

CÂNCER OCULTO DA MAMA

OCCULT BREAST CANCER

AYLTON ALBERNAZ DIAS¹, DIEGO DE OLIVEIRA SILVA¹, FERNANDO COSTA ABREU FILHO¹, JOSIMAR OLIVEIRA DA SILVA¹, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA¹, IZADORA CAIADO OLIVEIRA¹, JOÃO GABRIEL FRANCO LOPES¹, JOÃO BOSCO MACHADO DA SILVEIRA², JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA¹

RESUMO

O carcinoma oculto de mama é definido como aquele que se apresenta com metástase nos linfonodos axilares sem evidência clínica em mama supranumerária ou acessória. Objetivo: O presente estudo tem por objetivo analisar e descrever o câncer oculto de mama, bem como sua forma de manifestação clínica, diagnóstico e tratamento. Resultados: A análise dos linfonodos locais e adjacentes à mama, por meio da ultrassonografia associada a biópsia demonstrou-se favorável ao preciso diagnóstico dessa patologia. Conclusão: Tendo sido avaliado e identificado corretamente, esse carcinoma possui boa resposta à mastectomia radical, associada a tratamento adjuvante com quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia quando necessários.

PALAVRAS CHAVE: CÂNCER DE MAMA OCULTO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO

ABSTRACT

Occult breast cancer is defined as one that presents with metastasis in the axillary lymph nodes without clinical evidence in a supernumerary or accessory breast. Objective: The present study aims to analyze and describe occult breast cancer, as well as its clinical manifestation, diagnosis and treatment. Results: The analysis of local and adjacent lymph nodes to the breast, by means of ultrasound associated with biopsy, proved to be favorable for the accurate diagnosis of this pathology. Conclusion: Having been correctly evaluated and identified, this carcinoma has a good response to radical mastectomy, associated with complementary exams and chemotherapy.

KEYWORDS: HIDDEN BREAST CANCER, DIAGNOSIS, TREATMENT

INTRODUÇÃO

Define-se como aquele que se apresenta com metástase nos linfonodos axilares sem evidência clínica, mamográfica, ultrassonográfica e ressonância de tumor primário na glândula mamária ou nos prolongamentos axilares, em mama supranumerária ou acessória. A linfadenopatia axilar é compatível com o diagnóstico de câncer confirmados com o anatomopatológico e a imuno-histoquímica. Foi descrito pela primeira vez por Halsted em 1907 como glândulas axilares neoplásicas com câncer não demonstrável na mama¹.

Entende-se como uma forma rara de apresentação do carcinoma mamário, representando de 0,3 a 1% dos casos, com pico de incidência por volta dos 55 anos de idade. O adenocarcinoma é o diagnóstico histopatológico mais frequente em biópsia de linfonodos axilares suspeitos. Mes-

mo não confirmando o sítio primário, o adenocarcinoma, comumente se origina da mama, sobretudo se os receptores hormonais forem positivos².

No contexto atual da pandemia por Covid-19 é necessário considerar o histórico recente de vacinação como possível diagnóstico diferencial, evitando biópsias desnecessárias (Figura 2).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As características que podem levar a suspeitas de origem neoplásica são: linfonodos endurecidos com mais de 1 cm, sem sinais inflamatórios locais, presentes há mais de 30 dias e numa única cadeia linfonodal³.

DIAGNÓSTICO

Os exames iniciais são mamografia, ultrassonografia

1 - Universidade Federal de Goiás (UFG).

2 - Academia Brasileira de Mastologia.

ENDEREÇO

AYLTON ALBERNAZ DIAS
Av. Dr José Hermano N.303, Goiânia
GO, 74865-090

mamária e radiografia de tórax; que, se forem normais deve-se proceder à análise histopatológica linfonodal.

A mamografia (Figura 4) e ultrassonografia evidenciam linfonodos aumentados, sem identificar alteração imagiológica no parênquima glandular. A ressonância magnética, pela sua alta sensibilidade, é o exame de eleição para confirmação diagnóstica⁴.

