

Case Report/Caso Clínico

Lobular carcinoma in situ of the breast within a fibroadenoma – case report

Fibroadenoma da mama com carcinoma lobular in situ - um caso clínico

Susana Santo*;Joana Pauleta*, Paulo Santos**, Ana Palha**, Dora Simões***

Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

ABSTRACT

A rare case of lobular carcinoma within a fibroadenoma of the breast in a 41-years-old woman is reported. The patient had a well-defined mass, in the transition of the external quadrants with 1.5cm, diagnosed at the age of 37. Ultrasonography revealed an anechogenic mass, with regular borders, with 14x11mm, suggesting the diagnosis of a fibroadenoma. Annual surveillance was performed. Four years later the patient noticed mass enlargement. The ultrasonography showed that the mass had the same characteristic but measured 29x10mm. Local excision was proposed. During the surgery one additional mass was found and all were removed. The anatomopathologic examination concluded that were three fibroadenomas; the smaller one had a lobular carcinoma within it. Magnetic resonance and mamography surveillance was proposed and three years after mass excision the patient is doing well, with no evidence of recurrent disease.

Keywords: fibroadenoma, carcinoma in situ

INTRODUÇÃO

O fibroadenoma é um tumor frequente da mama, com pico máximo de incidência na segunda e terceira décadas de vida. O desenvolvimento de carcinoma num fibroadenoma é um evento raro, sendo geralmente um achado aquando da realização do exame anatomopatológico. A conduta clínica mais adequada para esta entidade mantém-se controversa nos dias de hoje.

* Interna de Obstetria/Ginecologia

** Assistente Hospitalar de Obstetria/Ginecologia

*** Assistente Hospitalar Graduada de Obstetria/Ginecologia

CASO CLÍNICO

Mulher de 37 anos com menarca aos 14 anos e ciclos menstruais regulares, nulípara, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, referenciada à consulta de mastologia por nódulo da mama direita. O exame objectivo mamário revelou tratar-se de uma formação de consistência elástica, bem delimitada, com cerca de 1,5cm de maior diâmetro, localizada no quadrante supero-externo; não foram identificadas adenomegalias axilares ou supra-claviculares. A ecografia mamária demonstrou a existência de duas formações na transição dos quadrantes externos da mama direita: uma quística com 23x7mm e outra hipocogénica,

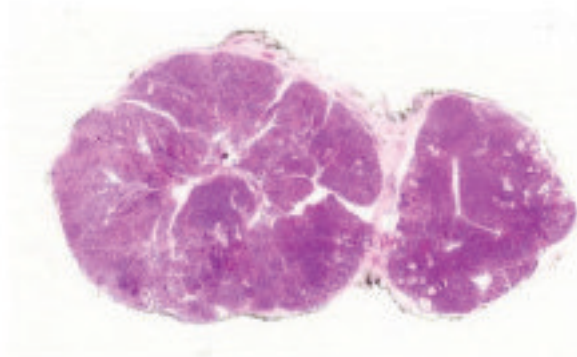


Figura 1 - Fibroadenoma (corte transversal)

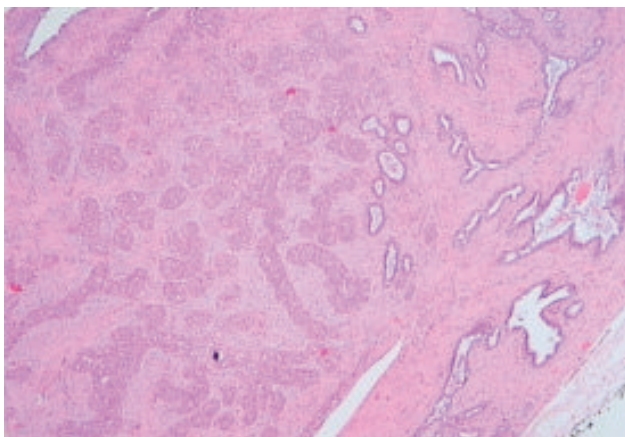


Figura 2 - Carcinoma in situ (seta) no fibroadenoma. Limites dos ácinos bem definidos.

