

## NEOPLASIA DE MAMA E RETO COM METÁSTASE EM PULMÃO

Beatriz França do Vale<sup>1</sup>;  
Karolyne Gomes Miranda<sup>1</sup>;  
Lucas da Mota Louredo<sup>1</sup>;  
Rebecca Cota Faria Pacheco<sup>1</sup>;  
Victória Santos Marques Pereira<sup>1</sup>;  
João Ormino Beltrão Barros<sup>2</sup>.

### Resumo

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. O câncer colorretal entende-se tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Este estudo teve por objetivo relatar o caso de câncer de mama concomitante a um câncer de reto com metástase pulmonar. Mulher com 42 anos de idade com queixa de nódulo mamário em mama direita, diagnosticado com carcinoma mamário infiltrante tratado inicialmente com quimioterápico e após com mastectomia parcial de QSL. No acompanhamento foi realizado tomografia computadorizada de tórax que revelou metástase nos pulmões que, por meio de histoquímica, cujo padrão imunorreativo indica tratar-se de origem em trato colorretal. Com a colonoscopia, foi visto a presença de neoplasia maligna de reto que culminou em tratamento quimioterápico, radioterápico e por fim colectomia parcial e linfodectomia. Desse modo, os tratamentos sugeridos para cada neoplasia concordam com o que a literatura evidencia e que esse caso pode ser classificado como neoplasias múltiplas primárias que é o aparecimento de uma segunda neoplasia com histologia e sítio diferentes da primeira. Nesse caso, ainda, teve o agravamento de uma metástase pulmonar o que nos mostra que a importância do acompanhamento após o diagnóstico e tratamento de uma primeira neoplasia, para que seja suficiente para identificar fatores de risco e identificar uma segunda neoplasia maligna primária.

**Palavras-chave:** Neoplasia de mama e reto. Metástase. Neoplasias múltiplas primárias.

## BREAST NEOPLASIA AND RECTUM WITH METASTASIS IN LUNG

### Abstract

Breast cancer is the second most common type of cancer among women in the world and in Brazil, accounting for about 28% of new cases each year. Colorectal cancer is defined as tumors that affect a segment of the large intestine (the colon) and the rectum. Much of these tumors start from polyps, benign lesions that can grow on the inner wall of the large intestine. This study aimed to report the case of breast cancer concomitant with a cancer of the rectum with pulmonary metastasis. A 42-year-old woman complaining of a breast nodule on the right breast, diagnosed with infiltrating mammary carcinoma initially treated with chemotherapy, and then with partial mastectomy of QSL. In the follow-up, a chest computed tomography scan revealed metastasis to the lungs. The histochemistry showed that the immunoreactive pattern indicated that it was a colorectal tract. With colonoscopy, the presence of malignant neoplasia of the rectum was observed, culminating in chemotherapy, radiotherapy and partial colectomy and lymphodectomy. Thus, the treatments suggested for each neoplasia agree with what the literature shows and this case can be classified as primary multiple neoplasias which is the appearance of a second neoplasm with histology and site different from the first. In this case, it also had the worsening of a pulmonary metastasis which shows us the importance of follow-up after the diagnosis and treatment of a first neoplasm, so that it is sufficient to identify risk factors and to identify a second primary malignant neoplasm.

**Key words:** Breast and rectum neoplasia. Metastasis. Primary multiple neoplasms.

<sup>1</sup>Discente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil

<sup>2</sup>Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil. Email: jbeltraobarros@hotmail.com

## Introdução

O câncer é uma doença multifatorial, com uma marcante heterogeneidade devido a alterações genéticas, epigenéticas e transcricional que envolvem uma miríade de genes e proteínas, que alteram o desenvolvimento das células como um todo, dando origem a uma neoplasia maligna. (MORA et al., 2014).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, atrás do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. Ele também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Apresentou uma taxa de mortalidade de 7,41% entre os anos de 2011 e 2015. A idade, assim como em vários outros tipos de câncer, é um dos principais fatores que aumentam o risco de se desenvolver câncer de mama. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento aumentam o risco (INCA, 2018).

O câncer colorretal entende-se tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso (ROBBINS, 2010).

Como fator de risco cita-se idade acima de 50 anos, história familiar de câncer colorretal, história pessoal da doença, além de obesidade e inatividade física. Além de doenças inflamatórias do intestino, como retocolite ulcerativa crônica e doença de Crohn, bem como doenças hereditárias, como polipose adenomatosa familiar (FAP) e câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC) (INCA, 2018).

Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de câncer de mama concomitante a um câncer de reto com metástase em pulmão.

