



ARTIGO ORIGINAL

Carcinoma de mama em mulher com 26 anos

Breast carcinoma in women aged 26

Kátia Sylvana Beckhauser Ferreira da Silva¹, Thaís Onório Porto², Rafaela Ludwig Lehmkuhl³, Lucas Hummelgen Letis⁴

Resumo

A incidência do câncer de mama vem crescendo nas últimas décadas em todo o mundo. É considerado o segundo tipo de câncer mais comum, sendo o mais frequente entre as mulheres. Dados do National Cancer Institute (NCI) mostram que menos de 1% dos cânceres de mama apresentam-se em pacientes com menos de 30 anos. A descrição deste caso tem como objetivo contribuir com mais dados estatísticos para um melhor conhecimento dos tumores de mama em pacientes jovens, que devido a sua baixa prevalência ainda necessitam maiores estudos quanto ao seu comportamento. Paciente feminina, 26 anos, ao auto-exame, palpou nódulo em mama esquerdo. Solicitado ultrassonografia que revelou nódulo em quadrante ínfero-lateral da mama esquerda medindo 1,6 X 1,6 X 1,1cm. Submetida ao estadiamento tumoral, classificada como estadio IB (T2N0M0). Realizado ressecção segmentar de mama, evidenciando carcinoma ductal invasivo de 2,3 cm, grau de diferenciação II. Encaminhada ao serviço de oncologia para avaliação do tratamento adjuvante. O caso descrito apresenta características clínicas e epidemiológicas compatíveis com outros casos da literatura, exceto pelo grau histológico e pelo tamanho clínico do nódulo e poderia ter sido diagnosticado, talvez ainda mais precocemente, se a paciente tivesse procurado atendimento médico quase 1 ano antes, quando relata ter percebido o nódulo.

Descritores: Câncer de mama. Carcinoma ductal infiltrante. Adulto jovem.

Abstract

The incidence of breast cancer has increased in recent decades throughout the world. It is considered the second most common type of cancer and the most common among women. Data from the National Cancer Institute (NCI) show that less than 1% of breast cancers present in patients younger than 30 years. The description of this event aims to contribute more statistical data to a better understanding of breast tumors in young patients, who due to their low prevalence still need further study as to their behavior. Female patient, 26 years, at the self-examination palpated a nodule in the left breast. Ultrasound revealed a nodule in the inferior-lateral quadrant of the left breast measuring 1.6 X 1.6 X 1.1 cm. Submitted to the tumor staging was classified as stage IB (T2N0M0). Submitted to a directed segmental resection of the breast, which shows an invasive ductal carcinoma of 2.3 cm, grade II differentiation. Referred to the oncology service for evaluation of treatment. This case report presents clinical and epidemiological features compatible with other cases from the literature, except for histological grade and size of the nodule, which could have been diagnosed even earlier, if the patient had sought medical care almost one year ago, when she reports have noticed the nodule.

Keywords: Breast cancer. Infiltrating ductal carcinoma. Young adult

Introdução

A incidência do câncer de mama vem crescendo nas últimas décadas em todo o mundo. É considerado o segundo tipo de câncer mais comum, sendo o mais frequente entre as mulheres. Dados do National Cancer Institute (NCI) mostram que menos de 1% dos cânceres de mama apresentam-se em pacientes com menos de 30 anos¹.

1 Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Mastologia. Médica do Serviço de Mastologia do Hospital Santo Antônio – HSA - Blumenau (SC) Brasil.

2 Acadêmica de Medicina da Fundação Universidade Regional de Blumenau (Furb) Blumenau (SC) Brasil.

3 Acadêmica de Medicina da Fundação Universidade Regional de Blumenau (Furb) Blumenau (SC) Brasil.

4 Acadêmico de Medicina da Fundação Universidade Regional de Blumenau (Furb) Blumenau (SC) Brasil.

A descrição deste caso tem como objetivo contribuir com mais dados estatísticos para um melhor conhecimento dos tumores de mama em pacientes jovens, que devido a sua baixa prevalência ainda necessitam maiores estudos quanto ao seu comportamento.