de limites bem definidos, com 14mm de maior diâmetro, sugestiva de nódulo de fibroadenoma. A doente manteve controlo imagiológico anual sem alterações das características morfológicas das formações referidas anteriormente. Quatro anos decorridos desde o diagnóstico constatou-se um aumento das dimensões da formação nodular. A ecografia revelou a presença de dois nódulos hipocogénicos, bem delimitados, um localizado no quadrante supero-externo da mama direita com 29x10mm e outro na transição dos quadrantes internos com 11mm de maior diâmetro. A mamografia não revelou alterações significativas. Dado o aumento das dimensões da formação do quadrante supero-externo, procedeu-se à exérese do mesmo, aproximadamente seis meses após a realização do exame. Durante o procedimento identificou-se mais um nódulo na transição dos quadrantes externos tendo-se realizado, sob anestesia local, a excisão das três formações. O exame anatomopatológico das peças operatórias revelou tratarem-se de três nódulos de fibroadenoma. No nódulo mais pequeno (1,5cm

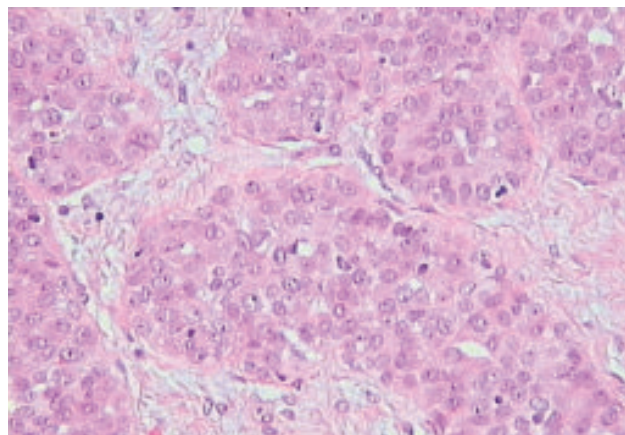


Figura 3 - Ácinos preenchidos e distendidos por células proliferativas, monomórficas, pequenas, com núcleos redondos e uniformes.

de maior diâmetro) constatou-se a coexistência de carcinoma lobular *in situ*, sendo revestido por cápsula fibrosa sem tumor (figuras 1-3). O caso clínico foi discutido em consulta multidisciplinar de decisão terapêutica tendo-se optado por atitude expectante, com vigilância imagiológica com ressonância magnética (6 meses após a cirurgia) e posteriormente com mamografia. Decorridos 3 anos desde a excisão dos nódulos, a doente encontra-se clinicamente bem, sem evidência de recorrência da doença.

DISCUSSÃO

O fibroadenoma é uma neoplasia benigna, constituída por tecido epitelial e estroma, frequente em mulheres jovens e raramente associada ao desenvolvimento de lesões malignas. O diagnóstico histológico de carcinoma em fibroadenoma requer a visualização de células neoplásicas no interior do fibroadenoma as quais podem estender-se focalmente ao estroma e ductos adjacentes.

O principal tipo de carcinoma que ocorre no fibroadenoma é o carcinoma *in situ*, lobular ou ductal; a coexistência com carcinoma invasivo é extremamente rara. O carcinoma *in situ* no fibroadenoma tem uma prevalência estimada entre 0,02% (2 casos em 8512 fibroadenomas)¹ e 2,9% (9 casos em 310 fibroadenomas)². Alguns autores consideram que o subtipo mais frequente é o carcinoma lobular *in situ*^{3,4}. Diaz *et al*⁵ encontrou prevalências similares de carcinoma *in situ* lobular e ductal.

A idade média do diagnóstico é de 44 anos, uma a duas décadas mais tarde que a média de idades do diagnóstico de fibroadenoma simples^{5,6}. A apresentação clínica do carcinoma *in situ* em fibroadenomas é similar à dos fibroadenomas que ocorrem isoladamente⁷. Os achados imagio-

lógicos que podem sugerir malignidade são a alteração da forma, a irregularidade dos bordos, a alteração da ecogenicidade e a presença de microcalcificações suspeitas⁸.

O comportamento biológico dos carcinomas que ocorrerem em fibroadenomas parece não ser diferente dos carcinomas do mesmo tipo histológico não relacionados com fibroadenomas^{6,7}.

