

# Ocorrência sincrônica de carcinoma mucinoso microinvasivo em mama esquerda e linfoma em axila direita

*Synchronous occurrence of microinvasive mucinous carcinoma in left breast and lymphoma in right axilla*

Cristóvão Pinheiro Barros<sup>1</sup>, Cássio Furtini Haddad<sup>2</sup>, Wagner Brant Moreira<sup>3</sup>, Marco Antônio Dias Filho<sup>4</sup>

## Descritores

Neoplasia de mama  
Linfoma

## Keywords

Breast Cancer  
Lymphoma

## RESUMO

Os linfomas correspondem a 3,5% das neoplasias malignas em mulheres. O carcinoma mucinoso invasivo corresponde entre 2 a 4% dos cânceres mamários. No presente artigo, relata-se o diagnóstico, o tratamento e a evolução de um caso raro de ocorrência sincrônica de carcinoma mucinoso microinvasivo em mama esquerda e linfoma de células B em axila direita.

## ABSTRACT

*Lymphomas account for 3.5% of all cancers in women. Invasive mucinous carcinoma accounts from 2 to 4% of breast carcinomas. In this paper, we report the diagnosis, treatment and outcome of a rare case of synchronous occurrence of microinvasive mucinous carcinoma in the left breast, and B-cell lymphoma in the right axilla.*

## Introdução

Os linfomas correspondem a 3,5% das neoplasias malignas em mulheres, enquanto o câncer de mama é o segundo tipo mais frequente de câncer no mundo e o que mais acomete a população feminina. O linfoma de grandes células B, rico em células T, é uma entidade infrequente, incluída na classificação de linfoma não-Hodgkin, o qual se apresenta usualmente em fases avançadas ao diagnóstico, com envolvimento extranodal e comportamento agressivo<sup>1</sup>. Sua terminologia foi introduzida em 1988 para descrever os linfomas de células B que continham grande predomínio de células T<sup>2</sup>.

O carcinoma mucinoso de mama representa 2 a 4% dos carcinomas mamários, sendo mais frequente na mulher idosa, e é caracterizado por um crescimento lento.

Pacientes com câncer de mama apresentam risco aumentado de linfoma não-Hodgkin após tratamento com radio e quimioterapia, mas a ocorrência simultânea das duas doenças é rara<sup>3</sup>.

O presente artigo visa descrever um caso da rara ocorrência sincrônica de carcinoma de mama e linfoma axilar.

<sup>1</sup> Médico Mastologista do Hospital Governador Israel Pinheiro do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Médico Mastologista da Santa Casa de Misericórdia de Lavras – Lavras (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Médico Oncologista da Santa Casa de Belo Horizonte e do Centro de Quimioterapia Antitumoral e Imunoterapia – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>4</sup> Médico Patologista do Laboratório Anatomia Patologia Diagnóstica – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Cristóvão Pinheiro Barros – Rua José Amauri Ferrara – Buritis – CEP 30575-280 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: cristovao\_pb@uol.com.br

Recebido em: 06/03/2010. Aceito em: 01/03/2011

## Descrição do caso

Paciente, 67 anos, atendida em 31 de agosto de 2005, com relato de nódulo axilar direito há dois anos, em crescimento.

A história gineco-obstétrica foi G3P2A1, primeiro filho aos 22 anos, menarca aos 14 anos, menopausa aos 38 anos, sem terapia hormonal amamentação por dois anos.

HPP: Em tratamento de hipertensão arterial e osteoporose.

A história familiar resultou em negativa para câncer de mama e/ou ovário.

Ao exame, as mamas não apresentavam alterações, com presença de volumosa massa tumoral na axila direita, medindo 6,5 cm.

A mamografia (MMG) de 23 de agosto de 2005 mostra volumosa massa tumoral coalescente e de alta densidade na axila direita.

Pequeno foco de microcalcificações em trajeto ductal no quadrante superolateral (QSL) da mama esquerda. Adjacente, via-se um nódulo de 0,5 cm, de baixa densidade, associado a microcalcificações monomórficas.

A ultrassonografia das mamas foi realizada em 3 de setembro de 2005, e mostrou nódulo complexo no prolongamento axilar direito.

A *core biopsy* de nódulo axilar foi feita em 15 de setembro de 2005 e foi sugestiva de mastite granulomatosa, com células atípicas focais.

Em 29 de outubro de 2005, a paciente foi submetida à excisão de foco de microcalcificações, guiada por marcação estereotáxica no QSL da mama esquerda, e à linfadenectomia axilar direita.