Relato de Caso

Paciente feminina, 26 anos, menarca aos 13 anos, em uso de anticoncepcional oral há 11 anos, com ciclos menstruais regulares. Cesárea aos 13 anos, amamentação por 3 meses. Previamente hígida e sem história familiar de câncer de mama ou ovário. Ao auto-exame, palpou nódulo em mama esquerda. Ao atendimento médico, foi encontrado um nódulo de aproximadamente 2 cm em junção de quadrantes inferiores de mama esquerda, endurecido e pouco móvel. Solicitado mamografia, a qual não demonstrou anormalidades, e ultrassonografia, que revelou nódulo em quadrante ínfero-lateral da mama esquerda, hipocogênico, heterogêneo, com contornos irregulares, medindo 1,6 X 1,6 X 1,1cm. Submetida ao estadiamento tumoral, classificada como estadiamento IB (T2N0M0). Realizado ressecção segmentar de mama esquerda com pesquisa de linfonodo sentinela. O anatomopatológico evidenciou carcinoma ductal invasivo de 2,3 cm, grau de diferenciação II, os dois linfonodos sentinelas foram negativos e ausência de invasão vascular com margens cirúrgicas livres. Encaminhada ao serviço de oncologia para avaliação do tratamento adjuvante.

Discussão

Estudos sugerem que o câncer de mama precoce difere do câncer de mama em idade habitual, no que diz respeito à etiologia e características clínicas. Um importante fator predisponente a ser considerado quando o câncer de mama acomete pacientes jovens é o aumento da probabilidade do carácter genético da patologia². A probabilidade de mutações nos genes BRCA1 e 2 aumenta em cânceres de início precoce³.

Acredita-se que o uso de contraceptivo oral possa aumentar em 25% o risco de câncer de mama². Mesmo não podendo se afirmar a participação da anticoncepção oral no desenvolvimento de câncer de mama, pode-se correlacionar essa dúvida, com o fato de a paciente ter feito uso dessa medicação por aproximadamente 11 anos.

Vários autores sugerem que a amamentação é responsável por 2/3 da redução estimada no câncer de mama⁴. A paciente descrita, não apresenta o efeito pro-

tetor ideal da amamentação por ter realizado a amamentação por um período de 3 meses.

O carcinoma ductal infiltrante (CDI) é, segundo a OMS, o tipo mais prevalente entre os carcinomas de mama, incluindo os cânceres que acometem as pacientes jovens, constituindo cerca de 65-80% dos casos³.

Conforme Gajdos et al., 87% das pacientes mais jovens apresentavam clinicamente uma massa palpável ao diagnóstico, contra 55% das pacientes com mais de 35 anos. O nódulo palpável é a queixa principal da consulta (75,4%)⁵. No caso descrito, o auto-exame da paciente, a mama pequena e a localização do nódulo em junção dos quadrantes inferiores contribuíram para um diagnóstico precoce, ainda com 1,6cm.

A mamografia deve ser a primeira técnica de imagem indicada para avaliar a maioria das alterações clínicas mamárias. A sensibilidade mamográfica na detecção do câncer de mama varia entre 30-98% dependendo da densidade do tecido mamário, sendo mais baixa em mamas mais densa. A ultra-sonografia é o método de escolha para avaliação de lesão palpável, em mulheres com menos de 35 anos. Geralmente o carcinoma ductal infiltrante tem seu aspecto ecográfico como uma área hipocóica de contornos irregulares, com espículas finas, de significado infiltrativo e ecos heterogêneos no contexto da lesão⁶.

A core biopsy é o meio mais barato e menos invasivo para obtenção de material para análise histológica, sendo um procedimento pré-operatório padrão em pacientes portadoras de câncer de mama⁷.

Segundo o estadiamento do câncer de mama baseado na classificação dos Tumores malignos (TNM), o tumor de mama com dimensão de até 2cm tem sua classificação como T1c. A ausência de comprometimento linfonodal é classificada como N0 e de metástases M0. Quando agrupamos o estadiamento em T1cN0M0 podemos classificá-lo em estágio I^{8,9}.

Segundo a histologia, o tumor pode ser subdividido em três categorias: neste caso o tumor foi classificado como bem diferenciado (G1). A graduação é um dos principais parâmetros prognósticos do tipo morfológico^{8,9}.

O uso da imuno-histoquímica permite identificar pacientes que poderão se beneficiar de tratamentos específicos por apresentarem marcadores tumorais positivos,¹⁰ além de ser importante fator prognóstico, já que os tumores com receptores positivos apresentam menor tamanho, menor grau histológico e nuclear e uma melhor resposta à terapia hormonal¹¹.

Nos carcinomas invasores em estágio I indica-se o

tratamento conservador da mama. A cirurgia indicada é a ressecção de segmento da mama com margens ideais de 2cm, com investigação da axila através da pesquisa de linfonodo sentinela ou esvaziamento axilar nos casos de linfonodo sentinela positivo, ou na impossibilidade da pesquisa⁸. A radioterapia é imperativa nos casos de tratamento conservador. A taxa de recorrência pós-cirurgia conservadora e radioterapia é de 1,6%⁶.

