

CARCINOMA METASTÁTICO DE MAMA

Metastatic Carcinoma Of The Breast: Case Report

ITO, Lúcia Mioke*****
 DA SILVA, Margarete Lopes*****
 INAFUKO, Marisa Emiko*****
 DE SOUZA, Tânia Regina Bastos*****
 LANDMAN, Gilles*****
 MIYAKE, Neide Toshie****
 ROSSETI, Ricardo Baccaro***
 MACHADO, Carlos D'Apparecida Santos**

ITO, L.M. et al. Carcinoma metastático de mama: relato de caso. Arq. Med ABC, 17(1-2) : 27-29 1994.

Resumo: O Carcinoma metastático inflamatório da mama é uma entidade incomum mas bem conhecida. Relatamos um caso em paciente do sexo feminino, previamente submetida a mastectomia bilateral por adenocarcinoma. O aspecto clínico da pele infiltrada pela neoplasia, pode simular um processo inflamatório ou infeccioso e dar margem à confusão diagnóstica com o eritema observado em consequência a outras patologias como erisipela ou celulite.

Unitermos: Metástase cutânea; Carcinoma metastático inflamatório.

INTRODUÇÃO

Metástases cutâneas de neoplasias internas são incomuns e sua frequência varia de 0,7 a 9,0%. (1,2,5,9-12)

Certos carcinomas apresentam maior tendência ao comprometimento metastático cutâneo, especialmente o carcinoma da mama. (2,3,6). As metástases cutâneas de carcinoma da mama ocorrem quase que exclusivamente em mulheres, tendendo a localizar-se na parede anterior do tronco e geralmente são diagnosticadas após o tumor primário, enquanto que metástases cutâneas de carcinoma pulmonar e renal, geralmente acometem homens, podendo comprometer qualquer área da superfície do tegumento cutâneo e são diagnosticadas, na maioria das vezes, antes do tumor primário. (1). O carcinoma mamário, pulmonar, melanoma, carcinoma espinocelular bucal, neoplasias do cólon, rim, ovário e estômago correspondem a 80-90% dos sítios primários de metástases cutâneas em adultos. (1).

Descrevemos a seguir um caso de metástase cutânea de adenocarcinoma mamário bilateral em paciente do sexo feminino com 48 anos, cujo aspecto clínico era incomum, apresentando sinais inflamatórios.

***** Patologista da F.M. da FUABC

***** Acadêmicos do 6.º ano da E.M. da FUABC

RELATO DE CASO

M.C.S., 48 anos, sexo feminino, branca.

Procurou o nosso serviço queixando-se de alergia no corpo há 3 meses, acompanhada de prurido intenso e calor local, sem quaisquer outros sintomas.

Foi submetida à mastectomia direita há 18 meses, e três meses após à mastectomia esquerda. Vinte e quatro horas após o procedimento cirúrgico foi realizada quimioterapia adjuvante a cada 21 dias com Ciclofosfamida, Metotrexato e Fluoro-uracil, num total de 6 ciclos, seguida de 50 sessões de radioterapia e ainda hormonioterapia adjuvante com Tamoxifeno 20mg por dia durante um ano (dosagem de receptores hormonais+).

Histerectomizada há 10 anos.

Ao exame físico, apresentava-se de regular para mau estado geral, descorada 2+/4+, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, com edema generalizado (anasarca). Na região supraclavicular bilateralmente, apresentava

* Trabalho realizado na disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC (F.M. da FUABC)

** Professor adjunto da F.M. da FUABC

*** Auxiliar de ensino da F.M. da FUABC

**** Residentes do 1.º ano da F.M. da FUABC

linfonodos palpáveis, com 1cm de diâmetro, de consistência lenhosa, fixos e indolores.

Na região torácica anterior, abdominal, deltoídea, escapular e lombar bilateralmente, além dos membros superiores, observava-se máculas, pápulas e nódulos eritemato-violáceos extensos, alguns confluindo em placas infiltradas, de limites imprecisos, borda irregular e elevada, com aumento da temperatura local. As lesões por vezes assumiam aspecto foveolar, circundando áreas de pele de aspecto normal.

Diante do quadro clínico pensou-se em linfoma cutâneo do tipo micose fungóide e/ou hanseníase Virchowiana. O aspecto também lembrava o dos linfomas de células T e as lesões foveolares da hanseníase bordeline.

Foi realizada biópsia de pápula da região inframamária direita que revelou a hematoxilina-eosina, neoplasia imatura de natureza epitelial caracterizada por proliferação de células anaplásicas, com arranjo glanduliforme, dispostas irregularmente, em meio ao tecido conjuntivo.

Em certos campos as células anaplásicas ocupavam o interior de vasos linfáticos. Havia ainda, discreto infiltrado inflamatório mononuclear de perimeio.

A paciente foi encaminhada a um serviço de oncologia e faleceu aproximadamente um ano e meio após o diagnóstico de metástase cutânea. Não foi permitida a realização da necrópsia pelos familiares.

DISCUSSÃO

A disseminação das metástases cutâneas segue um padrão definido e não ao acaso(9). As metástases cutâneas podem ocorrer por contiguidade, continuidade, êmbolos linfáticos, êmbolos hematogênicos ou por implantação acidental durante manuseios com fins diagnósticos e terapêuticos.(6,8). Metástases cutâneas localizadas nas proximidades do carcinoma interno subjacente, sugerem disseminação através de vasos linfáticos(4)., fato que por vezes confere à pele aspecto de infiltração difusa em "peau d'orange".

