

CARCINOMA LOBULAR INVASIVO DA MAMA COM 10 ANOS DE EVOLUÇÃO

C. RIBEIRO DA FONSECA, M. MANUELA REIS
Serviço de Imagiologia. Hospital de Santo António dos Capuchos. Lisboa.

RESUMO

Apresenta-se o caso clínico de uma doente de 82 anos de idade com o diagnóstico de carcinoma lobular invasivo (CLI) da mama efectuado há 10 anos por exame anatómico-patológico de uma adenopatia axilar esquerda, com clínica e mamografia negativas. O controlo evolutivo tem sido efectuado no nosso Serviço até à presente data. Refere-se a baixa prevalência deste tipo de carcinoma primitivo da mama e discutem-se as principais formas de apresentação clínicas e mamográficas, realçando-se a sua frequente bilateralidade e multifocalidade. Destaca-se o modo involgar de aparecimento e evolução deste caso.

SUMMARY

Invasive Lobular Carcinoma of the Breast with a Ten Year Evolution

The authors present a case of an 82 year old woman with an invasive lobular carcinoma of the breast (ILC) diagnosed ten years ago in a left axillary adenopathy. Physical and mammographic findings appeared as normal. Some considerations are made about the low incidence, the clinical examination and mammographic findings. ILC is reported as being frequently multicentric and bilateral. The uncommon challenge of this clinical case is presented.

INTRODUÇÃO

O CLI é uma forma rara de carcinoma da mama, de difícil diagnóstico clínico, radiológico e citológico, o que condiciona, muitas vezes, um diagnóstico tardio com mau prognóstico¹⁻³.

Apresentamos um caso clínico de uma doente com 82 anos de idade, estudada do ponto de vista imagiológico no nosso serviço desde há 10 anos, altura em que lhe foi diagnosticado CLI por biópsia de gânglio axilar.

Este caso apresenta algumas particularidades pouco comuns nos CLI, nomeadamente a idade avançada da doente, a ausência de sinais cutâneos, a evolução arrastada e a ausência de alterações mamográficas do estroma mamário nos primeiros anos havendo já adenopatias metastáticas.

CASO CLÍNICO

Doente de sexo feminino, de 82 anos de idade, raça branca, seguida na consulta de quimioterapia do Hospital

de Santo António dos Capuchos desde Junho de 1984 com o diagnóstico de carcinoma lobular invasivo (CLI) efectuado por exame anatómico-patológico de uma adenopatia axilar esquerda.

Nos antecedentes ginecológicos há a referir 10 gestas e 9 paras, menarca aos 13 anos e menopausa aos 53. Não tem antecedentes familiares de cancro da mama.

O exame objectivo efectuado em Junho de 1984 revelou a presença de adenopatias axilares esquerdas pouco numerosas, de consistência dura e com mobilidade reduzida à palpação.

Efectuou mamografia que não revelou sinais directos ou indirectos de malignidade a nível dos corpos mamários. Nas incidências realizadas para visualização dos prolongamentos axilares (*Fig. 1*) identificaram-se algumas formações nodulares densas e heterogéneas em relação com adenopatias de carácter suspeito (a maior medindo cerca de 6 cm de diâmetro).

O exame histológico efectuado a uma destas formações revelou tratar-se de metástase ganglionar axilar de CLI.



Fig. 1 – Prolongamento axilar esquerdo - adenopatias.

Após diagnóstico iniciou quimioterapia (hormonoterapia). O controlo evolutivo (clínico e imagiológico) tem sido efectuado no nosso hospital até à presente data.

Nos exames mamográficos e ecográficos realizados verificou-se uma gradual redução do número e dimensões das formações adenopáticas axilares até Março de 89, altura em que se observou um agravamento progressivo da situação clínica registando-se, em Julho de 1990 (Fig. 2), o aparecimento de nódulo localizado ao quadrante infero-interno da mama esquerda associado a um considerável aumento das adenopatias axilares homolaterais. A imagem observada no seio esquerdo apresenta-se sob a forma de condensação nodular com cerca de 4 mm de diâmetro, de limites relativamente bem definidos, homogênea e de fraca radiodensidade.

