

Metástases Raras de Carcinoma da Mama – A propósito de um caso clínico

Introdução

O Carcinoma da Mama tem experimentado múltiplos avanços no seu diagnóstico e nas suas opções terapêuticas, que permitiram um aumento global da sobrevivência dos doentes e por consequência, um aumento do risco de metastização à distância¹. Este carcinoma habitualmente está associado a uma disseminação linfática e hematogénica. As metástases à distância mais comuns surgem por ordem decrescente de prevalência, no pulmão, osso, fígado, supra-renal, cérebro, pele e rim^{1,2,3,4,5}.

A metastização para o tracto gastrointestinal é rara e os locais mais frequentemente envolvidos são o estômago e o intestino delgado^{1,2,3,4,5}. As metástases para o cólon e recto são ainda mais raras e têm uma incidência desconhecida, apesar de presentes em 16% dos exames post mortem^{2,4}. O Carcinoma Lobular Invasor da Mama apresenta uma maior tendência para a metastização gastrointestinal^{1,2,4,5}.

Caso Clínico

Identificação

I.S.A.,
71 anos
sexo feminino

História da Doença Actual

Doente submetida a Mastectomia Radical Modificada de Madden à esquerda aos 58 anos, por Carcinoma Lobular Invasor, seguida de Hormonoterapia com Tamoxifeno durante cinco anos.

Oito anos após o diagnóstico inicial iniciou queixas de tenesmo e rectorragias, associadas a anorexia e emagrecimento de cerca de 6Kg, com cerca de 4 meses de evolução.

Exame Objectivo

Toque rectal - Estenose circunferencial dolorosa no recto médio/inferior.
Sem outras alterações.

Exames Auxiliares de Diagnóstico

Estudo analítico – sem alterações.
Mamografia – sem alterações.
Cintigrafia óssea – sem alterações.