## 2. Descrição do caso

Mulher, 42 anos de idade, G2P2A0, ciclo menstrual regular, vai à consulta no dia 16/11/2016 referindo nódulo em mama direita há dois meses. Nega uso de medicamentos, nega tabagismo e etilismo, nega antecedentes familiares neoplásicos, mãe e irmã com diabetes mellitus. Ao realizar mamografia foi identificado nódulo em mama direita e, a partir da ecografia, localizou-se o nódulo de 1 cm no quadrante superior lateral da mama direita. Como conduta inicial foi solicitado uma biópsia cutânea. A Biópsia Core realizada em 17/11/2016 revelou Carcinoma Mamário infiltrante de tipo não especial (ductal, SOE), grau histológico intermediário, formação tubular 3, grau nuclear 2 e índice

mitótico 1. Paciente foi submetida a tratamento quimioterápico por cerca de 1 mês, após esse período foi solicitado outra biópsia.

Como resultado da biópsia realizada no dia 18/12/2016, Carcinoma mamário infiltrante com traços medulares de QSL em mama direita, medindo 3,0x2,0x2,0 cm. Neoplasia de bordas de crescimento tipo expansivo, infiltrado de linfócitos peritumoral moderado; infiltrado linfócito estromal moderado; invasão angiolinfática peritumoral presente; invasão cutânea ausente; margens cirúrgicas livres (menor margem em bordo profundo com 0,2 cm). Linfonodos axilares: macrometástases para 3 linfonodos (3/19). Estadiamento patológico pT2, pN1a.. e estadiamento agrupado II B.

Foi realizado procedimento de mastectomia parcial do QSL de mama direita no mesmo dia. Após a cirurgia foi realizada outra biópsia para diagnóstico trans-operatório por congelação o com resultado de margem medial, lateral, inferior, profunda e superior livres; Linfonodos com metástase 02/07.

Em retorno à área oncológica, foi solicitado tomografia computadorizada de tórax para acompanhamento. No laudo de 11/07/2017, foi encontrado diminutos nódulos pulmonares não calcificados (incharacterísticos), menores que 0,5cm, esparsos. Restante de parênquima pulmonar com coeficiente de atenuação preservado. Espaço pleural livre.

Foi submetido biópsia dos nódulos pulmonares (Tecido pulmonar do LSD). O laudo de 15/01/2018 descreveu nódulo subpleural constituído por metástase de adenocarcinoma bem diferenciado com padrão tubular bem constituído, não se nota comprometimento pleural, margens cirúrgicas livres. Foi realizado em complemento um exame imuno-histoquímico para caracterização de sítio primário, no dia 25/01/2018, o que demonstrou metástase pulmonar de adenocarcinoma cujo padrão imunorreativo indica tratar-se de origem em trato colorretal. Como proposta de intervenção foi prescrito quimioterapia.

Dia 06/02/2018 foi realizada colonoscopia com os seguintes resultados:

Reto e cólon: em reto inferior, juntos ao canal anal observa-se grande lesão úlcero-infiltrante, irregular, friável, fundo necrótico (indicativo de biópsia).

Grande lesão úlcero-infiltrante em reto inferior suspeita de adenocarcinoma.

No dia 21/07/2018 foi realizada tomografia computadorizada do abdome inferior com descrição de espessamento irregular das paredes do reto, em suas porções medial, superior e inferior, associado com edema de gordura perirretal, assim como espessamento da fáscia adjacente. Esta alteração é de provável natureza neoplásica. Observa-se presença de linfonodos pararretais

com dimensões menores que 0,3cm, considerado dentro dos limites da normalidade, porém em número superior.

A intervenção proposta e realizada foi radioterapia com acelerador linear pelo diagnóstico de neoplasia maligna do reto em 06/08/2018. Após foi solicitada quimioterapia do carcinoma de reto.

No dia 17/08/2018 foi realizada ressonância magnética da pelve, com diagnóstico de controle do tratamento químico e radioterápico de neoplasia de reto para programação cirúrgica. Espessamento parietal irregular do reto médio provavelmente relacionado a lesão neoplásica com infiltração no intestino colorretal adjacente, conforme descrito acima.

No dia 05/09/2018 assinado termo consentimento para cirurgia de colectomia mais linfodectomia. Paciente com quadro estável pós-operatório recebeu alta 13/09/2018.

### 3. Discussão

Inicialmente, detectou-se a presença de nódulo na mama, o que, segundo Rodrigues (2016), é um dos principais sinais encontrados durante uma palpação, levando as mulheres a ficarem intrigadas. No caso da paciente, foi diagnosticada a presença de carcinoma mamário, logo foi indicada para a quimioterapia, a qual segundo Otani et al. (2015) é considerada a principal consequência do tratamento de câncer, sendo acompanhado de dor, sofrimento e diminuição da autoestima e sendo relatada pelas mulheres como o processo mais difícil do tratamento.

Um mês após a quimioterapia, foi solicitada nova biópsia que indicou a persistência do carcinoma mamário, levando à realização de mastectomia parcial do QSL (quadrantectomia) da mama direita (PANOBIANCO et al, 2009). Tal procedimento possibilitou a retirada do câncer, mas apresentou metástase em linfonodos, após biópsia pós-operatória realizada.

