



CARCINOMA MAMÁRIO INVASOR: UM RELATO DE CASO

INVASIVE BREAST CARCINOMA: A CASE REPORT

Priscila Leite Loiola Ribeiro

Acadêmica de medicina – Faculdade de Medicina de Campos

priscila_loiola@hotmail.com

Consuelo Chicralla Martins

Médica Ginecologista e Obstetra – Instituto Fernandes Figueira

Mestre em Ginecologia – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Professora Adjunta de Obstetrícia da Faculdade de medicina de Campos

mcnmartins@gmail.com

Iara da Silva Ourofino

Médica Ginecologista e Obstetra – HPC/AFAMCI

Mestranda em Planejamento Urbano e Gestão de Cidades - UCAM

iaraouro@hotmail.com

Laura Zanon Cruz

Acadêmica de medicina – Faculdade de Medicina de Campos

laura.zanoncruz@gmail.com

Tainá Rodrigues Monteiro Ferreira

Acadêmica de medicina – Faculdade de Medicina de Campos

taina_rodrigues@hotmail.com

Resumo

O presente artigo foi realizado baseado em um relato de caso clínico referente a uma paciente do sexo feminino, 67 anos de idade, aposentada, multípara que apresentou-se inicialmente com queixa do nódulo de consistência endurecida, doloroso à palpação e com drenagem de secreção purulenta com aumento de tamanho de forma rápida em curto intervalo de tempo.

Palavras-chave: Câncer de mama. Citopatologia. Patologia Celular.

Abstract – This article was based on a clinical case report of a 67-year-old female patient, retired, multiparous, who initially presented with a complaint of a hardened nodule, painful to palpation and with purulent secretion drainage that increased in size rapidly in a short period of time.

Keywords: Breast câncer. Citopathology. Cellular pathology.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais incidente entre as mulheres, excedendo pelo câncer de pele do tipo não melanoma, sendo a principal causa de morte por neoplasia na população feminina brasileira, com a faixa etária mais acometida compreendendo entre os 50 a 65 anos (SHUKAIR, MONTEIRO, 2022). Os carcinomas invasivos caracterizam-se por infiltrar o estroma, penetrando vasos linfáticos, sanguíneos e outras estruturas. Eles assumem aspectos morfológicos e moleculares variados que se relacionam com a evolução biológica e implicações prognósticas diferentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece 22 tipos de carcinomas invasivos, sendo o mais comum o carcinoma mamário invasivo sem tipo especial (CMI-STE). Em relação aos aspectos macroscópicos, apresentam-se como uma massa irregular, espiculada, de limites imprecisos ou com configuração nodular com bordas bem definidas. O tamanho pode variar, mas a maioria possui dimensões maiores que 10mm. Microscopicamente, as células neoplásicas não apresentam nenhuma morfologia específica. O pleomorfismo nuclear é variável de baixo a alto, assim como o índice mitótico (SILVA *et al*, 2018). Tendo em vista a alta mortalidade desse câncer no país, seu rastreamento torna-se imprescindível, devendo ser realizado por meio de mamografia anual para mulheres acima de 40 anos, objetivando o diagnóstico precoce e tratamento de lesões precursoras e estágios iniciais, possibilitando condutas menos agressivas, com maiores taxas de preservação da mama, menos esvaziamentos axilares e quimioterapia, e assim melhorando a qualidade de vida das pacientes, além de contribuir para a diminuição da morbidade e dos custos do tratamento (DRUMOND *et al*, 2023).

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 67 anos de idade, aposentada e multipara, apresentou-se em uma consulta com a mastologista no Hospital Oncobeda em Campos dos Goytacazes em 2023, após resultado de mamografia digital realizada em 20/12/2022 apresentando calcificações puntiformes agrupadas em quadrante superior medial (QSM) da mama esquerda, com classificação do Sistema BIRADS categoria IV, descrita como alteração suspeita para malignidade e indicação de estudo histopatológico. No dia 06/06/2023, a paciente realizou uma ultrassonografia das mamas, tendo como laudo um nódulo irregular, hipoecóico, com margens anguladas, paralelo à pele, com padrão combinado de efeito acústico, localizado na topografia do quadrante superior medial (QSM) da mama esquerda medindo 15,6 x 9,7 x 14,0 mm e categoria IV do Sistema BIRADS com indicação de seguimento com estudo histopatológico. Como conduta médica, no dia 15/06/2023 o local da lesão foi marcado com fios cirúrgicos para posicionamento anatômico, transfixado por haste

metálica e a paciente foi submetida à uma ressecção segmentar do quadrante superior medial da mama esquerda (seguimento de mama medindo 3,8 x 3,5 x 2,8 cm), amostra totalmente submetida a exame de parafina. A conclusão foi de tecido mamário totalmente incluído para histologia exibindo: fibroadenoma hialinizado com focos de calcificação estromal, hiperplasia ductal usual, diminutos cistos, atrofia lóbulo-acinar e fibrose, microcalcificações basofílicas intraluminais e de paredes vasculares presentes. Margens superior, inferior, lateral, medial, anterior e profunda livres de lesão. Mediante o resultado do estudo histopatológico, a conduta médica foi de orientação e acompanhamento semestral para exames de rotina das mamas.