A doente tem permanecido assintomática e as ecografias abdominais, e cervicais, bem como os estudos tomodensitométricos (TDM) do tórax têm-se revelado negativos durante este período (à excepção das adenopatias referidas).

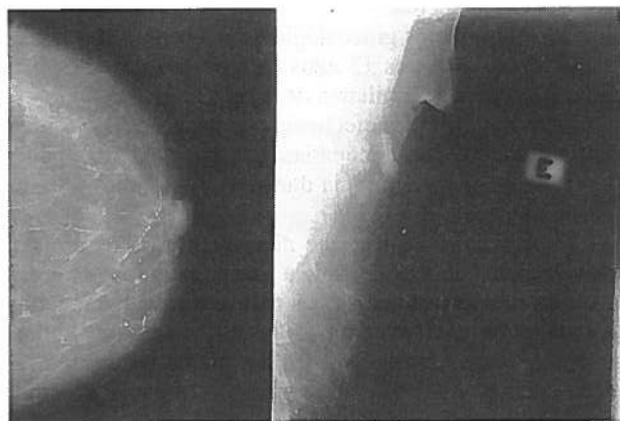


Fig. 2 – Prolongamento axilar esquerdo e incidência craneo-caudal esquerda - adenopatias axilares e nódulo no quadrante infero - interno esquerdo

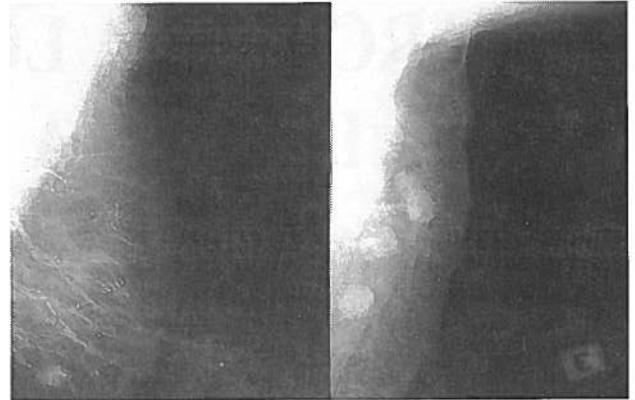


Fig. 3 – Prolongamento axilar esquerdo e perfil esquerdo - adenopatias axilares e nódulo no quadrante infero - interno esquerdo

Em Maio de 1992 (Fig. 3) verificou-se um aumento das dimensões do nódulo mamário (12mm de diâmetro), altura em que é instituída radioterapia adjuvante.

No último exame mamográfico (Janeiro de 1994) (Fig. 4) registamos uma nova redução do número e dimensões das formações ganglionares (a de maiores dimensões mede agora cerca de 2,5 mm) bem como da condensação nodular do seio esquerdo (6 mm de diâmetro).

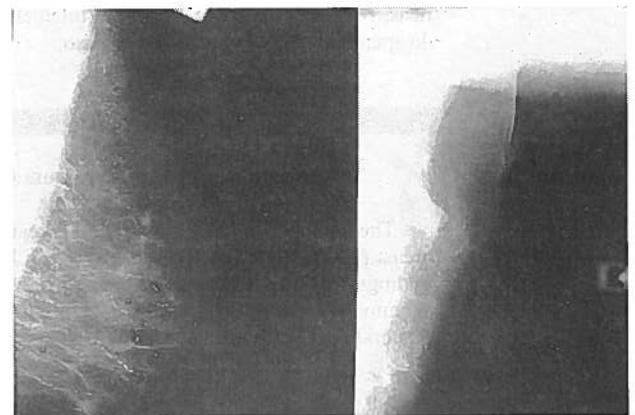


Fig. 4 – Prolongamento axilar esquerdo e perfil esquerdo - adenopatias axilares e nódulo no quadrante infero - interno esquerdo

No estudo TDM do tórax realizado em Maio de 93 (fig. 5) identificámos várias pequenas imagens nodulares distribuídas pela periferia de ambos os campos pulmonares compatíveis com formações secundárias.