O carcinoma lobular *in situ* é considerado um “factor de risco” para o desenvolvimento de carcinoma da mama⁶ sendo ainda hoje controverso qual o tratamento mais adequado para o mesmo. A excisão local seguida de vigilância ou a mastectomia são as opções terapêuticas para o carcinoma *in situ*; há contudo autores que consideram a mastectomia uma abordagem muito agressiva para o tratamento desta entidade⁶. No entanto, importa referir que o carcinoma *in situ* é por vezes multicêntrico (podendo ser identificadas outras lesões na mama homolateral ou contralateral)⁶, pode recorrer ou evoluir para carcinoma invasivo. *Pick e Iossifides*⁹ efectuaram uma revisão de 28 doentes com carcinoma lobular *in situ* em fibroadenoma; 10 foram submetidos a excisão local e 18 a mastectomia (simples, modificada ou radical). No grupo de doentes submetidas a excisão local houve duas recorrências, tendo sido realizada subsequentemente a mastectomia; não houve recorrências no grupo submetido inicialmente a mastectomia. Das 28 doentes, apenas uma apresentava sinais de doença, estando o intervalo de vigilância compreendido entre os 0,2 e 26 anos; houve registo de um morte de causa não ginecológica. *Ozello et al*¹⁰ verificou numa série de 10 doentes submetidas a excisão local de carcinoma lobular *in situ* em fibroadenoma, que não houve recorrência da doença por um período de tempo compreendido entre 3 e 25 anos.

A presença da fibroadenoma é um factor independente no desenvolvimento de carcinoma na mama homolateral ou contralateral, não influencia o desenvolvimento da lesão tumoral mas antes, contribui para a sua detecção mais pre-

coce⁹. O tratamento do carcinoma no fibroadenoma deve seguir os princípios preconizados para o tratamento o tipo histológico de carcinoma encontrado.

Deste modo, face geralmente a um diagnóstico inesperado de carcinoma *in situ* em fibroadenoma é necessário proceder a uma integração dos achados no contexto pessoal e familiar da doente, explicitando que se trata de uma entidade rara, com baixo potencial de malignidade. Como tal, a excisão local é uma opção terapêutica adequada requerendo, no entanto, o cumprimento de um esquema de vigilância rigoroso que visa a detecção de sinais precoces de recorrência da doença.

REFERÊNCIAS

1. Deschênes L, Jacob S, Fabia J, Christen A. Beware of breast fibroadenomas in middle-aged women. *Can J Surg* 1985; 28:372-4.
2. Markopoulos C, Kouskos E, Mantas D, Kontzoglou K, Antonopoulou K, Revenas Z, Kyriakou V. Fibroadenomas of the breast: is there any association with breast cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* 2004; 25:495-7.
3. Kuijper A, Mommers ECM, van der Wall E, van Diest PJ. Histopathology of fibroadenoma of the breast. *Am J Clin Pathol* 2001; 115:736-42.
4. Buzanowski-Konakry K, Harrison EG Jr, Payne WS. Lobular carcinoma arising in fibroadenoma of the breast. *Cancer* 1975; 35:450-6.
5. Diaz NM, Palmer JO, McDivitt RW. Carcinoma arising within fibroadenomas of the breast – a clinicopathologic study of 105 patients. *Am J Clin Pathol* 1991; 95:614-22.
6. Stafyla V, Kotsifopoulos N, Grigoriades K, Kassaras G, Sakorafas GH. Lobular carcinoma in situ of the breast within a fibroadenoma. *Gynecol Oncol* 2004; 94:572-4.
7. Shah AK, Pathak R, Banerjee SN, Kaul A, Niazi M, Girishkumar HT. Lobular carcinoma-in-situ within a fibroadenoma of the breast. *Postgrad Med J* 1999; 75:293-4.
8. Borecky N, Richard M. Preoperative diagnosis of carcinoma within fibroadenoma on screening mammograms. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2008; 52:64-7.
9. Pick PW, Iossifides IA. Occurrence of breast carcinoma within a fibroadenoma – a review. *Arch Pathol Lab Med* 1984; 108:590-4.
10. Ozzello L, Gump FE. The management of patients with carcinomas in fibroadenomatous tumors of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 160: 99:104.