

## RELATO DE CASO

# Carcinoma Lobular Invasor Bilateral: relato de caso

## *Bilateral Lobular Invasive Carcinoma: case report*

Cristiane Araujo de Oliveira<sup>1</sup>, Silvio Silva Fernandes<sup>2</sup>, Rodrigo Chaves<sup>3</sup>

### Descritores

Neoplasias da mama  
Carcinoma lobular  
Doenças mamárias

### Keywords

Breast neoplasms  
Carcinoma, lobular  
Breast diseases

### RESUMO

O Carcinoma Lobular Invasor (CLI) é uma patologia maligna e foi descrito em 1946 por Foote e Stewart. É o segundo tipo histológico de câncer de mama representando de 5–10% de todos os carcinomas. Caracteriza-se histopatologicamente como uma neoplasia epitelial lobular invasora com presença de células pequenas e uniformes. Trata-se de um relato de caso de uma paciente de 61 anos que, após 6 meses de acompanhamento, apresenta ao estudo mamográfico uma distorção arquitetural no Quadrante Superior Lateral (QSL) da mama direita (MD) em correspondência com alteração textural associada à sombra acústica posterior evidenciada à ultrassonografia (USG), nódulo espiculado e mal definido no QSL da mama esquerda (ME), BI-Rads 4c. Foi realizada uma punção por agulha fina (PAAF) na ME com laudo de agrupamento de células epiteliais atípicas e pequenas, sendo a hipótese de carcinoma a mais provável. A paciente foi submetida à segmentectomia bilateral e linfonodo sentinela da ME. O Laudo Histopatológico demonstrou CLI com linfonodo da ME livre de neoplasia. As características histopatológicas e clínicas do CLI fazem que os aspectos imaginológicos das lesões sejam de aparência variável. Portanto, a correlação entre as diferentes modalidades de imagem ajudam a determinar a extensão e o número de lesões.

### ABSTRACT

*Invasive Lobular Carcinoma (CLI) is a malignant disease and it was described in 1946 by Foote and Stewart. It is the second histological type of breast cancer representing 5–10% of all carcinomas. It is histopathologically characterized as an invasive lobular intraepithelial neoplasia, with the presence of small and uniform cells. We report the case of 61 year old that after 6 months of monitoring, her mammography study showed an architectural distortion in the Upper External (QSE) of right breast corresponding to textural changes associated with posterior acoustic shadow evident on ultrasonography (USG), spiculated and ill-defined nodule in the left breast QSE, BI -Rads 4c. A fine needle (FNA) puncture in the ME report with grouping of small and atypical epithelial cells with the carcinoma hypothesis most likely to be held. The patient underwent bilateral segmentectomy and sentinel lymph node of left breast. The Histopathology Report showed CLI lymph node of the left breast free of neoplasia. The histopathological and clinical characteristics of the CLI are the imaging features of the lesions are of variable appearance. Therefore, the correlation between the different imaging modalities help to determine the extent and number of injuries.*

Trabalho realizado no Serviço de Ginecologia, setor de Mastologia do Hospital Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (HSCMRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação de Mastologia do HSCMRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup>Serviço de Ginecologia do HSCMRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Disciplina de Sistemas Orgânicos Integrados da UNESA; Disciplina de Metodologia da Pesquisa da Pós-Graduação em Mastologia do HSCMRJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Cristiane Araujo de Oliveira – Rua Santa Luzia, 206/28 – CEP 20020-021 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil –

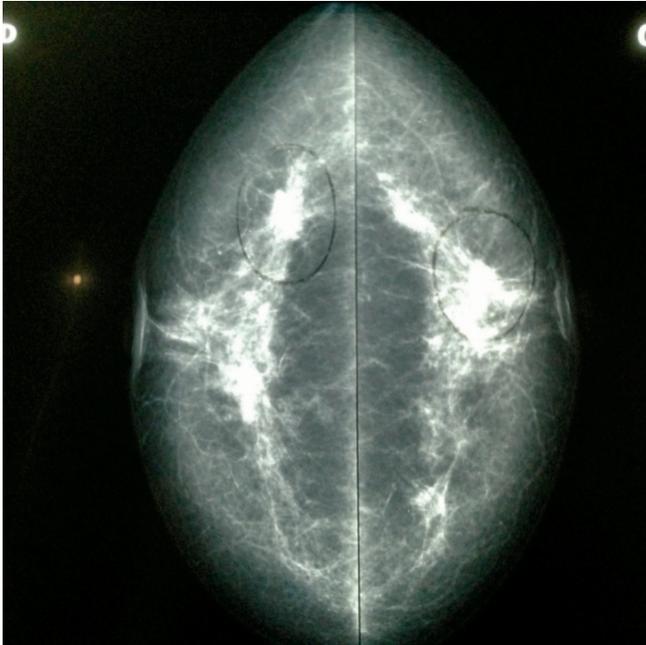
E-mail: cris.resid@bol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