Em março de 2024 a paciente retornou para atendimento, apresentando um tumor volumoso, palpável, com lesões ulceradas, secretivo e doloroso localizado em união de quadrantes superiores (UQSS) da mama esquerda. Neste mesmo mês, realizou uma core biópsia que teve como resultado histopatológico carcinoma invasor com imunohistoquímica para receptor de estrogênio e progesterona negativos, HER 2 negativo, Ki de 80% (triplo negativo). Foi indicada a quimioterapia neoadjuvante devido à extensão da lesão, impossibilitando a conduta cirúrgica no momento. Realizou 8 sessões de quimioterapia neoadjuvante, tendo sido a última sessão em 03/10/2024 com resposta satisfatória de redução do tumor, e no dia 04/12/2024 foi submetida à mastectomia radical da mama esquerda sem intercorrências e a peça cirúrgica encaminhada para estudo histopatológico. A conclusão do estudo histopatológico foi: mama esquerda exibindo carcinoma invasivo do tipo não especial (padrão ductal), residual pós quimioterapia (resposta parcial quase completa), grau histológico 1 (Classificação de Nottingham), formação tubular 1, grau nuclear 1 e índice mitótico 1. O leito tumoral mede 4,0 x 3,0 cm, sendo representado por fibrose (70%), infiltrado inflamatório (15%), neoplasia residual (10%) e focos de necrose (5%). Limites superior, inferior, lateral, medial, posterior, mamilo e pele livres de neoplasia. Após a realização da mastectomia radical da mama esquerda, a paciente segue em acompanhamento semestral com exame físico da mama e exames de imagens.

3. DISCUSSÃO

3.1 Epidemiologia

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) prevê que ocorrerão mais de 700 mil casos de câncer no Brasil entre 2024 e 2025. O câncer de mama é um dos tipos de câncer mais comuns no Brasil. Segundo estudo realizado em julho de 2024, 1 em cada 6 mortes por câncer de mama no Brasil envolve mulheres com menos de 50 anos. Isto mostra a importância de iniciar o rastreio desta doença aos 40 anos (INCA, 2023).

3.2. Fatores de risco

Diversos fatores podem contribuir para o desenvolvimento do câncer de mama; entre eles, desequilíbrios hormonais e hábitos de vida pouco saudáveis podem aumentar significativamente o risco da doença. Os fatores de risco mais importantes para o câncer de mama são: sexo feminino, idade superior a 50 anos, obesidade; menopausa precoce (menstruação antes dos 12 anos) e menopausa tardia (após os 55 anos); gravidez tardia (após 35 anos) e nuligesta; ingestão de bebida alcoólica e tabagismo; reposição hormonal durante a menopausa e história familiar/genética. Geralmente, entre 10% a 15% dos cânceres de mama tem algum grau de hereditariedade, a presença da mutação genética hereditária pode ser descoberta por meio de testes genéticos. Algumas mutações genéticas que aumentam o risco de câncer de mama podem ser passadas de pais para filhos, sendo as mais conhecidas como BRCA1 e BRCA2 (INCA, 2023).

3.3. Rastreamento

O diagnóstico precoce é fundamental para reduzir a mortalidade do câncer de mama. Além disso, quando ele é detectado em fases iniciais, o tratamento costuma ser menos agressivo e atingir maiores taxas de cura.

Anualmente, mulheres a partir dos 40 anos devem realizar a mamografia de rastreamento. Dessa forma, podem receber um diagnóstico antes do aparecimento dos sintomas. Além disso, outros exames podem ajudar no diagnóstico de câncer de mama, como a ultrassonografia e a ressonância magnética das mamas.

3.4. Diagnóstico

Vale ressaltar que o diagnóstico definitivo só é realizado após uma biópsia, ou seja, quando se retira um fragmento do nódulo ou lesão por meio de uma extração por agulha ou cirurgia. Em seguida, esse material é analisado por um patologista para concluir se é um câncer.

3.5. Classificação dos tumores malignos da mama

- A.** Tumores epiteliais próprios da mama - (adenocarcinomas): Carcinoma *in situ* ou Carcinoma invasor.
- B.** Tumores epiteliais malignos (adenocarcinomas).
- C.** Tumores não epiteliais.

3.6. Estadiamento do câncer de mama

O tumor de mama pode ser enquadrado em 5 estágios, que vão do 0 ao IV, a partir do grau de disseminação da doença. O principal sistema de estadiamento de tumores na mama é TNM, desenvolvido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC).

Estágio 0

Descreve um câncer de mama em estágio inicial ou não invasivo, denominado de carcinoma ductal *in situ* (CDIS).

Estágio I

Esse estágio descreve o câncer de mama invasivo inicial ou precoce, no qual o tumor mede não mais do que 2 centímetros.