O aspecto clínico das metástases cutâneas é variado e segundo Mehregan podem manifestar-se de três formas: "Carcinoma inflamatório ou Carcinoma erysipelatodes", "Carcinoma en Cuirasse", ou como "lesão nodular". Os dois primeiros tipos diferem basicamente pelo encontro

de sinais inflamatórios e o terceiro pode ser único ou múltiplo. Comprometer qualquer parte de superfície corpórea é causa de grande dificuldade diagnóstica, uma vez que pode simular inúmeras lesões cutâneas primárias benignas ou malignas(6). Assim sendo as possibilidades de diagnósticos diferenciais são inúmeras incluindo desde a erisipela e celulite, até placas de esclerodermia e lupus eritematoso discóide(2,6).

A aparência saudável do paciente com manifestação cutânea incaracterística de um estágio avançado de disseminação neoplástica, pode conduzir à um diagnóstico errôneo(7,9). O envolvimento cutâneo está incomumente presente no momento do diagnóstico da neoplasia primária, correspondendo a 1,3% e ainda menos frequentemente representa a principal queixa do paciente, correspondendo a 0,8%(5).

Fundamental é a correlação com os dados de anamnese, particularmente o sexo e a localização do crescimento metastático (adjacência a tumor previamente diagnosticado, superposição a cicatrizes resultantes de ressecções cirúrgicas ou regiões submetidas à radioterapia),(7,8). A maioria das metástases cutâneas ocorre em pacientes com 50-70 anos de idade, o que parece apenas refletir a maior incidência de tumores malignos nesta faixa etária(10).

Características clínicas devem ser cuidadosamente observadas como a ausência de febre, dor e leucocitose. Culturas bacterianas são negativas.

Ocasionalmente metástases cutâneas podem estar associadas à sinais inflamatórios ("Carcinoma inflamatório")(4), e segundo Taylor, este tipo de comprometimento ocorre em 4% dos casos de envolvimento cutâneo por carcinoma de mama(6).

Considerando que a morfologia das lesões cutâneas nem sempre é sugestiva, o diagnóstico deve ser confirmado pela biópsia sempre que houver a menor suspeita clínica. O quadro histopatológico demonstra a infiltração cutânea por células de origem extra-cutânea, cuja localização nem sempre pode ser identificada(7).

Lesões cutâneas podem ser a primeira evidência de

metástase após aparente cura do tumor primário(2). Estudos relataram o aparecimento de metástases cutâneas num período de meses até 10 anos após o tratamento inicial.

O prognóstico destes pacientes depende da natureza da neoplasia primária e da resposta à terapêutica. Geralmente é ruim, com sobrevida de meses(2,3,6-8).

CONCLUSÃO

Nosso relato enfatiza a importância das metástases cutâneas como diagnóstico diferencial de lesões cuja morfologia seja incomum. A lesão de pele suspeita pode ser a primeira evidência de metástase mesmo após o tratamento e aparente cura de um tumor primário.

Apesar de ser entidade pouco frequente, devemos suspeitar e biopsiar particularmente úlceras que não cicatrizam, eritema endurecido persistente e nódulos cutâneos inexplicáveis(5).

ITO, L.M. et al. Metastatic carcinoma of the breast: case report. *Arq. Med. ABC*, 17(1-2) : XX-XX, 1994.

Abstract: The inflammatory metastatic carcinoma of the breast is an uncommon but well-known entity. We report a case of a bilateral mastectomy due to adenocarcinoma in a female patient. The clinical appearance of the skin infiltrated by the neoplasm may simulate an inflammatory or infectious process and lead to diagnostic confusion with the erythema found in other diseases as erysipela or cellulite.

Key words: Cutaneous metastasis; inflammatory metastatic carcinoma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- BROWNSTEIN, M.H.; HELWIG, E.B. Metastatic tu-

mors of the skin. *Cancer*, 29: 1928-1307, 1972.

2- BROWNSTEIN, M.H.; HELWIG, E.B. Spread of tumors to the skin. *Arch Dermatol.*, 107: 80-86, 1973.

3- ERENCHUN F.R. Inflammatory metastatic carcinoma. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 17: 784-787, 1991.

4- HAZELRIGG, D.E.; RUDOLPH, A.H. apud REIN GOLD, I.M. Cutaneous metastasis from internal carcinoma. *Cancer*, 19: 162-168, 1966.

5- LOOKINGBILL, D.P. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 22: 19-26, 1990.

6- MEHREGAN, A.H. Metastatic carcinoma to the skin. *Dermatologica*, 123: 311-325, 1961.

7- MURPHY, G.F. *Patologia estrutural e funcional*, 3ª ed., Guanabara-Koogan, 1986, p. 1222.

8- ROSEN, T. Cutaneous metastasis. *Med. Clin. N. Am.*, 64: 885-900, 1980.

9- BROWNSTEIN, M.H.; HELWIG, E.B. Patterns of cutaneous metastasis. *Arch. Dermatol.*, 105: 862-868, 1972.

10- SPENCER, P.S.; HELM, T.N., Skin metastasis in cancer patients. *Cutis*, 39: 119-121, 1987.

11- TEXIER, L. Métastases cutanées des cancers digestifs. *Ann. Dermatol. Vénereol.*, 105: 913-919, 1978.

12- TSCHEN, E.H.; APISARNTHANARAX, P. Inflammatory metastatic carcinoma of the breast. *Arch. Dermatol.*, 117: 120, 1981.

EUGENIA M^a DE LUCENA

Psicopedagoga - Terapeuta Raimon

Rua Nebraska, 90
Telefone: 530-1076

Rua Jesuíno Arruda, 318 - aptº 83
Telefone: 883-3118

Recebido em 03/11/92

Aprovado em 15/02/93.