A doente tem continuado assintomática e efectuou novo ciclo de terapêutica citostática.

Em Novembro de 93 realizou-se novo estudo TDM torácico que mostrou uma redução volumétrica das lesões secundárias pulmonares.

DISCUSSÃO

O CLI é uma forma invasiva de carcinoma lobular que se desenvolve a partir dos canálculos terminais intralobulares respeitando a parte proximal dos galactóforos^{4,5}.

É um tipo raro de carcinoma primário da mama, sendo referida, pela maioria dos autores, uma incidência inferi-

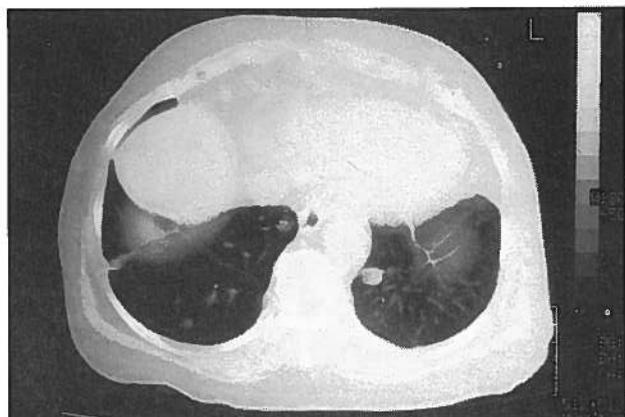


Fig. 5 – TC do tórax - imagens nodulares na periferia dos campos pulmonares.

or a 10%^{1,3,4,6-9}. Associa-se frequentemente a outros tipos anatomo-patológicos de tumores e verifica-se a presença de receptores de estrogêneos em cerca de 90% dos casos⁴. Tem-se registado uma prevalência etária na perimenopausa, o que não aconteceu no nosso caso clínico.

Do ponto de vista clínico o diagnóstico do CLI apresenta-se difícil pela variabilidade de formas de apresentação. Em muitos casos aparece como um tumor mal definido e a maioria dos autores refere como sinais clínicos mais frequentes a retracção e o espessamento cutâneo a que se pode associar uma retracção mamilar^{2,7,8}, aspectos que não encontramos no nosso caso clínico. Em pelo menos 11% dos CLI o exame físico apresenta-se negativo.

Os aspectos imagiológicos são muitas vezes atípicos constituindo o diagnóstico uma surpresa histológica⁶. As formas de apresentação na mamografia são características, assim segundo alguns autores o CLI pode traduzir-se como opacidades espiculadas, distorções trabeculares e menos frequentemente sob a forma de opacidades mal definidas ou de aspectos subtis de assimetria entre áreas mamárias homólogas^{2,6-8,10,11,13}.

O aspecto mais concordante para a maioria dos autores está relacionado com a baixa densidade das imagens mamográficas resultante do padrão de crescimento do CLI que infiltra difusamente os tecidos preservando o tecido glandular de base e a arquitetura ductal, condicionando fraca reacção conjuntiva^{5,7}.

A tendência para focos tumorais multicêntricos que o CLI possui com interposição de tecido normal contribui para a baixa densidade e má definição deste tipo de lesões na mamografia.

Estas características conduzem a uma elevada percentagem de variação de apresentação nas diferentes incidências ou a aspectos apenas identificáveis numa só incidência. Curiosamente alguns autores referem uma melhor visibilidade dos achados mamográficos nas incidências craneo-caudais⁷.

