

# CASOS CLÍNICOS



## TUMORES NÉO-MAMÁRIOS

ALBERTO COUTINHO\*

○ presente artigo tem por objetivo o registo de cinco casos de tumor néo-mamário observados ultimamente no *Serviço Nacional de Câncer*. Esta classe de tumores, que vinha sendo conhecida sob várias de-

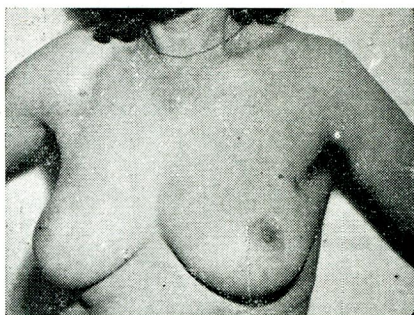


Fig. 1. — Registo n.º 8.878, do S. N. C. — Tumor no quadrante súpero-externo da mama esquerda (prolongamento axilar).

signações, — câncer epitelial estratificado, câncer medular, câncer de glândula sebácea e câncer cístico — mereceu na classificação de Geschickter a denominação de *câncer néo-mamário*, hoje aceita pela maioria dos autores.

*Definição* : — Os cânceres néo-mamários são tumores que se apresentam histologicamente sob aspecto epidermóide, podendo evolucionar conjuntamente com formações glandulares malignas (adenocarcinomas). A coexistência de processo epidermóide e glandular no mesmo tumor é embriologicamente justificada, pois ambos derivam da mesma linhagem básica, o ectoderma.

\* Chefe de Clínica do Serviço Nacional de Câncer.

*Histologia* : — O tumor pode apresentar estrutura puramente epidermóide, o que é mais frequente, ou evolucionar ao lado de formações glandulares. Notam-se, por vêzes, ora a predominância do elemento epidermóide, ora a do elemento glandular. O quadro histológico fica, portanto, sujeito a variações.

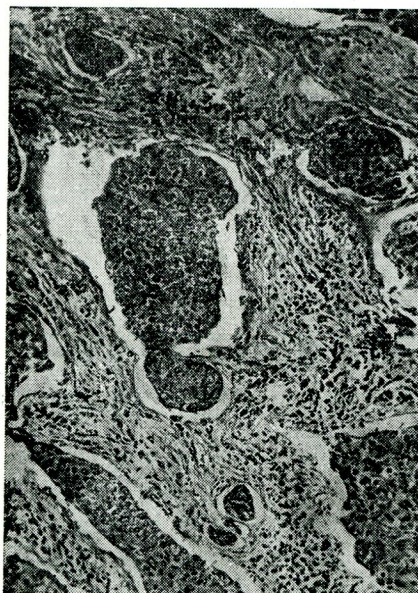


Fig. 2. — Registo n.º 8.878. — Separados por estroma denso, agrupamentos malignos do tipo epidermóide.

O aspecto microscópico é semelhante ao do carcinoma epidermóide, grau III, (visto na pele em geral e nas mucosas), havendo no estroma predomínio de elementos linfáticos sôbre os conjuntivos e numerosas áreas de necrose. As células são altas, com núcleos de proporções va-

riáveis, com figuras de mitoses e, em alguns casos, observam-se depósitos de ceratina. As células, principalmente nas formas sólidas dos tumores néo-mamários, em que é comum a degeneração mixodemato-sa do estroma, podem tomar disposição

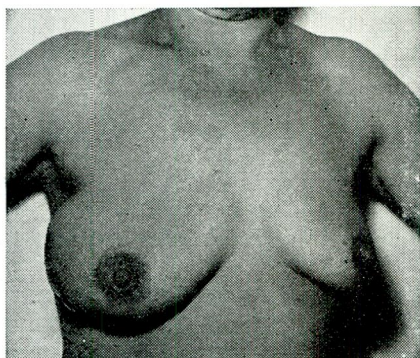


Fig. 3. — Registo n.º 8.901, do S. N. C. — Volumoso tumor mamário do quadrante súpero-externo direito.

alveolar ou acinosa, semelhante ao câncer das glândulas sebáceas. Os tumores néo-mamários originam-se na profundidade da glândula, o que faz crêr tenham origem nas formações mamárias primitivas e não nas glândulas sebáceas areolares, como advogam alguns autores, na suposição que as mamas representam glândulas sebáceas altamente diferenciadas.