Quanto aos fatores de mau prognósticos envolvidos no câncer de mama considera-se: tumores em pacientes jovens são mais agressivos. Pacientes que iniciaram o tratamento com atraso no diagnóstico superior a 3-6 meses, tamanho tumoral maior que 1cm e localização em quadrantes inferiores, estão relacionados a menor taxa de cura^{12,13,14}.

Alguns estudos têm mostrado que pacientes jovens com câncer de mama têm resultados piores em comparação com as mais velhas, no entanto, outros, mostram que as mulheres jovens que não receberam quimioterapia possuíam um aumento significativo do risco de morrer. O estudo de Colleoni et al., mostrou uma grande diferença na sobrevida livre de doença entre pacientes muito jovens que receberam terapia hormonal e as que não receberam¹⁶.

O tratamento conservador no câncer de mama está associado com maior risco de recorrência local. Deste modo, as pacientes tratadas com cirurgia conservadora devem receber atenção especial. É recomendado exame clínico trimestral nos dois primeiros anos, semestral entre o terceiro e o quinto ano e após, seguimento anual. É aconselhável a realização de mamografia-controle seis meses após a cirurgia. A Mamografia bilateral subsequente deve ser realizada anualmente¹⁵.

Conclusão

O caso descrito apresenta características clínicas e epidemiológicas compatíveis com outros casos da literatura, exceto pelo grau histológico e pelo tamanho clínico do nódulo e poderia ter sido diagnosticado, talvez ainda mas precocemente, se a paciente tivesse procurado atendimento médico quase 1 ano antes, quando relata ter percebido o nódulo.

Referências

1. Surveillance E and End Results (SEER). Program Public Use CD-ROM (1973-1997). National Cancer Institute, DCCPS, Cancer Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, released April 2000, based on August 1999. Submission In: 2000.
2. Tabbane F, May A, Hachiche M, Bahi J, Jaziri M, Cammoun M, Mourali N. Breast cancer in women under 30 years of age. *Breast Cancer Res Treat.* 1985;6(2):137-44.
3. Marcus JN, Watson P, Page DL, Lynch HT. Pathology and heredity of breast cancer in younger women. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 1994;(16):23-34.
4. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002;360:187-95.
5. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzala SFR, Kaliks RRR, Giglio AD. Análise do Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de mama em Hospital Público. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(1):72-6.
6. Chala, FL, Barros N. Avaliação das mamas com métodos de imagem. *Radiol Bras vol.40 no.1 São Paulo Jan./Feb.2007.*
7. Galleguillos MC, Hovarth E, Pinochet MA, Uchide M, Wenzel J, Gonzáles P, Soto E, Gálvez J, Rios C, Durán MP. Cânceres solo detectados em La ultrasonografia mamaria. *Rev. Chilena de USg. Vol 10 n.4, 2007.*
8. Veronesi U. *Mastologia Oncótica.* Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
9. Pupo NJS, Legrá AV, Rojas PA, Sarabia PAF. Graduación Histológica de Malignidad em el Carcinoma Ductal Infiltrante de La Mama. *Cong. Virtual Hispanoamericano de Anatomia Patológica. Cuba 2005.*
10. Salles MA, Cúrcio VS, Perez AA, Gomes DS, Gobbi H. Contribuição da imuno-histoquímica na avaliação de fatores prognósticos e preditivos do câncer de mama e no diagnóstico de lesões mamárias. *J Bras Patol Med Lab. V. 45, N. 3, P. 213-222. 2009.*
11. Eisenbeg ALA, Koifman S. Cancer de mama: marcadores tumorais (revisão de literatura). *Revista brasileira de cancerologia.* 2001. 47(4)377-88.
12. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. *Rev. Bras. Cancerologia* 2002, 48(1): 113-31.
13. Aguilar E, Flor MD, Ballesteros M, Mirales RM. Evaluación de los factores pronósticos del cáncer de mama. *Ginel clín. e quirúrgica.* 2001 2(4) : 200-203.

14. Barros AC, Buzaid AC. cancer de mama, tratamento multidisciplinar. Dentrix edição e desing. São Paulo, 2007.
15. Tiezzi DZ. Cirurgia conservadora no câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(8):428-34
16. Chan AM, Pintilie K, Vallis C, Girourd P, Goss. Breast cancer in women a single institution 35 years: Review of 1002 cases from. Obstetrics & Gynecology. 2011. Vol 118. 529-536.

Endereço para correspondência:
Rafaela Ludwig Lehmkuhl.
Endereço: Rua São Paulo 940, apto 402.
Bairro Victor Konder
Blumenau, SC
CEP: 89012000