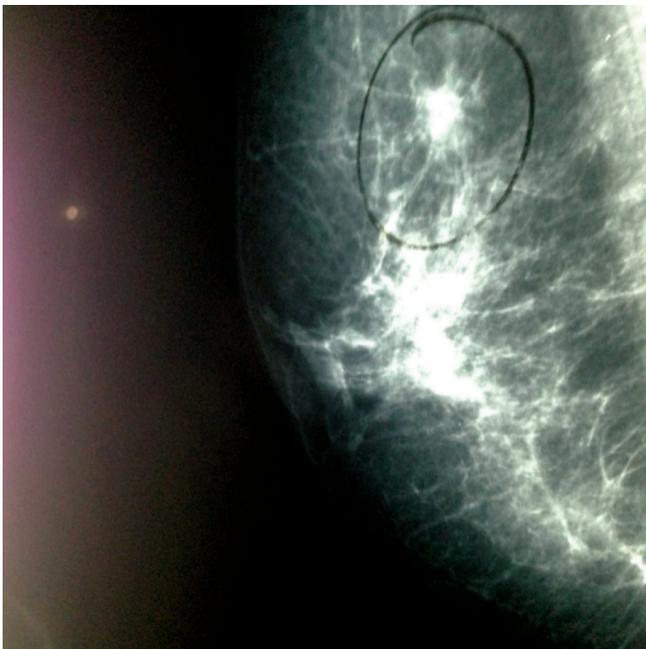
Recebido em: 12/05/2015. Aceito em: 20/05/2015

## Introdução

O Carcinoma Lobular Invasor (CLI) é uma patologia maligna foi descrito em 1946 por Foote e Stewart<sup>1</sup>. Caracteriza-se histopatologicamente como uma neoplasia epitelial lobular invasora com presença de células pequenas e uniformes, com alta relação núcleo/citoplasmática, infiltra o tecido mamário na forma de fila indiana ou agrupamentos lineares<sup>1</sup>, apresenta algumas



**Figura 1.** Lesão na mama direita e na mama esquerda na mamografia Cranio-caudal



**Figura 2.** Lesão na mama direita e na mama Esquerda na mamografia médio lateral oblíquo

variantes como a trabecular, a sólida, a alveolar, pleomórfica, mista, tubulolobular<sup>2</sup>. É o segundo tipo histológico de câncer de mama representando de 5–10% de todos os carcinomas<sup>2-4</sup>.

Na sua forma clássica, acomete mulheres mais jovens, na pré-menopausa e apresenta melhor prognóstico que o Carcinoma Ductal Infiltrante. O CLI é o tipo histológico com maiores taxas de multicentricidade e bilateralidade; embora não existam diferenças na recidiva local e na cirurgia conservadora entre os Carcinomas Ductais e Lobulares<sup>5</sup>.

A apresentação clínica caracteriza-se por apresentar lesão de baixo grau e positividade para receptores de estrogênio, aumento da consistência de tecido mamário, densidade assimétrica sem definição de margem, massa densa espiculada, mama densa sem tumor distinto e discreta massa arredondada na mamografia<sup>6</sup>.

Na ultrassonografia, a maioria dos casos apresenta-se como imagem hipocóica com margem angular ou mal definida, com sombra acústica posterior. A imagem de ressonância magnética (RM) é o método mais sensível para definir o CLI. O objetivo foi relatar um caso de câncer lobular invasor bilateral (CLI) e o seu tratamento<sup>6-8</sup>.