São conhecidas duas variedades de câncer néo-mamário: a forma sólida e a forma cística. Na sólida, os elementos celulares são grandes, pálidos, granulomatosos e dispostos em forma alveolar ou acinosa; ao corte, são compactos, circunscritos e de coloração branca acinzentada. A forma cística, menos celular, é constituída por grandes tumores infiltrantes, que apresentam inúmeras cavidades císticas, resultantes de processos degenerativos. O conteúdo delas é líquido hemático, esverdeado ou purulento.

*Clinica*: — Do ponto de vista clínico, os tumores néo-mamários pouco se diferenciam dos demais tipos de cânceres da

mama. As formas císticas evoluem mais rapidamente e as pacientes são menos idosas que as portadoras de tumores sólidos. Aliás, os grandes tumores são os que mais rapidamente passam ao estado cístico; sofrem processos degenerativos intra-tumorosos. As formas sólidas evoluem mais lentamente, aparecem em doentes mais idosas e são notadas mais tardiamente, visto serem tumores profundos, que se originam no interior da mama, sem despertar dor, peso ou modificações apreciáveis na forma e aspecto do órgão. O corrimento mamilar, muito comum e precoce em certas variedades de câncer da mama, é pouco frequente nos tumores néo-mamários. As adenopatias axilares, com frequência, crescem mais rapidamente que o tumor primitivo, sendo em alguns casos, o sintoma revelador da enfermidade. Quando o câncer néo-mamário se localiza no prolongamento axilar, a predominância das reações linfáticas é de tal forma ber-

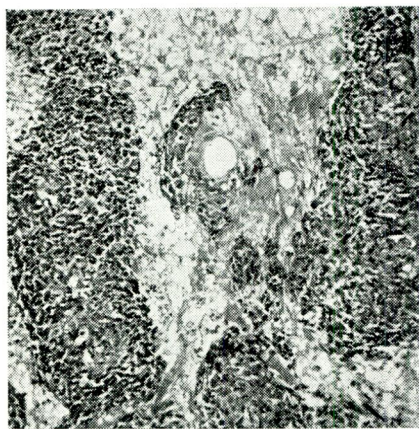


Fig. 4. — Registo n.º 8.901. — Carcinoma néo-mamário. Aspecto epidermóide de agrupamentos cilíndricos volumosos.

rante, em relação às pequenas proporções do tumor mamário, que têm sido tomadas como sede inicial da lesão.

*Diagnóstico*: — O diagnóstico dos tumores néo-mamários pode ser suspeitado clinicamente, mas nunca afirmado. Não

há, nessa categoria de tumores um sinal peculiar que permita diferenciá-los dos demais cânceres mamários, tomada esta afirmativa, dentro de um sentido geral. Encontram-se, no entanto, alguns dados anamnésicos e outros colhidos no exame objetivo, que orientam o diagnóstico. Os cânceres néo-mamários geralmente circunscritos, são tumores profundos, de natureza sólida ou cística, adquirindo nesta última forma suas maiores dimensões; quase assintomáticos, à despeito do volume que podem adquirir, são *negativos* à transiluminação e dão origem a volumosas adenopatias axilares, mórmente aqueles que se localizam no prolongamento axilar da mama. O grande meio de diagnóstico é ainda o exame histológico de material colhido no tumor, ou por punção aspiradora, ou por excisão a céu-aberto.