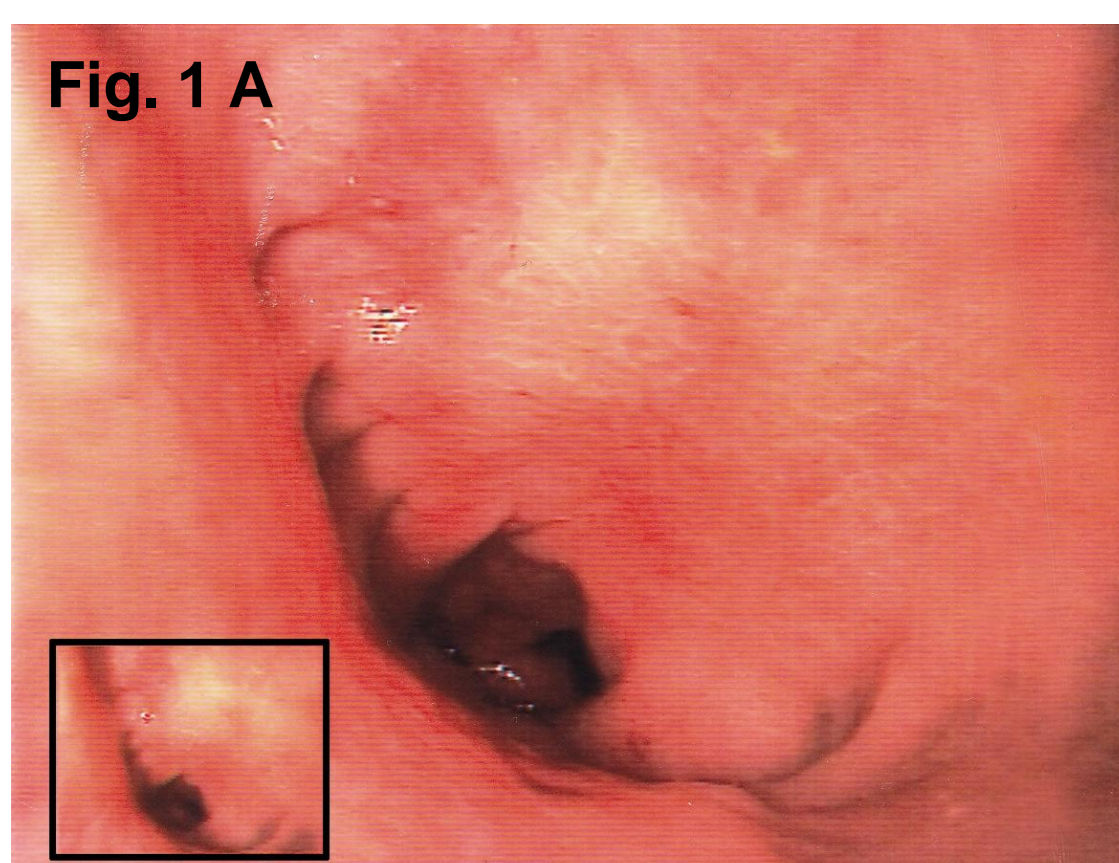


Fig. 1 A - Fibroscopia: Neoplasia infiltrativa e estenosante que envolve a circunferência luminal desde 5-18cm da margem anal. Biópsia

