através de metástases para linfonodos axilares, na ausência de tumor palpável ou visível na mamografia é incomum. A punção aspirativa com agulha fina nestas circunstâncias, pode ser importante para estabelecer o diagnóstico diferencial entre linfadenopatia reacional e processo metastático. Este fato, ocorrido com uma paciente, motivou o presente relato.

APRESENTAÇÃO DO CASO

E.B., com 54 anos de idade foi examinada pelo ginecologista devido a nódulo na axila esquerda, com cerca de

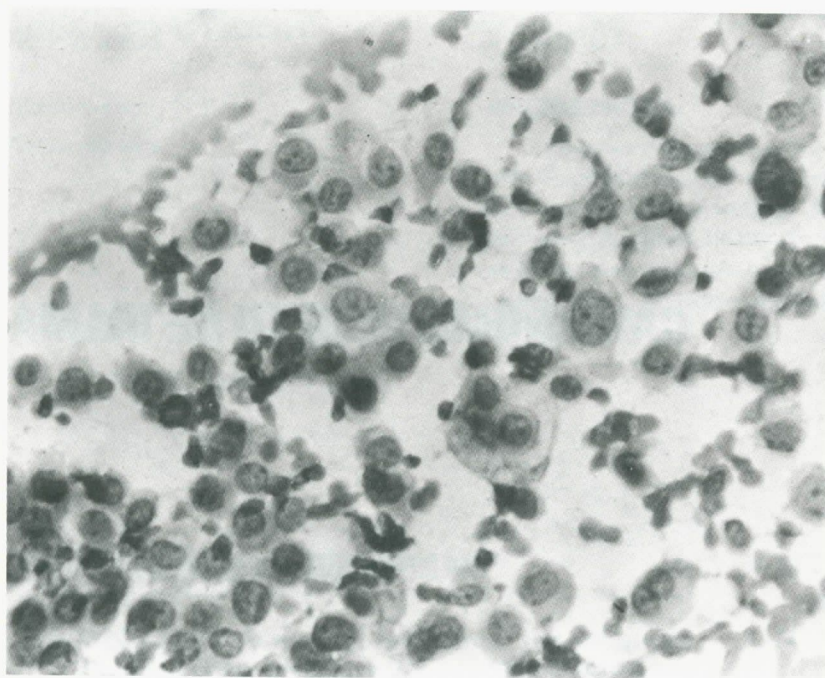


Figura 1 - Aspirado citológico de linfonodo axilar, exibindo células de carcinoma em meio a restos e alguns linfócitos (Papanicolaou, 250 X).

dois centímetros, de consistência firme, notado na semana anterior a uma consulta ginecológica. A paciente não apresentava ao exame físico outros achados clínicos dignos de nota. Uma mamografia foi interpretada como normal e a palpação de ambas as mamas não exibia particularidades. Uma punção aspirativa do nódulo axilar foi interpretada como “positivo para células malignas do tipo carcinoma” (figura 1). A paciente foi submetida a nova mamografia e ecografia mamárias, as quais não evidenciaram alterações. O estudo clínico, radiológico e laboratorial não revelou neoplasia em outros locais tais como pulmão e vias aéreas, trato gastrointestinal e glândulas anexas do tubo digestivo, o mesmo ocorrendo com o trato genito-urinário. A paciente foi submetida a uma quadrantectomia superior e lateral externa na mama esquerda. O espécime cirúrgico pesou 403 gramas e mediu 10,0 x 6,5 x 5,0 cm e foi seccionado em treze fatias com espessura não superior a 1 cm cada uma. Os referidos cortes foram radiografados tendo sido referidas as áreas radiologicamente suspeitas com agulhamento (figura 2). Estas áreas foram amostradas macroscopicamente,

processadas e incluídas em parafina para posterior obtenção de preparados histológicos. O exame histológico mostrou cinco pequenas áreas focais, contíguas e confluentes de carcinoma ductal infiltrativo, medindo em conjunto 0,4 cm (figura 3). Áreas adjacentes do tecido mamário apresentavam focos de hiperplasia ductal acentuadamente atípica. Quatro linfonodos axilares revelaram metástases de carcinoma. A paciente obteve alta hospitalar e foi encaminhada para receber radioterapia e quimioterapia adjuvante. Presentemente, decorridos 8 meses do tratamento cirúrgico, encontra-se assintomática, sem evidência de doença residual.