A avaliação ultrassonográfica do linfonodo deve conter, tamanho, forma (ovalada, redonda ou irregular), margem circunscrita ou não, espessamento da cortical (uniforme ou focal). Na ultrassonografia, o linfonodo axilar normal, geralmente apresenta diâmetro transversal menor que 8 mm, mas pode estar aumentado, com diâmetro de até 12-13 mm e eixo longitudinal de até 25 mm, evidenciando hilo hiperecogênico, córtex hipocogênica fina e poucos vasos ao Doppler (Figura 1). O linfonodo metastático apresenta aumento do diâmetro transversal e espessamento das regiões corticais⁵.

Os linfonodos normais apresentam, na ultrassonografia, cortical fina ou praticamente não visível ou cortical visível regular com até 2 mm. Os linfonodos reacionais inflamatórios apresentam cortical visível e maior que 2 mm, porém com hilo hiperecogênico centrado e regular (Figura 2). Linfonodos com cortical com mais de 2 mm e com lobulações, podem estar relacionados a processos inflamatórios, mas não se pode descartar acometimento secundário. Já os linfonodos com lobulações ou espessamento focal da cortical são suspeitos de acometimento secundário (Figuras 5 e 6), e o linfonodo todo hipocogênico, com hilo rechaçado para a periferia ou ausente, frequentemente estão associados a acometimento secundário metastático com alta carga tumoral (Figuras 7 e 8)⁶.

A biópsia do linfonodo pode ser feita por punção aspirativa por agulha fina (PAAF), core biopsy ou excisional, a depender da experiência do ultrassonografista, da profundidade da lesão e da prática do citopatologista (Figura 9). A biópsia por agulha grossa tem a vantagem de ter resultado histopatológico, no entanto deve ser empregada com cautela quando os linfonodos se situarem junto aos vasos⁷.

Deve-se pensar em diagnóstico diferencial para carcinoma de tireoide, pulmão, estômago, pâncreas, cólon, melanoma e linfomas.

TRATAMENTO

Tradicionalmente o câncer oculto da mama era tratado com mastectomia radical. A Ressonância Magnética, exame de alta sensibilidade e especificidade, é o exame de eleição quando não se observa alteração mamária e existe doença axilar. Pode facilitar a identificação do câncer oculto mamário e assim ajudar na escolha da melhor forma de tratamento³.

A quimioterapia, a terapia endócrina ou a terapia anti-HER-2 segue as recomendações para doença estágio II ou III.

A terapia sistêmica neoadjuvante deve ser conside-

rada, sobretudo para pacientes com comprometimento nodal importante (N2-N3), após estadiamento sistêmico para a presença de metástases à distância⁴.

O tratamento sistêmico segue o protocolo de quimioterapia do câncer de mama⁵.

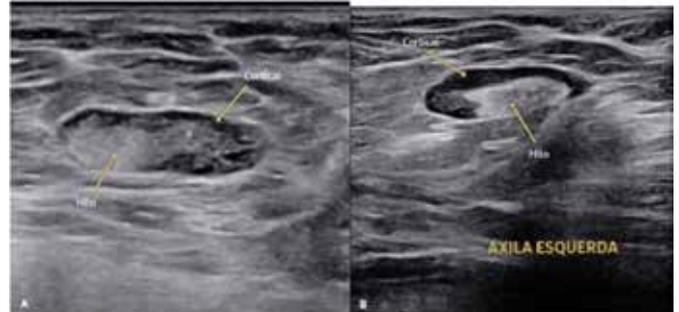


Figura 1 - Linfonodos axilares normais. A. Linfonodo axilar apresentando, na ultrassonografia, cortical fina ou praticamente não visível. B. Linfonodo axilar apresentando, na ultrassonografia, cortical visível regular com até 2 mm.



Figura 2 - Ultrassonografia. Linfonodos reacionais inflamatórios em axila direita de mulher submetida a vacina da Covid-19. A e B. Linfonodos apresentam cortical visível e maior que 2 mm, porém com hilo hiperecogênico centrado e regular.



Figura 3 - Ultrassonografia. Linfonodos axilares todos hipocogênicos, com hilo rechaçado para a periferia ou ausente, frequentemente estão associados a acometimento secundário metastático com alta carga tumoral.