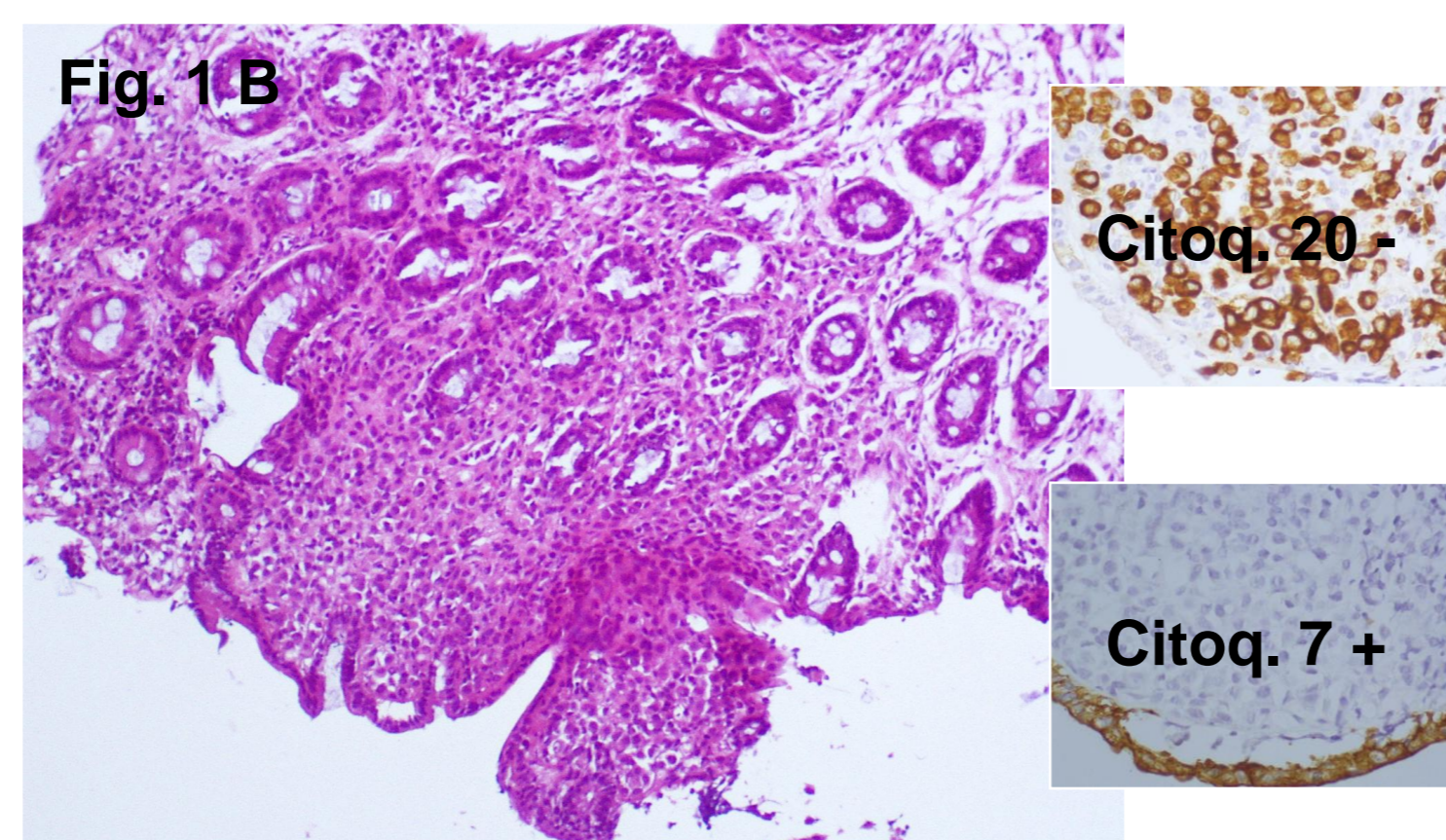


Fig. 1 B (100X) - Biópsia: Envolvimento rectal por carcinoma cujo padrão morfológico e estudo imunohistoquímico sugerem metástase de primário mamário.

