

## MELANOMA METASTÁTICO MIMETIZANDO CARCINOMA INFLAMATÓRIO DE MAMA: O PRIMEIRO RELATO DE CASO BRASILEIRO

### METASTATIC MELANOMA MIMICKING INFLAMMATORY BREAST CARCINOMA: THE FIRST BRAZILIAN CASE REPORT

Maria Clara Ferreira Nonato Romaniaia<sup>1</sup>; Cláudio Franco do Amaral Kfourri, AcCBC-SP<sup>1</sup>; Ana Luisa Ferreira e Silva<sup>1</sup>; Andressa Ferreira e Silva<sup>2</sup>; Eduardo Venerando<sup>1,3</sup>; Luciana Borges Lombardi<sup>3</sup>; Welington Lombardi<sup>1,3</sup>.

#### RESUMO

Embora a literatura não apresente correlações patológicas entre carcinoma inflamatório de mama e melanoma, é de grande importância relatar a raridade deste caso. Objetiva-se demonstrar a relevância do diagnóstico diferencial do melanoma e do carcinoma inflamatório de mama que, associado à interpretação de exames e reflexão clínica, pode levar a dúvidas no diagnóstico. A paciente avaliada, do sexo feminino, branca, 75 anos, queixava-se de aumento da mama direita há um mês e meio. Ao exame físico, verificou-se mama direita maior que a esquerda, hiperemiada, pele em casca de laranja e axila pétérea. As evidências clínicas indicavam carcinoma inflamatório de mama, mas o exame anatomopatológico confirmou o quadro de melanoma de parênquima mamário metastático. Neste caso, exemplifica-se a difícil tarefa da prática médica e salienta-se a necessidade de grande conhecimento por parte do profissional médico para o variado leque de diagnósticos diferenciais até a confirmação do diagnóstico correto.

**Descritores:** Neoplasias da Mama. Melanoma. Mamografia. Metástase Neoplásica. Diagnóstico Diferencial.

#### ABSTRACT

Although the literature does not present pathological correlations between inflammatory breast carcinoma and melanoma, it is a great importance to report the rarity of this case. The purpose of this study was to demonstrate the relevance between the differential diagnosis of melanoma and inflammatory breast carcinoma, which, together with interpretation of clinical exams and reflections, may lead to doubts in the diagnosis. The 75-year-old white female patient complained of right breast enlargement for one and a half month. On physical examination, the right breast was larger than the left, hyperemic, skin in peau d'orange and stony armpit. Clinical evidence indicated breast inflammatory carcinoma, but pathologic examination confirmed the presence of metastatic mammary parenchymal melanoma. In this case, the difficult task of the medical practice is exemplified and the need for greater knowledge by the doctors is highlighted for the varied range of differential diagnoses until confirmation of the correct diagnosis.

**Keywords:** Breast Neoplasms. Melanoma. Neoplasm Metastasis. Diagnosis, Differential.

#### INTRODUÇÃO

O carcinoma inflamatório de mama caracteriza-se por inflamação decorrente de êmbolos neoplásicos nos linfáticos cutâneos e subcutâneos. São evidenciados edema, eritema, hiperemia, pele em casca de laranja, sinais de permeação linfática dérmica e massa tumoral. É principalmente tratada com quimioterapia e radioterapia<sup>1</sup>.

Algumas doenças apresentam semelhanças clínicas com o carcinoma inflama-

tório, nas quais não se inclui o melanoma, sendo rara a associação entre sinais e sintomas das duas patologias<sup>2</sup>.

O melanoma, tumor de origem neuroectodérmica, origina-se a partir dos melanócitos, sob a forma de manchas ou nódulos, e pode sofrer metastização principalmente para pele, pulmão, fígado e cérebro<sup>3</sup>.

Desenvolve-se, em geral, sobre um nevo preexistente com características pecu-

<sup>1</sup> Universidade de Araraquara, Faculdade de Medicina, Araraquara, SP, Brasil.