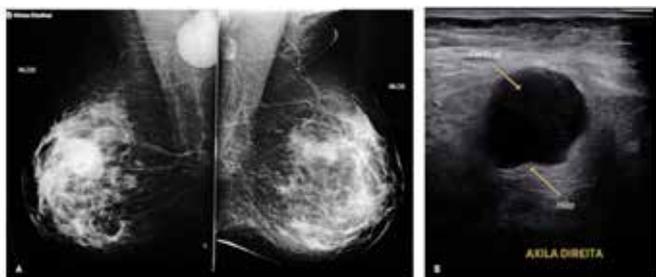


Figura 4 - A. Mamografia evidenciando linfonodo hipertrófico em axila direita. B. Ultrassonografia. Linfonodo todo hipocogênico, com hilo rechaçado para a periferia, associado a acometimento secundário metastático, em axila direita, por neoplasia mamária.



Figura 7 - Ultrassonografia. Linfonodo mostrando cortical espessada e com lobulações, hilo rechaçado para a periferia associado a acometimento secundário metastático em axila, por carcinoma mamário.



Figura 5 - Ultrassonografia. Linfonodos com cortical espessada e lobulações (seta 1), linfonodo todo hipocogênico, com hilo rechaçado para a periferia (seta 2) associados a acometimento secundário metastático em axila direita por neoplasia mamária.



Figura 8 - Ultrassonografia apresentando vários linfonodos mostrando cortical espessada e com lobulações e outros linfonodos todos hipocogênicos, com hilo rechaçado para a periferia, associados a acometimento secundário metastático em axila, por neoplasia mamária.



Figura 6 - Ultrassonografia. Linfonodo mostrando cortical com mais de 2 mm e com lobulações e hilo rechaçado para a periferia associado a acometimento secundário metastático em axila, por carcinoma mamário.



Figura 9 - Biópsia de linfonodo axilar feita por punção aspirativa por agulha fina (PAAF), guiada por ultrassonografia.

CONCLUSÃO

O câncer oculto da mama é uma forma rara de manifestação do carcinoma mamário, com representação aproximada de 0,3% a 1% dos casos, no qual o pico de incidência registrado se dá por volta dos 55 anos de idade. Linfonodos endurecidos com mais de 1 cm, sem sinais inflamatórios locais, presentes há mais de 30 dias e numa única cadeia linfonodal são considerados sinais característicos suspeitos de origem neoplásica. Devido à sua alta sensibilidade, a ressonância magnética é considerada o exame padrão-ouro para confirmação de seu diagnóstico. O linfonodo metastático apresenta aumento do diâmetro transversal e espessamento das regiões corticais. Tradicionalmente, o câncer oculto da mama é tratado com mastectomia radical, apresentando bons resultados principalmente quando identificado e avaliado de forma correta, principalmente quando associada a exames complementares e quimioterapia. Ademais, o tratamento sistêmico segue o protocolo de quimioterapia do câncer de mama⁶⁻⁸.

REFERÊNCIAS

- 1- Colan-Georges A. Atlas de Ultrassonografia da mama completa. São Paulo: Dilivros 2019.
- 2- Bedi DG, Krishnamurth R, Krishnamurth S, Edeiken BS, Le-Petross h, Fornage BD e t al. Cortical morphologic features of axillary lymph nodes as a predictor of metastasis in breast cancer. In vitro sonographic study. AJR Am J Roentgenol 2008 sep;191(3):646-52.
- 3- Bagnoli F et al. Mastologia: do diagnóstico ao tratamento 2ª edição Goiânia: Conexão Propaganda e Editora, 2022.
- 4- Boff RA, Carli et al. Compêndio de Mastologia. Abordagem multidisciplinar. Lemar, 2022.
- 5- Chagas CR, Menke CH, Vieira RJS, Boff RA. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.
- 6- Girão MJBC, Baracat EC, Rodrigues de Lima G. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- 7- Jay R. Harris et al. Doenças da Mama. 5. ed. Rio de Janeiro. Di Livros, 2016.
- 8- Porto e Porto. Semiologia Médica, 8. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2019.