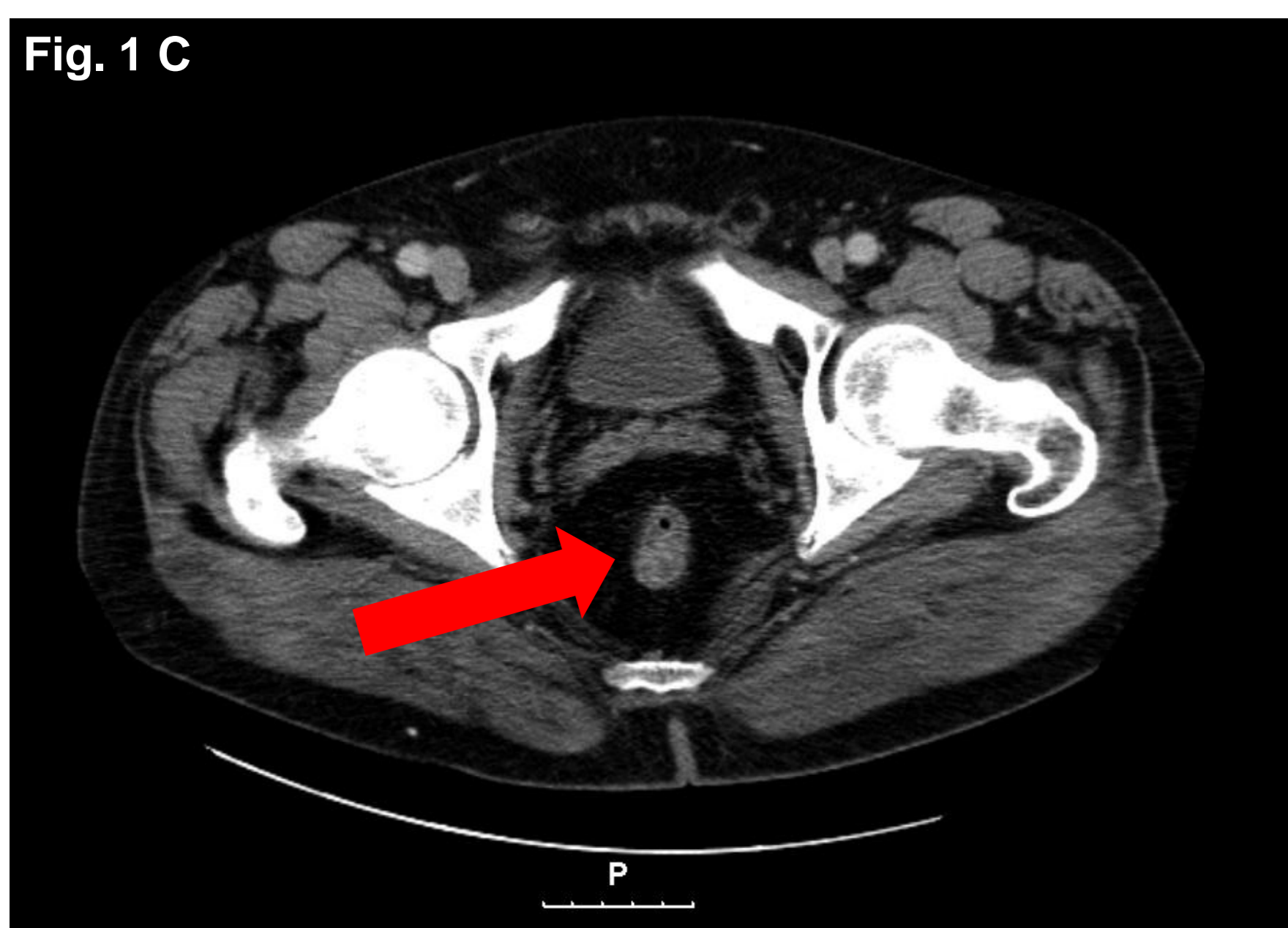