## Relato de caso

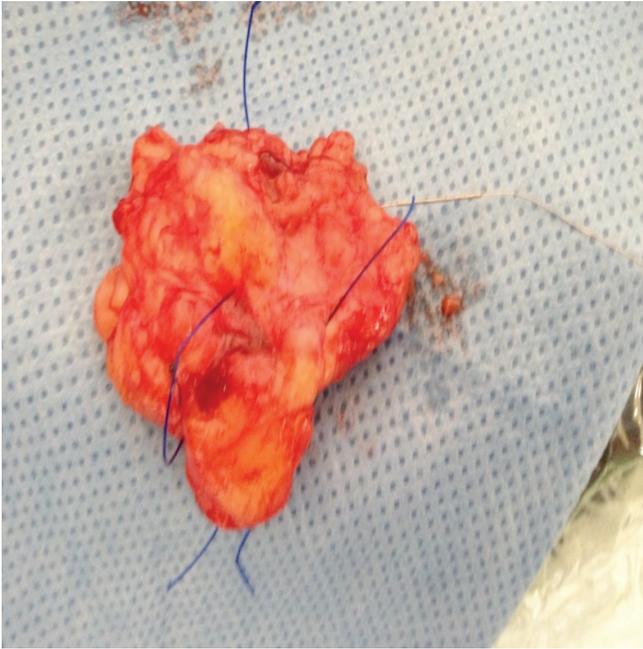
Paciente de 61 anos, branca, natural do Rio de Janeiro (RJ), encaminhada ao ambulatório de Mastologia do Hospital Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro em agosto de 2012 para avaliação de mastalgia tipo queimação difusa na mama direita (MD), sem expressão aos exames de rotina de imagens.

Após 6 meses de acompanhamento, apresenta ao estudo mamográfico uma distorção arquitetural no Quadrante Superior

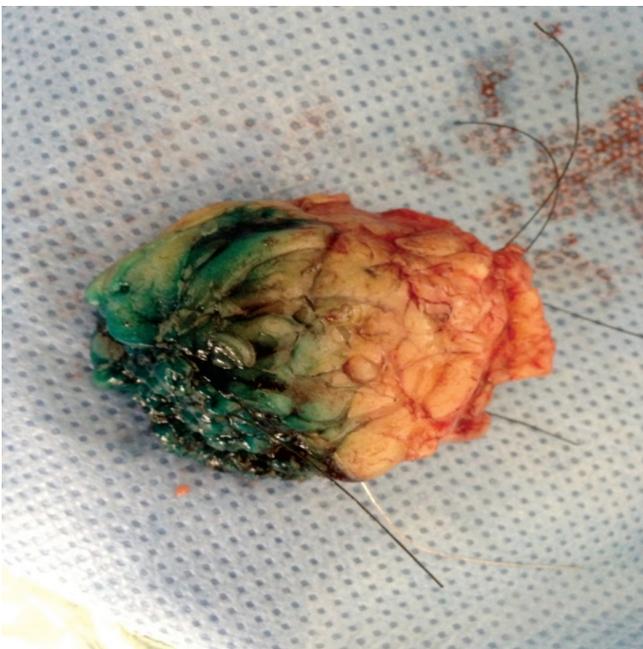


Lateral (QSL) da mama direita (MD) em correspondência com alteração textural associada à sombra acústica posterior evidenciada à ultrassonografia (USG), nódulo espiculado e mal definido no QSE da mama esquerda (ME), sólido, irregular e com diâmetro ântero-posterior maior que o longitudinal medindo 6,5x0,9 mm, e à mamografia ténues microcalcificações em paredes de vasos bilateralmente, BI-Rads 4c (Figuras 1 e 2).

Foi realizada uma punção por agulha fina (PAAF) na ME com laudo de agrupamento de células epiteliais atípicas e pequenas sendo a hipótese de carcinoma e mais provável. A paciente foi



**Figura 3.** Lesão da mama esquerda



**Figura 4.** Lesão de mama direita

submetida à segmentectomia bilateral com marcação pré-cirúrgica com fio de Kopans bilateral (Figuras 3 e 4) e linfonodo sentinela da mama esquerda (ME). O Laudo Histopatológico demonstrou (CLI) grau II bilateral com limites cirúrgicos livres e linfonodo da ME livre de neoplasia. A paciente encontra-se em acompanhamento sem sinais de recidiva.