<sup>2</sup> União das Faculdades dos Grandes Lagos, Faculdade de Medicina, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Santa Casa de Araraquara, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Araraquara, SP, Brasil.

liares. Como tratamento, recomenda-se a excisão do nevo associada à quimioterapia e radioterapia. O principal fator de risco para o câncer de pele é a exposição excessiva aos raios UV, sendo que a doença é mais incidente em pessoas de pele e olhos claros<sup>2,3</sup>.

## RELATO DO CASO

S.D.F., feminino, 75 anos, branca, olhos claros, procurou atendimento médico com queixa de aumento de mama direita há um mês e meio; relatava ter sido anteriormente tratada com antibioticoterapia para mastite. Nos antecedentes pessoais, apresentava psoríase e hepatite B; G2 N2 A0, não amamentou. Referia ainda tabagismo há mais de 50 anos (um maço/dia). No exame físico, verificou-se mama direita (D) maior que a esquerda, hiperemia, pele *d'orange* e axila pétérea.

Mamografia (MMG) realizada no mês anterior foi classificada como normal (categoria 2), apesar de apresentar espessamento difuso da pele a D (Figuras 1 e 2). A hipótese diagnóstica inicial foi de carcinoma inflamatório de mama D, com estadiamento clínico T4N2Mx.



Figura 1. Mamografia em Médio-Lateral-Oblíquo. Espessamento difuso da pele e tecido subcutâneo à direita.

Realizou-se punção biópsia aspirativa da axila D, que resultou neoplasia pouco diferenciada de morfologia a esclarecer (Figura 3). A biópsia incisional diagnóstica da mama (Figura 4) mostrou também infiltra-

ção de derme profunda, tecido mamário tecido adiposo subcutâneo, além de êmbolos linfáticos dérmicos.

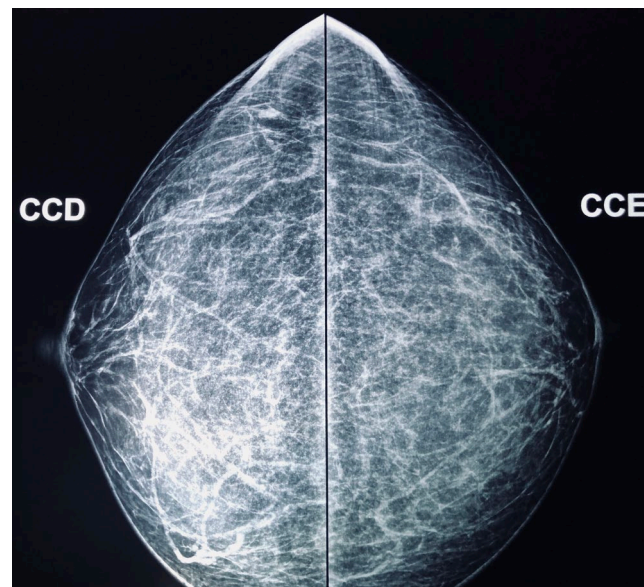


Figura 2. Mamografia em crânio-caudal. Espessamento difuso da pele e tecido subcutâneo à direita compatível com carcinoma inflamatório de mama.

O estudo cintilográfico foi negativo para metástases ósseas; Ultrassom (US) de abdome não apresentou sinais de disseminação, Eletrocardiograma (ECG) normal, Radiografia (RX) de Tórax revelou pulmões expandidos, sem velamentos; PET-CT mostrou nódulo pulmonar de 0,7cm na região da língula; e Ressonância Nuclear Magnética (RNM) do crânio acusou lesões nodulares compatíveis com implantes neoplásicos secundários.

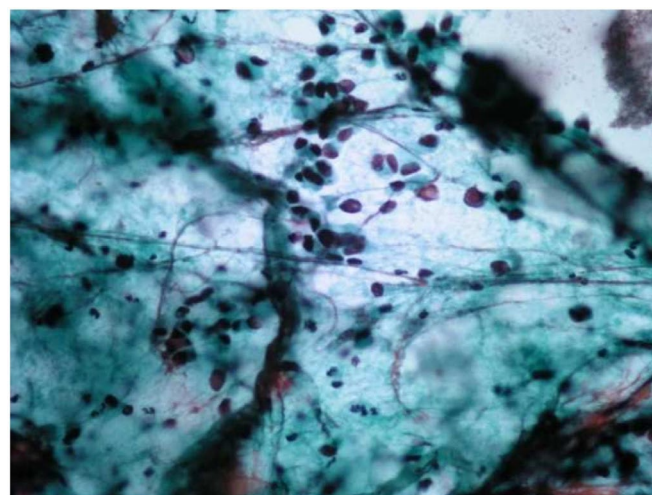


Figura 3. Anatomopatológico da Punção Aspirativa por Agulha Fina. Neoplasia indiferenciada de morfologia indeterminada. Células neoplásicas soltas, sem coesão, com núcleos discarióticos e hiper cromáticos com pouco citoplasma.