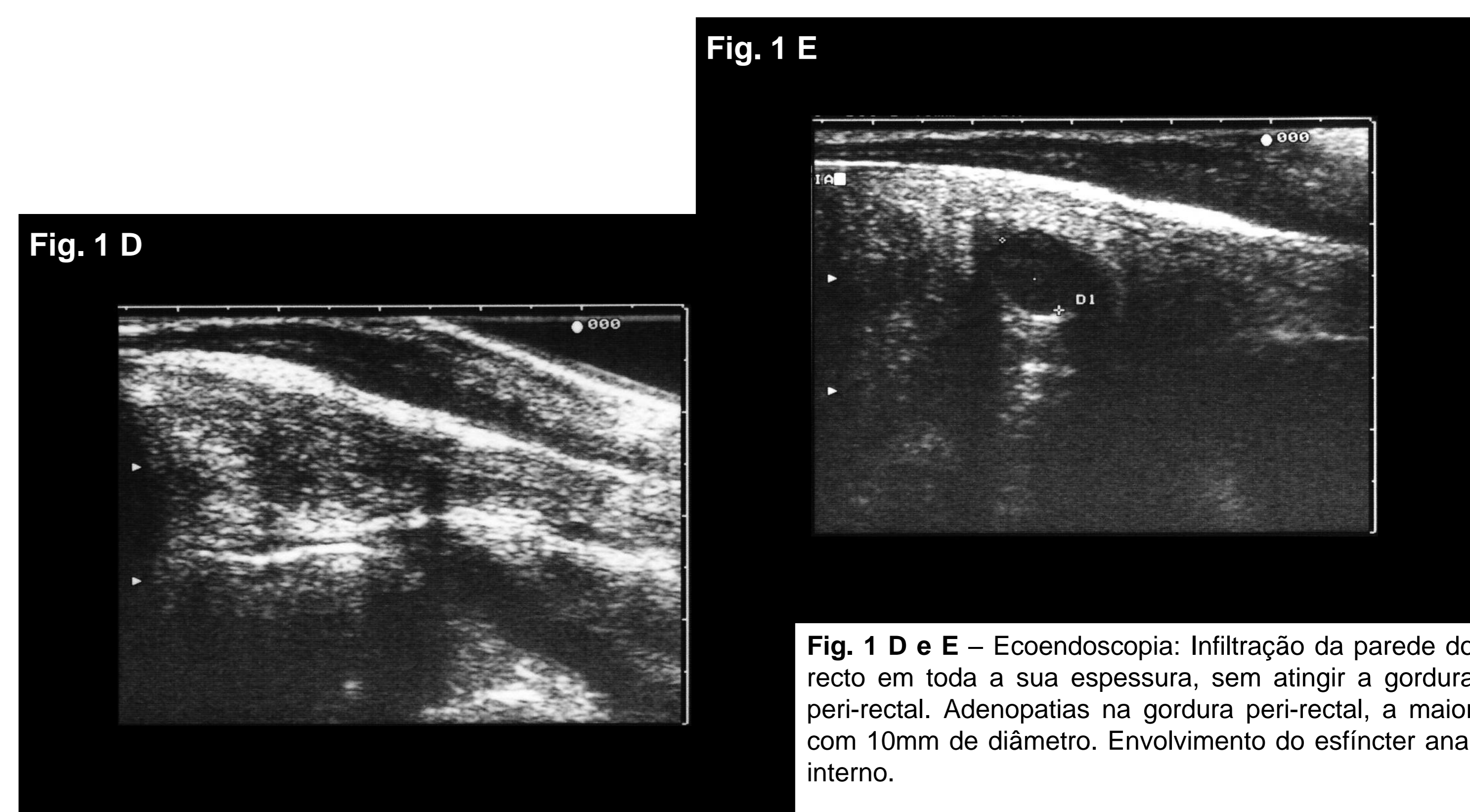