## Discussão

O CLI é o segundo tipo histológico em frequência dos carcinomas de mama, apesar de dificuldade na classificação, estudos sugerem aumento da incidência. Uma possível justificativa é o uso de terapia hormonal combinada, que pode aumentar o seu risco<sup>2</sup>. O CLI apresenta características clínicas, biológicas e moleculares distintas do Carcinoma Ductal Invasor (CDI). O CLI é mais frequentemente multifocal, multicêntrico e bilateral do que o CDI<sup>2,6</sup>.

O CLI está geralmente associado a perda de expressão da proteína de adesão Cadherina-E, no entanto, sua viabilidade diagnóstica não é absoluta, uma vez que pode haver perda da sua expressão no CDI<sup>2,3</sup>.

A dificuldade clínica e radiológica se destaca por apresentar maiores lesões com densidades assimétricas mal definidas, na mamografia, às vezes, não é visto por apresentar crescimento distribuído em arranjos lineares. O CDI não é propenso a formar microcalcificações, mas as calcificações podem estar presentes quando existe carcinoma lobular *in-situ* em ductos com necroses<sup>5,7</sup>.

As dimensões dos tumores CLI são maiores que o CDI em relação ao retardo do diagnóstico. Grandes lesões causam comumente retração da pele e/ou de papila. A Ressonância Magnética tem maior sensibilidade que a ultrassonografia e a mamografia, e combina a análise da arquitetura e vascularização do tumor. No entanto, é particularmente útil para demonstrar extensão e envolvimento multifocal e bilateral<sup>7,9</sup>.

Pacientes portadoras de CLI podem ser tratadas adequadamente com cirurgia conservadora, tudo depende do caso, é por isso que as pacientes devem ser individualmente avaliadas: para que o tratamento indicado seja o mais apropriado ao caso<sup>2</sup>.

A triagem tem como objetivo detectar o câncer de mama em um estágio anterior do que ocorreria se os sintomas se desenvolvessem<sup>10</sup>.

## Conclusão

O Carcinoma Lobular Invasivo da mama é o segundo mais comum em seguida ao CDI. Pode ser multifocal e bilateral em mais de um terço dos pacientes afetados. Seu padrão de propagação difusa, com pouca reação desmoplásica e pouca angiogênese, faz com que a sua natureza tenha um aspecto clínico variável e estudos de imagem subestimem a sua extensão. Após a extirpação as taxas de recorrência local são comparáveis com aquelas observadas em pacientes portadoras de CDI.

## Referências

1. Foote Jr FW, Stewart FW. A histologic classification of carcinoma of the breast. *Surgery*. 1946;19:74-99.
2. Chagas CR, Menke CH, Vieira RJS, Boff RA. Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia. Revinter, 2011.
3. Abella Calle J, Valenzuela Gallego M. Carcinoma lobular invasivo bilateral de mama en mujer joven: presentación de caso. *Rev Colomb Radiol*. 2012;23(1):3452-55.
4. Vargas Z, Mallo E. Histology and Immunophenotype of invasive lobular Breast Cancer. *Daily Practice and Pitfalls. Breast Disease*. 2009;30:15-19.
5. Arpino G, Bardou VJ, Clark GM, Elledge RM. Infiltrating lobular carcinoma of the breast: tumor characteristics and clinical outcome. *Breast Cancer Res*. 2004;6(3):R149-56.
6. Lopez FK, Bassett LW. Invasive lobular carcinoma of the breast: spectrum of mammographic, US, and MR imaging findings. *Radiographics*. 2009;29(1):165-76.
7. Brem RF, Loffe M, Rapelyea JA, Yost KG, Weigert JM, Bertrand ML, et al. Invasive lobular carcinoma: detection with mammography, sonography, MRI and breast specific gamma imaging. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192(2):379-83.
8. Vargas AC, Lakhani SR, Simpson PT. Pleomorphic Lobular carcinoma of the breast: molecular pathology and clinical impact. *Future Oncol*. 2009;5(2):233-43.
9. Jung HN, Shin JH, Han BK, Ko EY, Cho EY. Are the imaging features of the pleomorphic variant of invasive lobular carcinoma different from classic ILC of the breast? *Breast*. 2013;22(3):324-9.
10. Cox B, Sneyd MJ. Bias in breast cancer research in the screening era. *Breast*. 2013;22(6):1041-5.