O exame anatomopatológico, que foi feito em 29 de outubro de 2005, demonstrou que a mama esquerda apresentava carcinoma mucinoso microinvasivo de 0,1 cm, grau I de Bloom-Richardson (BR), com margem anterior exígua, associado à carcinoma intraductal misto, medindo 1,3 cm. A axila direita mostrou linfoma de grandes células B, rico em células T (definido após imunoistoquímica), estágio IIA (Figuras 1 e 2).

Em 19 de novembro de 2005, realizou-se ampliação de margens em mama esquerda e biópsia de linfonodo sentinela em axila esquerda, cujo anatomopatológico não mostrou lesão residual mamária nem acometimento linfonodal axilar, estágio I.

Após o rastreamento não mostrar outros focos possíveis de linfoma e/ou carcinoma, a paciente submeteu-se a seis ciclos de quimioterapia adjuvante a cada 21 dias, no período de 25 de fevereiro de 2006 a 31 de maio de 2006 (R-CHOP: rituximabe 550 mg endovenoso – EV; ciclofosfamida 1 g EV; doxorubicina 72 mg EV; vincristina 2,0 mg EV; prednisona 100 mg via oral – VO por dia, durante cinco dias, apresentando neutropenia grau I após o segundo, terceiro e quarto ciclos e alopecia de grau III) e à radioterapia complementar na mama esquerda, em dose total de 5.040 cGy, em todo corpo mamário e *boost* de

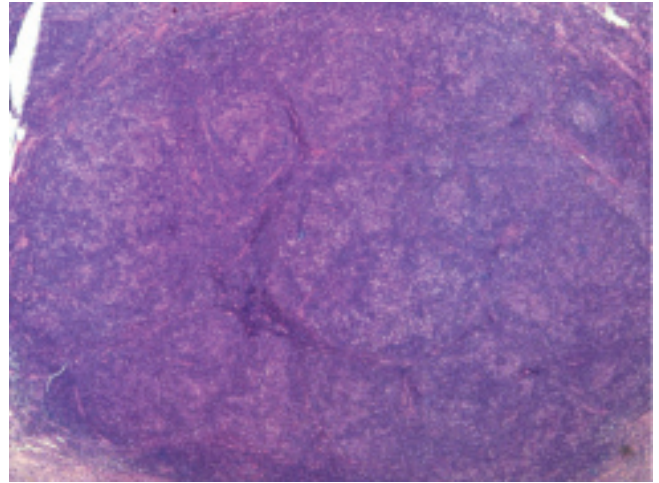


Figura 1. Arquitetura nodal alterada pela proliferação de grandes nódulos linfoides.

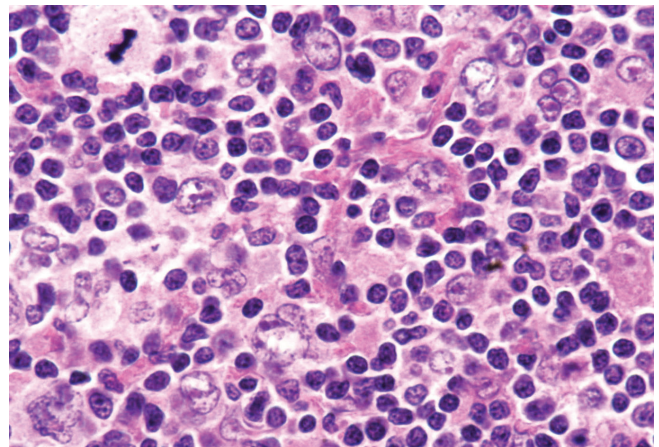


Figura 2. Células LH em meio de pequenos linfócitos.

1.080 cGy na loja tumoral, no período de 4 de julho de 2006 a 23 de agosto de 2006.

Até a última consulta, que foi realizada em fevereiro de 2010, a paciente se apresentava sem sinais de recidiva local/regional e/ou à distância.

## Discussão

Os linfomas de grandes células B são o grupo de linfomas mais frequentes no adulto, correspondendo a 30% dos casos de linfoma não-Hodgkin<sup>4</sup>. A sétima década de vida é a faixa etária de maior incidência e a idade média ao diagnóstico é 64 anos. A variante com predomínio de células T é menos frequente. O linfoma se apresenta, tipicamente, como uma massa ganglionar ou extraganglionar de crescimento rápido e, em muitos casos, sintomática. Este tipo de linfoma com outros tipos pode, facilmente, ser confundida com variantes do linfoma de Hodgkin, resultando em tratamento inadequado e piora nos resultados subsequentes. Apesar de seu comportamento frequentemente agressivo, é potencialmente curável com a poliquimioterapia.