Fig. 1 C - TC toraco-abdomino-pélvico: Ligeiro espessamento das paredes do recto. Espaços peri-rectais livres. Não se visualizam adenomegalias ou outras massas pélvicas. Sem outras alterações.



Cirurgia

Decidido em Consulta de Grupo Oncológico a realização de Ressecção Anterior do Recto ou Amputação Abdomino-perineal. Intra-operatoriamente não foi possível a dissecação do mesorecto, por invasão da fáscia pré-sagrada. Realizada ressecção parcial do recto, com lesão tumoral macroscópica residual, colostomia terminal sigmoideia e apendicectomia, por aparente invasão.

Exame Histológico

Metástases rectal e apendicular de Carcinoma Lobular Invasor da Mama. Fig. 2

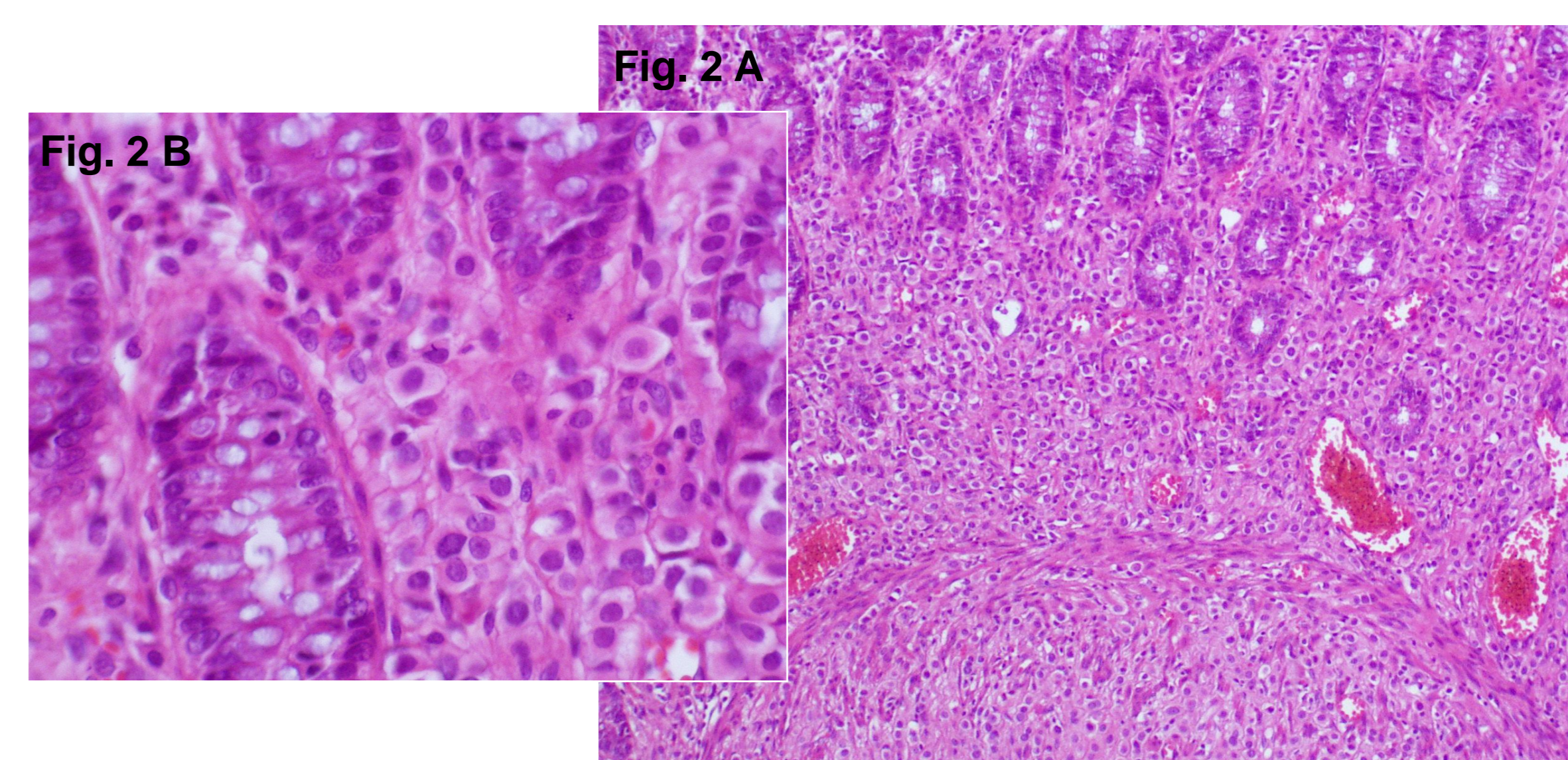


Fig. 2 A e B (100X e 400X) - Envolvimento secundário de toda a espessura da parede rectal por carcinoma invasor, compatível com primário mamário. Metástase num dos gânglios peri-cólicos. Plano cirúrgico interceptou parede rectal envolvida pela neoplasia.

Evolução

Decidido em Consulta de Grupo Oncológico a realização de Quimioterapia paliativa que ainda mantém 4 anos após a cirurgia.
Evidência de metastização pulmonar 6 meses após a cirurgia e de nova metastização cólica 4 anos após a cirurgia.

Conclusão

As metástases do Carcinoma da Mama no tracto gastrointestinal, sobretudo no cólon e recto, são um desafio diagnóstico devido à sua raridade, à sua clínica inespecífica e à sua apresentação imagiológica variável. Nos pacientes com antecedentes de Carcinoma da Mama, estas são menos frequentes do que processos benignos ou malignos primários e exigem um elevado índice de suspeição^{2,4}.

É importante diferenciar a metastização de um primário mamário de um primário intestinal, já que a estratégia terapêutica é diferente^{2,4}. O diagnóstico diferencial deve ser feito por histologia e respectivo estudo imunohistoquímico, comparando a histologia inicial do Carcinoma da Mama com a histologia da metástase suspeita^{1,2,4,5}. A sobrevivência após o diagnóstico é baixa e muito poucos doentes sobrevivem além dos 2 anos².

Referências

1 - Saade M. 2003. *Gastrointestinal Metastases from Breast Cancer: A case Report*. South Med J. 16:175-179.

2 - Uygun K, Kocak Z, Altaner S, Cicin I, Tokatli F, Uzal C. 2006. *Colonic Metastases from Carcinoma of the Breast that Mimicks a Primary Intestinal Cancer*. Yons Med J. 47(4):578-582.

4 - Puapong D, Goldhardt R, Lentz SE, Alshak NS, Abbas MA. 2008. *Invasive Ductal Breast Cancer Metastatic to the Rectum*. Clinical Observations.

4 - Birla R, Mahawar KK, Orizu M, Siddiqui M, Batra A. 2008. *Caecal Metastasis from Breast Cancer Presenting as Intestinal Obstruction*. World J Surg Oncol. 6:47.

5 - Bar-Zohar D, Kluger Y, Michowitz M. 2001. *Breast Cancer Metastasizing to the Rectum*. IMAJ. 3:624-625.