DISCUSSÃO

A presença de metástases de carcinoma de mama para linfonodos regionais é considerada como o mais importante fator na escolha da terapêutica e no prognóstico desta neoplasia. A avaliação clínica dos linfonodos axilares não apresenta sensibilidade ou especificidade adequada pois ocorre uma margem de erro de 30%, tanto nas impressões clínicas positivas como nas

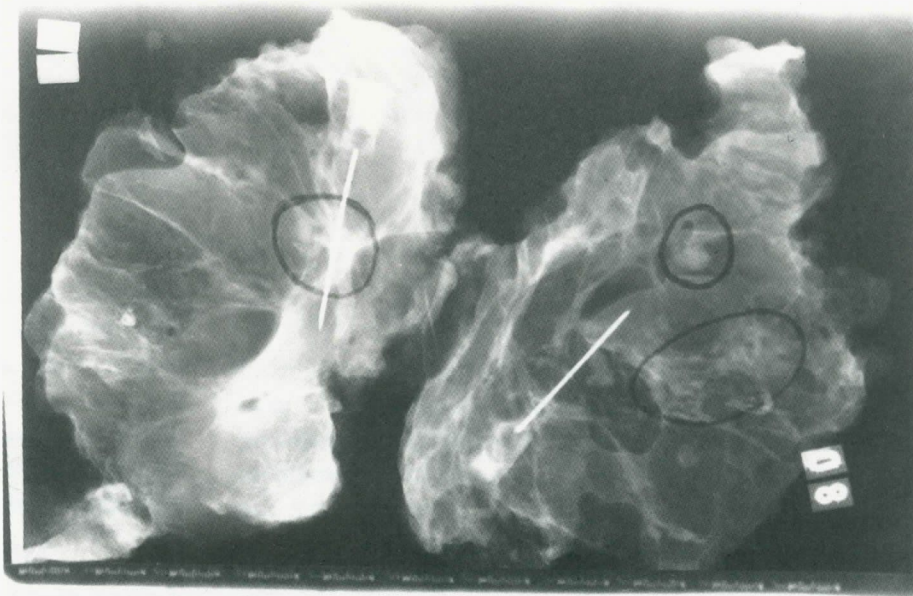


Figura 2 - Estudo radiológico da peça cirúrgica seccionada em fatias, tendo sido assinaladas as áreas radiologicamente suspeitas.

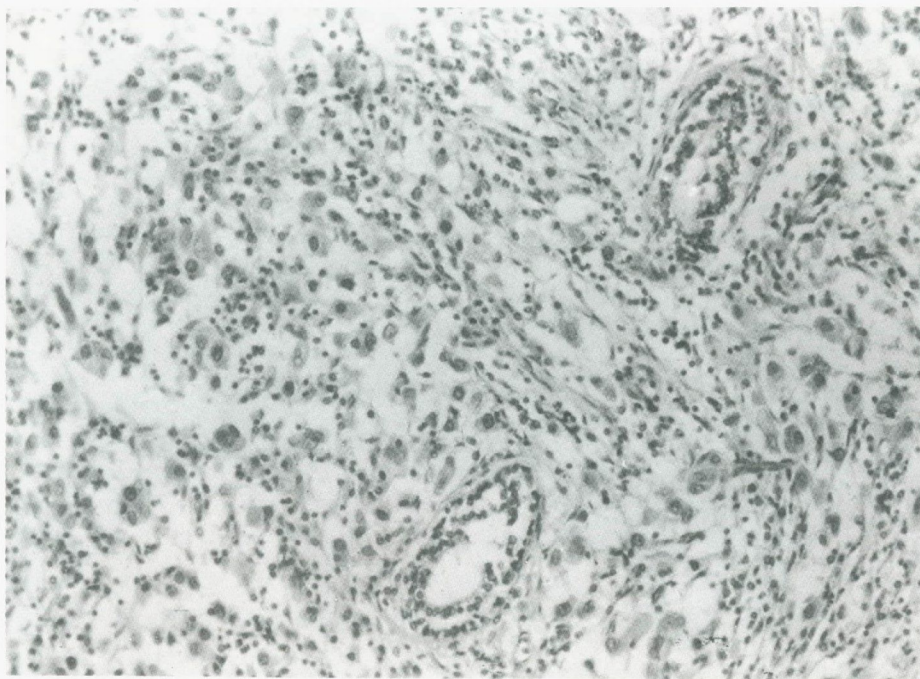


Figura 3: Corte histológico mostrando carcinoma ductal infiltrativo em meio a pequenos ductos mamários, correspondendo à área radiologicamente assinalada na figura 2 (HE, 160 X).

