

Metástase de adenocarcinoma de mama em cérvix uterina. Relato de caso

SARO ORIANA, ERNESTO DE PAULA GUEDES NETO¹, JOSÉ SPARTACO VIAL, S. ANDREOLA

Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia Oncológica do Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Resumo

A frequência de metástases de carcinoma mamário no útero varia, segundo a literatura, de 2% a 5% dos casos [10]. Os autores apresentam um caso de adenocarcinoma de mama com metástase em paracérvix e miométrio. A paciente foi submetida a histerectomia total e ooforectomia bilateral. A discussão sobre o diagnóstico e tratamento é baseada na revisão da literatura.

Unitermos: metástase mamária; cérvix uterina

Relato do caso

Paciente de 44 anos, feminina, branca; antecedentes familiares: uma irmã com câncer da mama. Em dezembro de 1984, foi diagnosticado no quadrante superior externo da mama direita um nódulo de 2,6 cm de diâmetro, sem evidência de metástase axilar e/ou à distância. Classificado pelos critérios da UICC em T2NOMO, estágio IIa. Em fevereiro de 1985 a paciente foi submetida a quadrantectomia súpero-externa com esvaziamento axilar homolateral seguido de radioterapia (QUART). O resultado histológico demonstrou carcinoma ductal infiltrante, sem comprometimento axilar. Receptores para estrogênio e progesterona negativos. Em outubro de 1989 a paciente apresentou sangramento vaginal irregular; realizou-se histeroscopia com biópsia endometrial. O resultado histológico confirmou infiltração neoplásica do endométrio compatível com carcinoma de mama. A paciente foi submetida a histerectomia total, ooforectomia bilateral, omentectomia e apendicectomia, cujo resultado anatomopatológico evidenciou carcinoma ductal em cérvix e miométrio. Após sete anos de *follow-up* (setembro de 1992), encontra-se sem evidência de doença, permanecendo em controle ambulatorial.

Discussão

A presença de metástases no trato genital feminino sempre proporcionou problemas diagnósticos para clínicos e patologistas. Tumores secundários, com exce-

ção das metástases para ovários, são incomuns e, por isso, esquecidos no diagnóstico diferencial das doenças do aparelho genital feminino.

A diferenciação entre neoplasias primária e secundária é de fundamental importância, pois o segundo grupo está relacionado à evidência da neoplasia disseminada, ou seja, estágio IV.

Na maioria dos casos, os sintomas, quando se manifestam, não são adequadamente avaliados, além de serem considerados como neoplasia primitiva do útero. Di Bonito⁴, num estudo de metástases do carcinoma de mama para o aparelho genital feminino, observou que a maioria das pacientes estudadas era assintomática e apresentavam um envolvimento do útero, poupando a cérvix.

No seguimento de pacientes que foram tratadas por carcinoma de mama certos sintomas devem ser considerados, tais como sangramento ou secreção anômala vaginais.

Yazigi [16] observou numa série de 25 casos de metástase no trato genital por adenocarcinoma de mama que 15 apresentaram sangramento vaginal como sintoma principal. Nas últimas décadas, poucos casos de metástases isoladas de carcinoma mamário para o útero e cérvix foram relatados à literatura. Neste trabalho apresentamos um caso de adenocarcinoma de mama com metástase para cérvix e miométrio.

A história natural do câncer de mama demonstra que a frequência das metástases compromete mais: ossos 75%, pulmões 60%, fígado 60% e cérebro 25% [2, 4, 10].

¹Endereço do autor para correspondência: Rua Luciana de Abreu, 323, conj. 501 - Porto Alegre - RS - CEP 90570-060

Publicações na literatura médica demonstraram que o comprometimento da cérvix e do útero pode ocorrer em 2 a 3% dos casos. Este baixo índice provavelmente está relacionado ao escasso grau de vascularização à elevada proporção de tecido fibroso presente neste órgão em mulheres na pós-menopausa. A disseminação de metástases, por via linfática, ocorre em situações especiais. A drenagem linfática da cérvix se faz por via centrífuga; portanto, o estabelecimento de metástases do carcinoma de mama por esta via ocorrerá somente com o bloqueio destes canais pelo tumor, que determinará um fluxo retrógrado.

Não é rara a metástase do carcinoma de endométrio para a cérvix uterina. Entretanto, metástase de neoplasias extrapélvicas à cérvix é uma situação rara e poucos casos foram relatados na literatura [11, 15]. Lemonine e Hall [11], numa revisão de 65 anos, constataram apenas 33 casos de metástases cervicais, sendo quatro de origem mamária. Abrams [1] estudou 167 autópsias de pacientes com metástases uterina porém nenhum caso de metástase na cérvix foi observado.