*Prognóstico* : — Relativamente ao prognóstico dos tumores néo-mamários, algumas estatísticas, como as de *Geschickter*, fazem crêr que a sobrevivência de cinco anos é de 13,8% para as formas císticas e 46,3% para as formas sólidas, não obstante o considerável volume que esses tumores podem atingir, a precocidade com que invadem a pele, os gânglios axilares e a malignidade do quadro histológico.

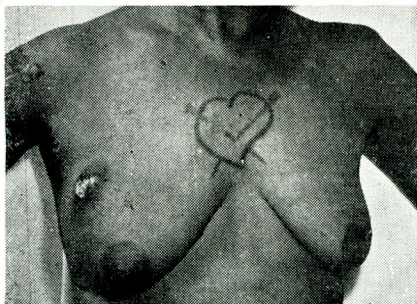


Fig. 5. — Registo n.º 9.075, do S. N. C. — Tumor ulcerado do quadrante súpero-externo da mama direita.

*Terapêutica* : — O método terapêutico fundamental é a mastectomia larga com esvasiamento axilar. O emprêgo das irra-

dições está sujeito às mesmas indicações relativas às outras espécies de câncer da mama. As cinco observações apresentadas permitiram coletar os seguintes dados :

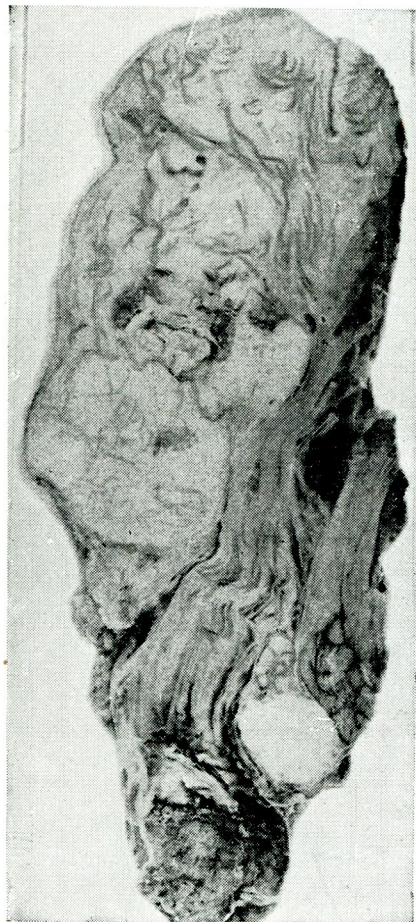


Fig. 6. — Registo n.º 9.075. P. C. 11.441. — Tumor mamário sólido, circunscrito e com volumosa adenopatia axilar secundária.

Idade mínima e máxima : 37 e 50 anos.  
Três pacientes eram brancas, 2 pretas.  
Evolução mínima: 3 meses, máxima, 22 meses.

Não houve passado mórbido mamário em tôdas as doentes.

Ausência de traumatismo mamário em todos os casos.

Perturbações menstruais com mastodinia só em 1 caso.

Na admissão, 3 pacientes apresentavam tumor ulcerado.

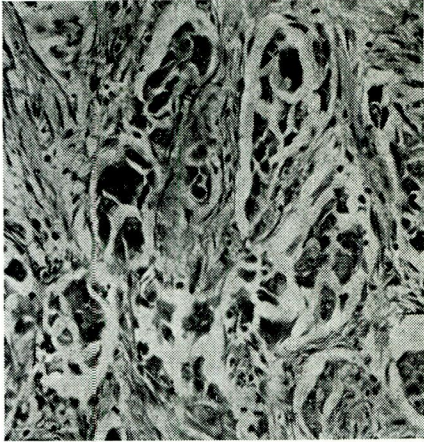


Fig. 7. — Registo n.º 9.075. — Agrupamentos epidermóides separados por estroma fibroso.

Na admissão, 2 já haviam sido operadas, apresentavam recidiva e adenopatias axilares.