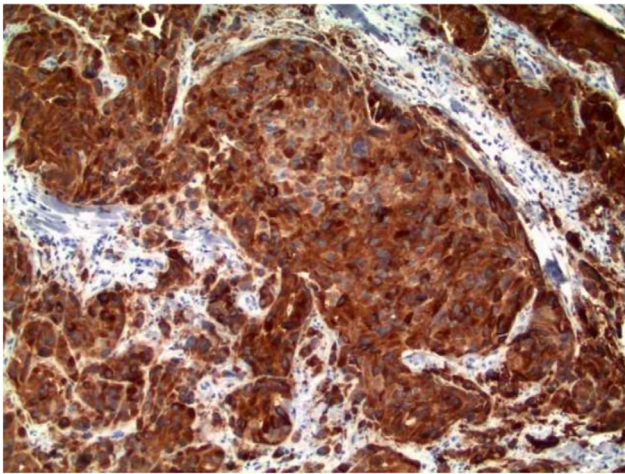


Figura 4. Biópsia Excisional de Mama - Anatomopatológico. Demonstrando células cujo citoplasma apresenta-se repleto de corpúsculos com melanina, confirmando diagnóstico de Melanoma de Mama triplo negativo.

O exame anatomopatológico (AP) determinou o diagnóstico de infiltração de derme profunda, subcutâneo e tecido mamário por melanoma triplo negativo (receptor de estrógeno, receptor de progesterona e c-erbB2), que se desenvolveu a partir de um nevo preexistente na região torácica e sofreu disseminação para a pele da mama. Paciente foi encaminhada para a quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, já que apresentava metástase cerebral. Evoluiu com metástase pulmonar e foi a óbito em três meses.

## DISCUSSÃO

O carcinoma inflamatório de mama é uma forma de carcinoma ductal, cuja inflamação é originada pela presença de êmbolos neoplásicos nos linfáticos cutâneos e subcutâneos<sup>4</sup>.

Seu diagnóstico clínico é baseado em edema e eritema, pele em casca de laranja - identificados no exame físico da paciente - dor mamária, nódulos palpáveis, alargamento rápido e difuso da mama e espessamento dérmico<sup>5</sup>.

As abordagens terapêuticas são a radioterapia e quimioterapia, podendo estar associadas à mastectomia e dissecação de vasos linfáticos axilares. Apesar da baixa sobrevida e alta recidiva, a introdução de terapêutica multimodal permitiu a melhora do prognóstico da patologia nos últimos anos. Ainda assim, a maioria dos doentes morre com metástases a distância<sup>1,4</sup>.

A etiologia da doença está relacionada à gravidez e lactação, história familiar de câncer de mama e fumo. Como fatores de prognóstico têm-se idade, receptores hormonais, metastização, taxa de receptores de EGF e sobre expressão do gene c-erbB2 e de P53<sup>4,5</sup>.

Doenças linfossarcomatosas, de *Lyme*, de *Mondor*, de *Fox* e *Fordyce*, além do tumor filóide e sarcoma da mama podem apresentar semelhanças clínicas com o carcinoma inflamatório<sup>4</sup>. Neste atípico caso, a paciente apresentava melanoma cutâneo com sintomas de carcinoma inflamatório de mama.

O melanoma é um tumor de origem neuroectodérmica, que se forma a partir dos melanócitos, células localizadas na junção epiderme-derme e que sintetizam melanina. Apresenta grande capacidade de metastização por disseminação hematogênica, principalmente na pele, pulmão, fígado e cérebro<sup>2,3,6</sup>. Dos pacientes com melanoma, 20 a 40% apresentam metástases cerebrais decorrentes da origem embriológica neuroectodérmica comum entre as células neurais e os melanócitos<sup>7</sup>. No caso, a paciente já apresentava metástase cerebral quando diagnosticada com melanoma e, no curso da doença, houve também migração das células tumorais para o pulmão.