O CLI apresenta uma baixa prevalência de microcalcificações dado que raramente invade e/ou obstrui os ductos, o que contribui para a dificuldade diagnóstica deste tipo de tumores. A tradução radiológica é ainda dificultada pelas elevadas taxas de bilateralidade e de multifocali-

dade. Há mesmo autores que aconselham a execução de biópsia no seio contra lateral em doentes com CLI⁹. A existência de tumor multicêntrico é referida como factor potencial para a bilateralidade.

Os achados mamográficos são assim negativos em pelo menos 10% dos casos de CLI. O número de falsos-negativos é ainda cerca do dobro para o CLI comparativamente com o carcinoma ductal⁸.

Também o diagnóstico ecográfico se apresenta difícil podendo traduzir-se por diferentes tipos de lacunas ou de imagens falsamente enganadoras de tipo pseudo-benigno.

A maioria dos autores sugere a realização de biópsia perante a existência de um exame físico suspeito mesmo com sinais radiológicos subtis de malignidade^{2,7}.

Segundo um dos trabalhos mais recentes o factor prognóstico mais importante numa doente com carcinoma mamário é a presença de adenopatias axilares aquando do diagnóstico, sendo maior a percentagem de metástases ganglionares axilares nos CLI que em todos os outros carcinomas da mama, sugerindo assim pior prognóstico para este tipo de tumores¹².

O nosso caso clínico é um pouco invulgar dado que o diagnóstico foi efectuado a partir de adenopatia axilar e a doente permanece clinicamente estável desde há 10 anos.

CONCLUSÃO

Neste trabalho efectua-se uma breve síntese dos aspectos mais relevantes relacionados com o CLI. Verifica-se uma grande variabilidade de apresentação deste tipo de carcinomas, quer do ponto de vista clínico, quer radiológico e mesmo anatomo-patológico.

O CLI é mais difícil de diagnosticar que os outros tipos de tumores, a imagem é muitas vezes atípica, enganosa ou mesmo negativa devendo todo o esforço ser orientado para a análise dos achados físicos.

BIBLIOGRAFIA

1. GOU MOT PIERRE-ALAIN: *Le sein, son image*. Vigot 1993; 362-364, 391
2. LE GAL MICHELLE OLIVIER: *Mammographic features of 455 invasive lobular carcinoma*. Radiology 1992; 185: 705 - 708
3. TRISTAN, HENRI: *Mammographie et ecographie mammaire, de l'image au diagnostic*. Flammarion 1988; 47-49: 170-171
4. GRUMBACH Y, CORACO M H: *Semiologie Mammographique et Ecographique des cancers du sein*. Cepur 1990; 10: 39-47
5. POWELL E DEBORAL: *The Diagnosis and Detection of Breast Diseases*. Mosby 1994; 106-108 e 329-331
6. CUNHA CLAUDIO: *Atlas de Imagiologia da Mama*. Centro de Senologia Dr. E. Passos Ângelo, Dr. Cláudio Cunha 1990: 232-234
7. HILLEREN DAVID: *Invasive lobular carcinoma. Mammographic findings in a 10 years experience*. Radiology 1991; 178: 149-154
8. NEWSTEAD GILLIAN: *Invasive lobular and ductal carcinoma: mammographic findings and stage of diagnosis*. Radiology 1992; 184: 623-627
9. SIMKOVICH ALEXANDRA: *Role of contralateral breast biopsy in infiltrating lobular cancer*. Surgery 1993; 114: 555-557
10. KLEITZ C, HAECHEMEL P: *Semiologie radiologique des cancers du sein*. Journal du Cepur 1984; 4: 263-275
11. TRENT A LE, DILHUYDY M H: *Mammographie - guide d'interprétation*. Arnette, 1988: 81-94
12. BORST MARILYN: *Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast*. Surgery 1993; 114: 637-642
13. KRECKE KARL: *Invasive lobular carcinoma of the breast: mammographic findings and extent of disease at diagnosis in 184 patients*. AJR 1993; 161: 957-960