Paciente retorna a área oncológica para tomografia computadorizada de tórax, na qual encontra-se nódulos pulmonares não-calcificados. Em relação à metástase extraóssea, os sítios mais comumente acometidos no câncer de mama metastático são pulmão, fígado e SNC (BRUM, 2017). Entretanto, um exame imuno-histoquímico realizado para detecção do sítio primário mostrou metástase pulmonar de adenocarcinoma cujo padrão reativo tem origem no trato colorretal, o que torna esse caso incomum, pois além da neoplasia de mama, identificou-se a hipótese de neoplasia de cólon com metástase para o pulmão. Como conduta, foram indicadas quimioterapia e colonoscopia. À luz da colonoscopia, procedimento o qual segundo Horvat et al. (2018) se enquadra em um exame de alta eficácia, foi confirmada a presença de uma lesão úlcero-infiltrativa em reto inferior suspeita de adenocarcinoma, além de uma tomografia do abdome inferior, detectando

espessamento irregular das paredes do reto em suas porções média, superior e inferior, associado com edema da gordura perirretal, assim como espessamento da fáscia adjacente|.

Diante desses resultados, foi realizada radioterapia, em que se diagnosticou neoplasia maligna do reto. Segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer), para o Brasil, estimam-se 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Além desses dados, o INCA também indica que a cirurgia é o tratamento inicial, retirando a parte do intestino afetada e os nódulos linfáticos próximos à região. Em seguida, a radioterapia, associada ou não à quimioterapia, é utilizada para diminuir a possibilidade de volta do tumor. O tratamento depende principalmente do tamanho, localização e extensão do tumor. Quando a doença está espalhada, com metástases para o fígado, pulmão ou outros órgãos, como é o caso da paciente, as chances de cura ficam reduzidas. Diante disso, foram realizados tratamentos quimio e radioterápicos e uma colectomia juntamente com linfodectomia, indo ao encontro do proposto por Schlijper et al. (2013).

#### 4. Conclusão

É visto, assim, nesse caso particular a presença de duas formas neoplásicas em regiões distintas do corpo humano, mama e reto, caracterizando a NPM que é definido como o aparecimento de uma segunda neoplasia com histologia e sítio diferentes da primeira. Sendo assim, é necessário que o acompanhamento após o diagnóstico e tratamento de uma primeira neoplasia, deva ser eficaz ou suficiente para identificar fatores de risco e identificar uma segunda neoplasia maligna primária. (CURY, 2000).

Os procedimentos realizados com essa paciente, foram ao encontro daqueles que são propostos na literatura básica, desde os exames complementares utilizados para o fechamento do diagnóstico até a conduta adotada pelo cirurgião nos procedimentos cirúrgicos adotados para a excisão dos tecidos comprometidos e nódulos identificados. Dessa forma, conclui-se que a NPM identificada nesse caso, mesmo que tardiamente e com alto grau de comprometimento da paciente, foi tratada da forma que é proposta como a melhor para esses casos.

#### Referências

- ANDRADE, D. L. B., et al. Experiências vivenciadas por mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama: uma revisão de literatura. *Renome*, v. 4, n. 2, p. 66-78, 2016.
- BRUM, I. V., et al. Câncer de mama metastático: aspectos clinicopatológicos e sobrevida segundo o sítio de metástase. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 50, n. 3, p. 158-168, 2017.
- CURY, M. S.; FORONES, N. M. Neoplasias primárias múltiplas em pacientes com câncer colorretal. *Arq. Gastroenterol.*, v. 37, n.2, p. 89- 92, 2000.

FONSECA, Alenice Aliane et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health, v. 5, p. 222-229, 2017.

HORVAT, N., et al. MR Imaging of Rectal Cancer. Radiologic Clinics, v. 56, n.5, p. 751- 774, 2018.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acessado em: 14 de outubro de 2018.

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/tratamento>. Acessado em: 15 de outubro de 2018.

KUMAR, V., et al. Robbins e Cotran Patologia Bases Patológicas das Doenças. 8.ed. Rio de Janeiro, Elsevier Editora LTDA, 2010.

MORA, A., et al. Ensemble inference by integrative cancer networks. Frontiers in Genetics, v. 5, n. 59, p. 1-5, 2014.

OTANI, M.A.P.; BARROS, N.F. MARIN, M.J.S. A experiência do câncer de mama: percepções e sentimentos de mulheres. Revista Baiana de Enfermagem, v. 29, n.3, p 229- 239, 2015.

PANOBIANCO, M.S., et al. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., v. 13, n.1, p. 161-168, 2009.

RODRIGUES, J. C.; SILVA, L. C. F.; CARDOSO, R. A. Câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. Revista Master, v. 1, n.1, 2016.

SCHLIJPER, R.C.J., et al. What to choose as radical local treatment for lung metastases from colorectal cancer: Surgery or radiofrequency ablation?. Cancer treatment reviews, v. 40, n.1, p. 60-67, 2014.

IKEDA, Y., et al. Multiple primary gastric and colorectal cancer in Japan. Europe PMC, v. 80, n.1, p. 37-40, 1995.