Tôdas as doentes eram portadoras de metástases ganglionares na axila correspondente ao lado da lesão.

Não havia metástases ósseas ou viscerais. Os tumores localizaram-se preferentemente no quadrante superior esquerdo.

Nos cinco casos, não foi observado corrimento mamilar.

Tôdas as doentes sofreram mastectomia radical, sendo que numa, como tratamento complementar, foi aplicado radium sôbre a lesão residual.

Histologicamente, perdominou o componente epidermóide sôbre o glandular.

Como o artigo, que está sendo exposto, tem apenas a finalidade de registrar casos de uma das variedades de tumores mamários, não apreciamos os resultados terapêuticos obtidos, mesmo porque alguns deles ainda se encontram em tratamento complementar pelos Raios X.

*Observação n.º 1.*

Registo 8.878 do S.N.C., mulher, branca de 40 anos; procurou o Serviço em 21-1-47.

*Carcinoma néo-mamário.*

*Doença atual:* — Há um ano aproximadamente, notou um nódulo na mama esquerda, que a partir do dia em que foi percebido cresceu progressivamente sem provocar dor, nem outros sintomas. Em setembro p.p., extirparam-lhe o tumor. O exame da peça revelou câncer. Pouco após a internação, apareceu-lhe pequeno nódulo na axila esquerda que passou a aumentar de volume. Também a cicatriz operatória ficou espessada. O cirurgião que cuidou da enferma, em face do exame anátomo-patológico, (cujo laudo nos enviou) e da sequência, clínica, encaminhou-a para o Serviço Nacional de Câncer.

Refere a paciente que suas menstruações foram sempre muito irregulares, abundantes, chegando a durar 10 dias. Nunca engravidou. Nega traumatismo mamário.

*Exame local:* — Mamas sem alterações morfológicas apreciáveis. No quadrante súpero-externo da mama esquerda, notamos presença de cicatriz retrátil e exuberante. Pela palpação, a mama referida está livre, porém, na axila homóloga sentimos um tumor duro, aderente à pele e móvel sôbre os planos profundos. Ausência de gânglios supraclaviculares à esquerda ou cruzados. Mama



Fig. 8. — Registo n.º 9.075. — Detalhe da microfotografia anterior.

direita clinicamente normal. A radiografia não revelou anormalidade. Reação de Kahn negativa.

*Tratamento e sequência:* — Baseados no exame anátomo-patológico, acima referido, a doente foi operada no S.N.C., tendo sofrido mastectomia ra-

dical sob anestesia endovenosa pelo tionembutal. A sequência operatória foi normal. Alta sob vigilância e encaminhada para roentgenterapia complementar.

O exame da peça revelou: Carcinoma néo-mamário. P.C. 1.434 (a) F. Fialho.

*Observação n.º 2.*

Registo n.º 8.901 do S.N.C., mulher, branca de 40 anos, casada; procurou o Serviço em 25-1-947.

*Doença atual:* — Refere a doente que há um ano e 10 meses notou pequeno nódulo na mama direita que durante muito tempo permaneceu estacionário. Procurou um profissional que, tomando o referido tumor por cisto sebáceo, a tranquilizou. Decorridos mais alguns meses, como o tumor houvesse crescido rapidamente, voltou ao mesmo médico antes consultado que a encaminhou ao nosso Serviço. Há 2 para 3 meses, percebeu nódulos na axila esquerda. A pele da região correspondente ao tumor mamário, estava ficando presa e tomando gradativamente coloração vermelho-violácea. Declara a paciente que não tem passado mamário (trauma, inflamação, mastodinia). Teve 9 filhos, sendo 5 natimortos, 3 abortos espontâneos, entre 2 e 3 meses de gestação.