Quando o câncer de mama metastatiza o ovário poderá estar comprometido em 15 a 23% dos casos [4, 10]. Já o comprometimento uterino quase sempre acontece devido a extensão pélvica ou em consequência da disseminação dos implantes peritoneais, enquanto que na cérvix o mesmo se dá por contigüidade ou por implantes no fundo de saco de Douglas [13]. Weingold, numa publicação de 1961, observou que o comprometimento do miométrio raramente ocorreu sem o do ovário. Sterman sugere que as metástases uterinas, na sua maioria, são consequência da disseminação linfática regional das metástases implantadas no ovário. Com isso podemos considerar que a presença de metástases uterinas isoladas sem o comprometimento simultâneo do ovário é uma expressão da disseminação hematogênica do carcinoma de mama [9, 14].

Kumar relata que em 96,2% dos casos de metástases de carcinoma de mama no útero havia o comprometimento do miométrio e em apenas 9,8% dos casos o endométrio estava comprometido isoladamente [7]. A maioria dos autores sugere que, quando existem metástases para cérvix e útero, deve-se considerar como manifestação de doença disseminada [4, 9, 16].

Asintomatologia clínica mais comum é o sangramento vaginal, como observado neste relato, podendo estar presente em até 75% dos casos [3, 4, 7, 8, 11, 13, 16]. Quando apenas o miométrio é sede da metástase o quadro clínico terá evolução silenciosa [4, 16].

Um trabalho publicado em 1988 relata que 62% das pacientes não apresentaram alterações neoplásicas no exame direto da cérvix, tendo sido feito o diagnóstico através da curetagem e da biopsia dirigida nos casos suspeitos [16].

O diagnóstico diferencial entre o tumor primário e metástase para cérvix é fundamental para a conduta terapêutica e o seu prognóstico [11].

Se nós considerarmos que o comprometimento da cérvix indica doença disseminada, a pan-histerectomia deverá ser considerada como tratamento paliativo. Na literatura também é descrita a histerectomia subtotal como tratamento de metástase de mama no corpo uterino [7].

Apesar desta metastatização ser rara, nós acreditamos que toda vez que uma paciente, já tratada de câncer da mama, apresentar sangramento vaginal anômalo, deverá ser examinada tendo em vista algum comprometimento secundário ou um novo tumor primário.

Summary

The frequency of uterine localization of breast carcinoma metastasis ranges from 2% to 15% [10]. We present a case in which metastasis occurred in the cervix and the myometrium. The patient was submitted to total hysterectomy with bilateral ovariectomy. A review of literature with discussion on diagnosis and treatment is presented.

Key words: breast metastases; uterine cervix

Referências bibliográficas

1. ABRAMS HL, SIRO R, GOLDSTEIN N. Metastases in carcinoma: analysis of 1000 autopsied cases. *Cancer* 1950; 3: 74-85.
2. BONADONNA G. In *Manuale di Oncologia Médica* 1982.
3. COHAN L, ALAN LK. Postmenopausal bleeding secondary to the metastatic disease in the endocervix from carcinoma of the breast. *Gynecol Oncol* 1984; 17: 133-136.
4. DI BONITO S, PATRIARCA S. Breast carcinoma metastazing to the uterus. *Eur J Gynaec Oncol* 1985; 6: 211-217.
5. FLACHOWSKY V, GEIBLER U. Brauchraummetastasierung beim mammarkarzinom. *Zenit BL Gynaecol* 1988; 10: 110.
6. CAGNON Y, BERNARD T. Ovarian metastases of breast carcinoma. *Cancer* 1988; 64: 892-898.
7. GERBER B, KONDE E, NIZZE H. Spatmetastasierung eines Mammarkarzinoms in corpus und cervix uteri. *Zent Bl Gynaecol* 1981; 113: 727-730.
8. HAGEMEISTER FB. Causes of death in breast cancer. *Cancer* 1980; 45: 162-167, 1980.
9. KUMAR N, HART W. Metastases to the uterine corpus from extragenital cancer. *Cancer* 1982; 50: 2163-2169.
10. LEE Y. Breast carcinoma: pattern of metastatic at autopsy. *J Surg Oncol* 1983; 175-180.
11. LEMOINE N, HALL P. Epithelial tumors metastatic to the uterine cervix. *Cancer* 1986; 57: 2002-2005.
12. MAZUR M, HSUEH S, GERSELL J. Metastases to the female genital tract. *Cancer* 1984; 53: 1978-1984.
13. STANLEY N. Carcinoma metastatic in the cervix. *Gynecol Oncol* 1980; 9: 298-302.
14. STERMMERMMAN G. Extrapelvic carcinoma metastatic to the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 82: 1261-1266.
15. WEINGOLD A, BOLTUCH S. Extragenital metastases of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 82: 1267-1272.
16. YAZIGI R, GANDSRADT J. Breast cancer metastating to the uterine cervix. *Cancer* 1988; 61: 2558-2560.