

Sarcoma de mama: relato de caso

Breast sarcoma: case report

Emílio Daniel Pacheco de Sousa¹, Antônio Bitu dos Santos Filho², Cláudio Pinheiro Dias²

Descritores

Sarcoma
Mama
Neoplasias da mama
Câncer
Tumor

Keywords

Sarcoma
Breast
Breast neoplasms
Cancer
Tumor

RESUMO

O sarcoma primário de mama é um tumor raro, cujo aspecto clínico predominante é uma massa indolor e móvel, de crescimento rápido e difuso, com tamanho médio de 5 cm, incidente em uma média de idade de 60 anos. O diagnóstico é trabalhoso, sendo determinado pelo exame histopatológico. Nesta publicação é relatado o caso de uma paciente de 27 anos, que procurou o ambulatório de mastologia com “nódulo dolorido” na axila direita, notado no final da gestação, com ultrassonografia mamária mostrando volumosa massa sólida, com áreas císticas de permeio (com visualização de vegetação intracística), ocupando quadrante superior lateral (QSL) da mama direita (BI-RADS® 5). A paciente foi submetida à excisão ampla da lesão e o resultado histopatológico foi tumor filóide maligno, com formação sarcomatosa, do tipo sarcoma pleomórfico de alto grau e lipossarcoma de alto grau, medindo 14,0x9,0x6,0 cm com margens livres, a menor medindo 1,0 mm. Complementando o tratamento, encaminhou-se para radioterapia adjuvante. São discutidos aspectos relacionados à frequência da ocorrência do sarcoma de mama, às dificuldades diagnósticas, ao prognóstico e às abordagens terapêuticas.

ABSTRACT

Primary sarcoma of breast is a rare tumor. Its clinical predominant aspect is a movable and painless mass, with quick and diffuse growth, reaching a middle size of 5 cm and happening on an average of age of 60 years. The diagnostic is difficult, determined by histopathology. This publication reports a 27 years old patient's case, who looked for medical care because of a painful nodule in the right armpit, realized in the end of the gestation. She carried an ultrasound showing bulky solid mass, with cystic areas (with visualization of intracystic vegetation), occupying superior side quadrant (SSQ) of the right breast (BI-RADS® 5). The patient was submitted to a spacious excision of the injury. The histopathology resulted in a malignant phyllodes tumor, with sarcomatous formation and pleomorphic sarcoma type of high degree, measuring 14.0x9.0x6.0 cm, with free edges, the least one measuring 1.0 mm. To complement the treatment, the patient was directed to adjuvant radiotherapy. Incidence, diagnostic difficulty, prognosis and treatment of breast sarcoma will be discussed.

Trabalho realizado no Serviço de Mastologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) – Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

¹Médico residente de Mastologia do HUWC-MEAC da UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

²Médico Mastologista do HUWC-MEAC da UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Emílio Daniel Pacheco de Sousa – Avenida Nações Unidas, 736, apto 112 – Julião Ramos – CEP: 68908-188 – Macapá (AP), Brasil – E-mail: emiliopr@bol.com.br

Recebido em: 06/07/2011 **Aceito em:** 16/05/2012

Introdução

O sarcoma primário é um tumor raro, que representa 1% de todos os cânceres de mama. Pertencem a este grupo de neoplasias os tumores filóides malignos, carcinosarcomas e um grupo heterogêneo de sarcomas incluindo os lipossarcomas, osteosarcomas, angiosarcomas, histiocitofibromas malignos e leiomiomas, entre outros¹. Seu aspecto clínico predominante é o de uma massa indolor e móvel, de aumento rápido e difuso, com tamanho médio de 5 cm, incidente em pessoas com cerca de 60 anos. Bilateralidade e comprometimento axilar quase não são citados².

O diagnóstico nem sempre é fácil, sendo feito pela histopatologia após exérese cirúrgica da lesão¹. Além disso, um diagnóstico diferencial pode ser realizado com carcinoma metaplásico².

O tumor é histologicamente constituído de células fusiformes, com etiologia desconhecida², e costuma apresentar mau prognóstico, sendo o tamanho tumoral o melhor indicativo desta avaliação, devido à sua predileção por metástase hematogênica³. Vale esclarecer que a metástase para linfonodos axilares dificilmente ocorre, e a ressecção com margens amplas, sem esvaziamento axilar, é o tratamento de escolha⁴⁻⁷.

Relato do caso

A paciente M. V. T., de 27 anos, procedente de Fortaleza (CE), G1P1A0, menarca aos 14 anos e em amenorreia há nove meses (amamentando), faz uso de anticoncepcional injetável trimestral e nega história familiar de câncer de mama e cirurgia prévia.