*Exame local:* — À inspecção, verificamos que a mama direita apresenta volume 3 vezes maior que a esquerda. Este aumento corre à custa de grande formação tumerosa, bosselada, situada em sua metade externa. A pele da região, de coloração vermelho-violácea intensa, está ulcerada. Pela palpação, percebe-se tumor que ocupa os quadrantes externos e mede 12 x 7 x 5 cms. É ovalar, duro,

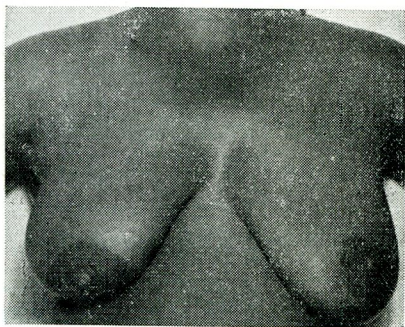


Fig. 9. — Registo n.º 9.140 do S. N. C. — Tumor mamário do Q. S. E. da mama direita.

aderente à pele e ao plano muscular profundo; livre do arcabouço torácico. Na axila direita notam-se 3 volumosos gânglios. Mama esquerda e gânglios tributários sem alterações clínicas.

*Biopsia* por aspiração. (B. 3.329). Carcinoma néo-mamário. Reações sorológicas para sífilis: Negativas.

Radiografia do torax: pequenos nódulos calcificados ao nível de ambos os hilos. Demais partes dos pulmões sem qualquer alteração digna de menção.

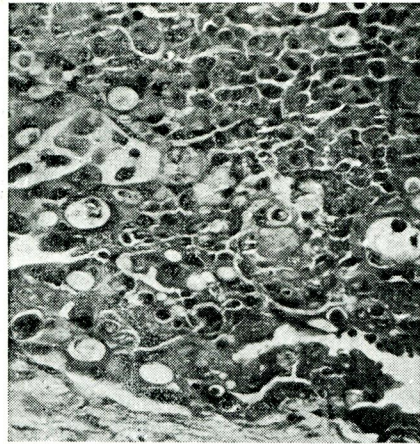


Fig. 10. — Registo n.º 9.140. — Aspecto epidermóide, com células volumosas e desiguais.

*Tratamento e sequência:* — Com diagnóstico clínico de blastoma mamário e histo-patológico de câncer néo-mamário, a doente foi operada em nosso Serviço, tendo sido praticada mastectomia total, segundo a técnica de Halsted. Na sequência operatória, houve deiscência na sutura cutânea, tendo sido praticado enxerto de pele, tipo Braune. O exame histo-patológico da peça operatória revelou: — Carcinoma néo-mamário. (a) F. Fialho.

*Observação n.º 3.*

Registo n.º 9.075 do S.N.C. Mulher, preta de 46 anos: procurou o Serviço em 7-3-947.

*Doença atual:* — Há 3 meses notou na mama direita, pequeno nódulo duro, que cresceu rapidamente sem lhe causar incômodo. Há 21 dias, aproximadamente, o tumor ulcerou, tendo nessa ocasião havido perda de líquido semelhante a pús. Aplicou remédios locais sem melhoras, razão por que procurou tratamento hospitalar. Informa a paciente que nunca sofreu traumatismo nas mamas e nega passado mórbido mamário, bem como mastodínias.

*Exame local:* — À inspecção das mamas, verificamos ser a direita bem mais volumosa que a esquerda. Apresenta à formação tumerosa das dimensões de

uma nóz, localizada no quadrante súpero-externo, ulcerada, com bordos irregulares, de fundo necrosado. A pele que circunda a ulceração, tem aspecto avermelhado. Pela palpação, verificamos a existência de grande tumor duro, indolor, ocupando quase toda a mama, aderente à pele na porção ulcerada e livre, do plano muscular profundo.