Estágio II

Esse estágio ainda indica a presença de um câncer de mama estágio inicial ou precoce. Ele também conta com subdivisões. O estágio IIA representa um tumor na mama que ainda é pequeno. Pode não haver câncer nos gânglios linfáticos ou ser identificada uma disseminação que atingiu até três linfonodos. O estágio IIB indica que o tumor do seio pode ter até 5 centímetros e ter atingido qualquer gânglio linfático.

Estágio III

Esse estágio indica o desenvolvimento de um câncer de mama localmente avançado que: pode ser um tumor de mama grande (normalmente maior que 5 centímetros); pode ter se espalhado para vários linfonodos axilares ou de outras áreas próximas à mama; pode ter se espalhado para outros tecidos ao redor da mama, como pele, músculos ou costelas.

Estágio IV

Esse estágio indica a presença de um câncer de mama avançado ou metastático. Nessa fase, a doença se disseminou para outros órgãos e tecidos, além das mamas e axilas. Os locais mais comuns de metástases são ossos, fígado, pulmões e cérebro.

3.8. Classificação do BI-RADS

O ACR BI-RADS, portanto, é uma forma padronizada de relatar os achados radiológicos da mamografia, o que reduz em muito o risco de interpretações subjetivas de laudos puramente descritivos e impede que um mesmo achado seja interpretado de forma diferente entre o médico radiologista que realizou o exame e o médico assistente da paciente. As categorias do BI-RADS, recomendações e risco de câncer são:

Categoria 0: exame inconclusivo. Recomenda-se complementar o estudo. Risco de câncer: exame incompleto.

Categoria 1: normal. Recomenda-se exame de rotina anual. Risco de câncer: 0%.

Categoria 2: achado benigno. Recomenda-se exame de rotina anual. Risco de câncer: 0%.

Categoria 3: achado provavelmente benigno. Recomenda-se realizar controle precoce em 6, 12, 24 e 36 meses. Risco de câncer: $\leq 2\%$.

Categoria 4: achado suspeito. Recomenda-se prosseguir investigação: realizar biópsia. Risco de câncer: 3-94%.

Categoria 5: achado altamente suspeito de malignidade. Recomenda-se prosseguir investigação: realizar biópsia. Risco de câncer: $\geq 95\%$.

Categoria 6: malignidade comprovada por biópsia. Recomenda-se o tratamento adequado. Risco de câncer: 100%.

3.9. Tratamento do câncer mama

O tratamento do câncer varia conforme: as características do tumor; a localização do(s) nódulo(s); presença de metástases (outros focos de tumor no corpo); as características biológicas do(a) paciente; as condições do(a) paciente, como idade, presença de comorbidades (como obesidade e cirrose hepática) e proximidade da menopausa, no caso de pacientes mulheres.

As modalidades de terapia do câncer de mama podem ser divididas em tratamento local: cirurgia e radioterapia (além de reconstrução mamária) e tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica.

Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior chance de cura. A depender da agressividade do câncer de mama da paciente, o tratamento pode ter como objetivo prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida. Em alguns casos, a terapia de reposição hormonal (TRH) pode ser indicada, contudo, deve ser feita sob rigoroso controle médico e pelo mínimo de tempo necessário.

4. CONCLUSÃO

Este estudo relata um caso de uma paciente que apresentou lesões neoplásicas, em tempos distintos e com perfis histológicos diferentes. Inicialmente, lesões benignas em mama esquerda, alguns meses após, no anatomopatológico, malignas na mesma mama.

Dessa forma, destaca-se a importância de o médico realizar o exame físico, respeitar a epidemiologia da doença, o perfil de risco da paciente e, a partir dos achados, prosseguir com a conduta preconizada mediante as evidências. Além disso, vale ressaltar que a relação médico-paciente deve ser baseada em confiança.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARDES, N. B., de SÁ, A. C. F., de SOUZA Facioli, L., FERREIRA, M. L., de SÁ, O. R., & de Moura Costa, R. (2019). Câncer de mama x diagnóstico/breast cancer x diagnosis. *ID on line. Revista de psicologia*, 13(44), 877-885.

DRUMOND, D. G.; POLISSENI, F.; VITRAL, G. S. F. *Conduas em ginecologia: do diagnóstico ao tratamento*. Barueri: Editora Manole, 2023. *E-book*. ISBN 9788520461839. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520461839/>.

RODRIGUES, J. D; CRUZ, M. S.; PAIXÃO, A. N. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3163-3176, 2015.

SARTORI, A. C. N.; BASSO, C. S. Câncer de mama: uma breve revisão de literatura. **Perspectiva, Erechim**, v. 43, p. 161, 2019.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58 (1):67-71, 2012.

SILVA, C. H. M.; COUTO, H. L.; JUNIOR, W. J. A. **Manual SOGIMIG de mastologia**. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2018. *E-book*. ISBN 9786557830185. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830185/>.

SHUKAIR, Y.; MONTEIRO, R. V. **Prognostic factors and molecular subtypes in young women with breast cancer**. *Mastology*. São Paulo, v. 32, p. 54-58, agosto, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.29289/2594539420210065>.