Ela referiu que há um ano e três meses notou nódulo dolorido na axilar direita, período em que estava no final da gestação (sic). No exame físico, apresentou massa no prolongamento axilar da mama direita, medindo 10 cm no maior diâmetro. Também foi notada ausência de linfonodos, axilares e/ou supra/infraclaviculares, palpáveis.

Uma ultrassonografia mamária mostrou volumosa massa sólida, com áreas císticas de permeio (e visualização de vegetação intracística) medindo aproximadamente 15,0x7,8 cm, ocupando o QSL/prolongamento axilar da mama direita (BI-RADS® 5).

Já na biópsia constatou-se tumor filóide maligno, com transformação sarcomatosa, do tipo sarcoma pleomórfico de alto grau lipossarcoma de alto grau, medindo 14,0x9,0x6,0 cm, com margens livres, a menor medindo 1,0 mm.

O tratamento recomendado foi a ressecção ampla da massa mamária, com encaminhamento para radioterapia adjuvante (Figuras 1 a 4).



Figura 1. Aspecto tumoral pré-operatório



Figura 2. Imagem de cisto complexo (vegetação intracística)



Figura 3. Aspecto histopatológico do tumor



Figura 4. Cicatriz operatória

Discussão

Por ser de rara ocorrência, o sarcoma de mama, às vezes, é diagnosticado com muita dificuldade, aumentando mais ainda a ansiedade da equipe médica em tratar um tumor agressivo e de crescimento acelerado, representado por um grupo bastante heterogêneo de neoplasias².

O comportamento biológico é classificado de acordo com a graduação histológica, que se baseia na avaliação da celularidade, pleomorfismo, mitoses, necrose e crescimento expansivo ou infiltrativo². Quanto maior a lesão, pior o prognóstico da doença, que geralmente metastatiza por via hematogênica³.

A ressecção com margens amplas, sem esvaziamento axilar, é o principal tratamento instituído⁴⁻⁷. E a quimioterapia não apresenta efetividade neste tipo de neoplasia, apesar de que, em esquemas combinados, pode haver alguma melhora clínica⁴.

A radioterapia perioperatória está associada à diminuição da probabilidade de recorrência local, sendo que quando o tumor surge em outros órgãos, isso quase sempre acontece nos pulmões^{3,8-11}. Desta forma, em casos de sarcoma de alto grau, é extremamente importante o tratamento adjuvante.

O tempo livre de doença entre 3 e 5 anos é em torno de 33% e a sobrevida média, 2 anos³. Por isso, é imprescindível a sua detecção nos estágios iniciais, permitindo a instituição precoce do tratamento, com chances de cura maiores.

Conclusão

O difícil diagnóstico precoce se deve tanto ao rápido crescimento do tumor quanto à dificuldade de classificação histopatológica, o que prorroga o tratamento, desfavorecendo, portanto, o prognóstico. O melhor preditor de prognóstico é o tamanho tumoral, sendo as lesões menores que 5 cm as de prognóstico mais favorável.

Não existe consenso quanto ao tratamento com base na ressecção da lesão com margens (entre 1 e 2 cm) e a radioterapia, mas lesões acima de 5 cm podem ser tratadas com quimioterapia, embora sua eficácia não esteja comprovada. Além disso, a linfadenectomia axilar não está indicada. É, portanto, importante a participação de equipe multidisciplinar na análise do caso.

Referências

1. Custódio S, Saleiro S, Dias M, Oliveira CF. Sarcoma da mama: avaliação de uma série de 11 casos. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2007;1(1):15-8.
2. Boff RA, Wisintainer F, Amorim G. Manual de diagnóstico e terapêutica em mastologia. 2ª ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2008. p. 219-20 .
3. Viviani RSO, Gebrim LH, Nazário ACP, Kemp C, Lima GR. Angiossarcoma de mama – relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(7):455-8.
4. de Assis JO, Pimentel ACA, Cintra ACFLC, Scardini R. Leiomiossarcoma de mama: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(4):255-8.
5. Dapont AMP, França SS, Fernandes DA. Doenças da mama: manual prático de diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter; 2010. p. 35.
6. Frasson AL, Garcia GN, Millen EC. Doenças da mama – guia prático baseado em evidências. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 299-305.
7. Avelar JTC, L'Abbate RL, Reis JHP, Pereira MNR, Mello GL. Manual de doenças da mama: diretrizes da regional de Minas Gerais da Sociedade Brasileira de Mastologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. p. 127-31.
8. Piatto S, Piatto JRM. Doenças da mama. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p. 271-5.
9. Cardenosa G. Atlas de imagem da mama com correlação clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p. 227-44.
10. Chagas CR, Menke CH, Vieira RJS, Boff RA. Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p. 1157-60.
11. Adem C, Reynolds C, Ingle JN, Nascimento AG. Primary breast sarcoma: clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. *Br J Cancer.* 2004;91(2):237-41.