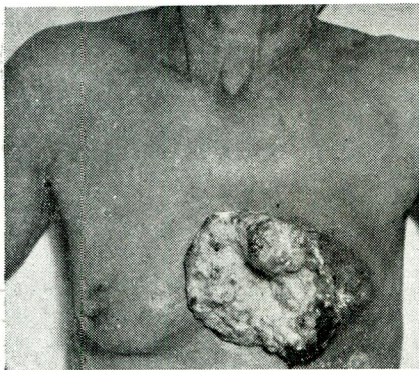


Fig. 11. — Registro n.º 9.500, do S. N. C. — Tumor ulcerado da mama esquerda.

Volumosas adenopatias axilares, duras, móveis e indolores. Mama esquerda e gânglios tributários, clinicamente normais. Radiografia do torax: — Pulmões transparentes — arcabouço costal — normal.

*Tratamento e seqüência:* — Com o diagnóstico clínico de blastoma ulcerado da mama direita, a doente foi operada no S.N.C., a 2 de abril de 1947. Mastectomia total, tipo Halsted com esvaziamento axilar. Alta sob vigilância para roentgenterapia complementar, em 17 de abril de 1947. O exame histo-patológico da peça P.C. 11.441 revelou: *Carcinoma da glândula mamária* originado nos ductos escretores com evolução epidermóide, constituindo o chamado carcinoma néo-mamário — grau 3 Broders. (a) F. Fialho.

*Observação n.º 4.*

Registro n.º 9.140 do S.N.C. — Mulher preta, de 27 anos, doméstica; procurou o Serviço em 22-3-947.

*Doença atual:* — Há um ano sentiu prurido na mama direita. Um mês depois notou tumor no espaço inter-mamário, junto à 10.<sup>a</sup> costela, do lado direito, tumor arredondado, do volume de uma nóz. Operada em maio de 1946. O tumor foi enviado para o Rio. Ante o resultado, informaram à paciente que devia ser re-operada para extirpação total da mama. Recusou essa indicação operatória. Em outubro do mesmo ano, outro nódulo

aparecido no sulco sub-mamário, levou a doente a procurar seu médico assistente. Êsse a encaminhou ao Serviço Nacional de Câncer.

*Exame local:* — À inspeção da face anterior do tórax, verificamos serem ambas as mamas do mesmo volume, com aréolas e mamilas, normais, estando no entanto, a direita, voltada para baixo. Notamos na parte externa da mama direita, cicatriz operatória de 10 cms. de comprimento com características normais. À palpação, sentimos no quadrante infero-externo, junto do sulco costo-mamário direito, formações nodulares, constituindo tumor único. A expressão da mama não provoca corrimento mamilar. Gânglios axilares em ambos os lados, duros, móveis e indolores; possivelmente metastáticos. Mama esquerda normal ao exame clínico. Radiografia do torax: — Ausência de metástases pulmonar ou óssea. Exame histo-patológico: — Carcinoma da mama tipo epidermóide grau III.

*Tratamento e seqüência:* — Operada em 2-5-47 em nosso Serviço, sob anestesia peridural; praticada mastectomia total com esvaziamento axilar. Seqüência operatória sem acidente — Alta em 15-5-47. Encaminhada à secção de roentgenterapia para tratamento complementar. O exame histo-patológico da peça revelou: — Carcinoma néo-mamário — P.C. 1.463. (a) F. Fialho.

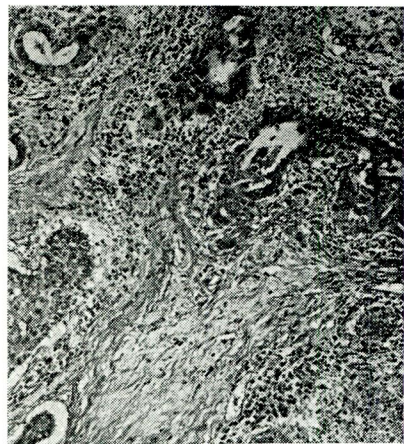


Fig. 12. — Registro n.º 9.500, do S. N. C. — À esquerda, tumor glandular e à direita, evolução epidermóide.