A sobrevida global e a sobrevida livre de progressão em cinco anos variam, respectivamente, de 22 a 73% e de 19 a 63%, dependendo do estadiamento da doença<sup>5,6</sup>. Esses linfomas contêm uma população menor de células B malignas, com um predomínio de células T reativas<sup>7</sup>. Seu correto diagnóstico é feito por meio da correlação entre a análise histopatológica e a imunofenotípica em parafina, para reconhecimento de grandes células B neoplásicas intermeadas por numerosas pequenas células T<sup>8,9</sup>.

O carcinoma de mama mucinoso, que é responsável por 2 a 4% dos carcinomas mamários, acomete mais comumente mulheres idosas e apresenta crescimento lento, com prognóstico usualmente favorável, principalmente na sua forma pura. A apresentação típica é o nódulo circunscrito, de contornos regulares ou parcialmente regulares. Seu aspecto mamográfico assemelha-se ao carcinoma medular.

Enquanto a ocorrência de um segundo tumor é um fenômeno reconhecido em pacientes tratadas por câncer, a ocorrência simultânea de duas neoplasias malignas é infrequente. Pacientes com câncer de mama tratadas com radio e quimioterapia apresentam risco aumentado de desenvolver um segundo tipo de câncer, mas é rara a ocorrência sincrônica, especialmente em pacientes sem nenhum tratamento adjuvante prévio. Em um estudo de autópsias de 1.870 mortes por câncer, apenas 15 (0,8%) tinham neoplasias malignas múltiplas, sendo que a associação de câncer mamário (o segundo tipo de tumor mais comum na série) com outro tumor primário é a menos encontrada<sup>10</sup>.

A apresentação sincrônica de câncer de mama e linfoma axilar é uma condição excessivamente rara, havendo apenas poucas séries de pacientes documentadas na literatura<sup>11</sup>.

A adenopatia axilar não apresenta como principal condição causal o câncer mamário. A principal causa de linfadenomegalia axilar isolada são processos benignos, muitas vezes apenas reacionais. Dentre as causas malignas, a mais frequente é o linfoma e, em segundo lugar, o câncer de mama<sup>12</sup>. Assim, uma propedêutica adequada é imprescindível para o diagnóstico

diferencial, tratamento e prognóstico, não estando as adenopatias axilares em pacientes do sexo feminino exclusivamente relacionadas ao câncer de mama.

## Referências

1. Rodriguez JN, Borrero JJ, Fernandes-Jurado A, Creagh R, Martino ML, Prados D, et al. Linfoma B rico em células T: presentación de tres casos. *Sangre (Barc)*. 1997;42(5):419-22.
2. Ramsay AD, Smith WJ, Isaacson PG. T-cell-rich B-cell lymphoma. *Am J Surg Pathol*. 1988;12:433-43.
3. Majlis A, Pugh W, Rodriguez M, Benedict W, Cabanillas F. Mantle cell lymphoma: correlation of clinical outcomes and biologic features with three histologic variants. *J Clin Oncol*. 1997;15:1664-71.
4. Hallack N, Abrahao E, Pereira J, Saboya R, Beitler B, Dalton AF, et al. Estratificação de risco em linfoma difuso de grandes células B. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2006;28(4):296-300.
5. Armitage JO, Lister TA. Non-Hodgkin's Lymphoma. 34th ASCO Meeting Educational Book. 1998;338-41.
6. The Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project: A clinical evaluation of the International Lymphoma Study Group classification of Non-Hodgkin's Lymphoma. *Blood*. 1997;89(11):3909-18.
7. Jaffe ES, Gonzalez CL, Medeiros LJ. T-cell-rich B-cell lymphomas. *Am J Surg Pathol*. 1991;15:491-2.
8. Osborne BM, Butler JJ, Pugh WC. The value of immunophenotyping on paraffin sections in the identification of T-cell rich Bcell large-cell lymphomas: Lineage confirmed by JH rearrangement. *Am J Surg Pathol*. 1990;14:933-8.
9. Nq CS, Chan JKC, Hui PK. Large B-cell lymphomas with a high content of reactive T cells. *Hum Pathol*. 1989;20:1145-54.
10. Lee TK, Myers RT, Scharyj M, Marshall RB. Multiple primary malignant tumors (MPMT): study of 68 autopsy cases (1963-1980). *J Am Geriatr Soc*. 1982;30:744-53.
11. Frey BM, Morant R, Senn HJ, Fisch T, Schmid U. Simultaneous occurrence of breast carcinoma and malignant lymphoma. Case observations and literature review. *Schweiz Med Wochenschr*. 1994;124(23):1010-6.
12. Pierce EH, Gray HK, Dockerty MB. Surgical significance of axillary adenopathy. *Ann Surg*. 1957;145:104.