Os melanomas apresentam-se sob a forma de manchas ou nódulos. Em geral, o melanoma maligno se desenvolve sobre um nevo preexistente com assimetria, bordas irregulares, variações de cor, diâmetro maior que o fundo de um lápis, prurido, sangramento e inflamação. O melanoma cutâneo pode ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo mais comum no tronco (em homens) e nas extremidades inferiores (em mulheres)<sup>2,7</sup>.

A avaliação para diagnóstico se inicia com inspeção da lesão primária, da pele adjacente e da cadeia linfática que drena a área suspeita. Para a confirmação do diagnóstico, é importante a biópsia e a dermatoscopia; e recomenda-se RX e Tomografia Computadorizada (TC) de tórax, US hepático, cintilografia óssea, PETCT, RNM de cérebro e TC de abdome para a localização de metástases<sup>1,2,4,5</sup>. No caso, o exame anatomopatológico foi determinante para o diagnóstico de melanoma.

Determinando-se a espessura do tu-

mor e tendo acesso aos achados histopatológicos, as lesões confirmadas requerem uma excisão com margem de um a 2cm. São também utilizadas como tratamento a quimioterapia e radioterapia, a qual foi optada em decorrência das metástases cerebrais que a paciente apresentava<sup>1,3,8</sup>.

O principal fator de risco para o câncer de pele é a exposição excessiva aos raios UV; irritações crônicas e exposição a substâncias químicas também influenciam. Com relação ao melanoma, associa-se também a pele clara, olhos claros - características da paciente - história prévia de câncer de pele, história familiar de melanoma, nevos congênitos e displásico e xeroderma pigmentoso<sup>8</sup>.

Acredita-se que seja o primeiro relato de caso brasileiro envolvendo o diagnóstico clínico de carcinoma inflamatório de mama e diagnóstico AP de melanoma metastático, após intensa revisão bibliográfica em banco de dados, visto que não existem relatos semelhantes publicados em periódicos nacionais. Dessa forma, evidencia-se a necessidade e o desafio em realizar o diagnóstico precoce, principalmente comprovado por AP, para que a terapêutica seja adequada. Fatos esses que possam melhorar o prognóstico envolvido para esse grupo restrito de pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Ha KY, Glass SB, Laurie L. Inflammatory breast carcinoma. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2013;26(2):149-51.
2. Wainstein AJA, Belfort JA. Conduta para melanoma cutâneo. *Rev Col Bras Cir*. 2004;31(3):204-14.
3. Weber AL, Nunes DH, Souza Filho JJ, Pinto CJC. Avaliação de 496 laudos anatomopatológicos de melanoma diagnosticados no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2007;82(3):227-32.
4. Valsassina MV. Carcinoma inflamatório da mama. *Acta Med Port*. 2002;15:461-4.
5. Anderson WF, Schairer C, Chen BE, Hance KW, Levine PH. Epidemiology of inflammatory breast cancer. *Breast Dis*. 2005;22(1):9-23.
6. Ming M, Schuchter L. Tumores cutâneos melanomas e não melanomas. In: Goldman L, Ausiello D, editores. *Cecil - Tratado de Medicina Interna*. 23a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 1755-9.
7. Dimatos D, Duarte FO, Machado RS, Vieira VJ, Vasconcellos ZAA, Bins-Ely J, et al. Melanoma cutâneo no Brasil. *Arq Cat Med*. 2009;38 Supl 1:14-9.
8. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e controle de câncer. *Rev Bras Cancerol*. 2013;48(3):317-32.

Recebido em: 03/09/2018

Aceito para publicação: 18/10/2018

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

## Endereço para correspondência:

Claudio Franco do Amaral Kfour

E-mail: [cfakfour@gmail.com](mailto:cfakfour@gmail.com)

[claudiofakfour@uol.com.br](mailto:claudiofakfour@uol.com.br)