*Observação n.º 5.*

Registro n.º 9.500 — Mulher, branca de 50 anos, casada; procurou o Serviço em 14-6-947.

*Doença atual* — Há mais de 1 ano, notou nódulo na parte inferior da mama esquerda. Procurou um Serviço Hospitalar, tendo pedido alta, ao sa-

ber que ia ser operada. Voltando para casa, durante vários meses usou pomadas com óleo de fígado de bacalhau. O tumor aumentou de volume e acabou ulcerando há cerca de 2 meses, dando saída a grande quantidade de líquido. Desde então, seu estado geral vem declinando. Apareceram dores locais.

*Exame local:* — À inspecção da mama esquerda, observamos grande tumor ulcerado medindo 15x15 cms., circundado por nódulos elevados, que ocupa quase toda a metade direita da mama. A superfície dessa ulceração é irregular e apresenta formações arredondadas, exuberantes, com zonas esbranquiçadas de necrose. A pele que circunda o processo ulcerativo tem coloração arroxeadada. Pela palpação verifica-se: toda a mama esquerda de consistência dura, indolor e aderente ao plano muscular; na axila esquerda, múltiplos gânglios, duros e móveis. Clinicamente normais a mama direita e regiões tributárias. Foi feita a biopsia, no S.N.C., que revelou: B. 3.897 — Carcinoma epidermóide do tipo intermediário, grau III.

*Tratamento e seqüência:* — Com diagnóstico clínico de blastoma ulcerado da mama e histopatológico de carcinoma epidermóide, a doente foi em 17-6-47, operada em noso Serviço, sob anestesia peri-dural. Mastectomia total com esvaziamento axilar. Durante o ato operatório foi verificado que o tumor estava francamente aderente à parede costal, não tendo sido possível extirpá-lo nesse ponto. Dada a grande perda de substância cutânea, a cobertura da ferida operatória foi incompleta, ficando à mostra toda porção correspondente ao resíduo tu-

moroso. Como tratamento da lesão residual, foi planejada a aplicação de rádio à distância, em molde de feltro com 1 e meio centímetro de espessura. A doente recebeu fracionadamente 6.750 miligramas no espaço de 50 horas, durante 8 dias.

O tratamento pela curieterapia foi perfeitamente suportado, estando a doente aguardando que se

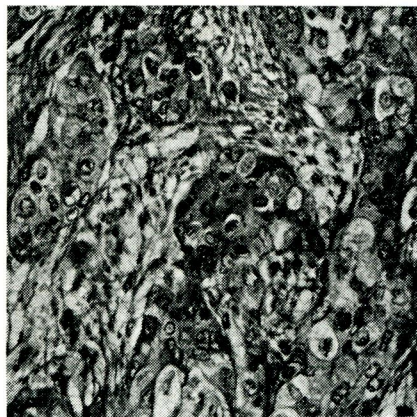


Fig. 15. — Registo n.º 9.500, do S. N. C. — Área epidermóide do mesmo tumor da figura anterior, com grande aumento.

faça a cobertura da perda de substância operatória pelo enxerto cutâneo linear. O exame da peça revelou: — Câncer néo-mamário. P.C. 1.500 (a) F. Fialho.

## CIRURGIA DO ESTÔMAGO

*O trabalho de Zolliger e Hoerr publicado no J.A.M.A. de 14 de junho de 1947, vem mostrar que as operações gástricas, provocam perturbação da absorção dos hidratos de carbono, em grande número de pacientes.*

*A causa desse desvio da absorção normal dos açúcares, é ainda desconhecida.*

*Pode permanecer durante anos e não está ligada à natureza da lesão que leva à cirurgia: úlcera ou câncer. A refeição rica em glicídios provoca rapidamente, subida exagerada glicemia e logo após, célere queda, não raro para cifra inferior à normal. Tudo leva a crer que os doentes gastrectomizados serão beneficiados com dieta pobre em hidratos de carbono.*