negativas, para metástases neste local¹. O conhecimento da presença de metástases em linfonodos axilares antes do tratamento para o carcinoma de mama, possibilita o planejamento prévio da ressecção cirúrgica, o qual levará em consideração este fato. Os linfonodos dos dois níveis inferiores da axila são os mais freqüentemente comprometidos por metástases, sendo que a presença destas apenas no nível superior é extremamente incomum. Um estudo revelou que o comprometimento de linfonodos axilares do nível superior, na ausência de metástases nos níveis inferiores, ocorre em apenas 0,4% dos casos⁵. Os dois outros locais de disseminação para linfonodos, além da região axilar, são a cadeia da mamária interna em 22% dos casos, e a região supraclavicular em 20% dos casos⁴. A detecção de micrometástases em linfonodos pode aumentar em 20% o número de nódulos que evidenciam comprometimento quando são realizados cortes histológicos seriados. Isto, entretanto, não parece acarretar implicações prognósticas. A pun-

ção aspirativa com agulha fina em linfonodos axilares palpáveis permite, em um número apreciável de casos, estabelecer com certeza o diagnóstico da presença de neoplasia. O surgimento de metástases em um ou mais linfonodos palpáveis na axila, na ausência de tumor evidenciável clínica ou radiologicamente na mama, é uma ocorrência rara². Um tumor primário que pode ser muito pequeno, será encontrado na mama da maioria das pacientes. Em um estudo de 48 casos, o tumor primário foi encontrado em 75% deles e a média de sobrevida sem evidência foi de 60%³. O diagnóstico desta eventualidade através da punção aspirativa, como o ocorrido no caso aqui relatado, é uma possibilidade cada vez mais freqüente, devido à utilização rotineira deste método. Uma vez que tenham sido excluídos outros possíveis sítios de neoplasia primária além das mamas, isto constitui um grande dilema quanto à terapêutica.

Ao considerarmos que cerca de 50% das neoplasias da glândula mamária originam-se ao nível do quadrante superior lateral, a realização de uma quadrantectomia superior lateral na mama homolateral, permite a ressecção do sítio mais provável de origem da neoplasia. O estudo anatomo-radiológico da peça cirúrgica após fatiada, foi decisivo no sentido de evitar um longo e exaustivo procedimento anatomopatológico, devido às dimensões do espécime a ser avaliado. Com isto, as áreas previamente indicadas pelo radiologista na peça foram amostradas, facilitando a demonstração dos minúsculos focos de neoplasia primária ao exame microscópico. A conduta cirúrgica assumida no caso relatado pode se constituir em procedimento desnecessário na eventualidade de não ser encontrada a neoplasia primária no tecido ressecado. Esta conduta, entretanto, a nosso ver, constitui-se na única opção terapêutica frente ao quadro clínico apresentado pela paciente.

KEY WORDS

Breast;
Occult carcinoma;
Aspirative biopsy.

ABSTRACT

OCCULT BREAST CARCINOMA

A case of clinically and radiologically occult breast carcinoma presenting with axillary metastasis and diagnosed by fine needle aspiration is reported. The radiologically selected areas of the quadrantectomy specimen were examined histologically and revealed a small infiltrative duct cell carcinoma. The use of aspiration cytology associated with the anatomico-radiology of the specimen in this case made possible the correct diagnosis and is recommended by the authors in carcinomas manifested by axillary metastasis without clinical and radiological evidence of a primary tumor in the breast.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FISHER B, WOLMARK N, BAUER M, REDMOND C, GEBHARDT M. The accuracy of clinical nodal staging and of limited axillary dissection as a determinant of histological nodal status in carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152: 765-772.
2. MERSON M, ANDREOLA S, GALIMBERTI V. Breast carcinoma presenting as axillary metastases without evidence of a primary tumor. *Cancer* 1992; 70: 504-508.
3. ROSEN PP, KUNMEL M. Occult breast carcinoma presenting axillary lymph node metastases. A follow up study of 48 patients. *Hum Pathol* 1990; 21: 518-523.
4. VERONESI U, CASCINELLI N, BUFALINO R. Risk of internal mammary lymph node metastases and its relevance on prognosis of breast cancer patients. *Ann Surg* 1983; 198: 681-684.
5. VERONESI U, RILKE F, LUINI A, SACHINI V, GALIMBERTI V. Distribution of axillary node metastases by level of invasion. *Cancer* 1987; 59: 682-687.

Endereço para correspondência:

*Felipe Luzzatto
Avenida Carlos Gomes, 1973
90480-005 - Porto Alegre - RS*