

Análise de um caso de câncer de mama com recidiva**Analysis of a breast cancer case with recurrence****Análisis de un caso de cáncer de mama com recurrencia****Recebido: 04/04/2017****Aprovado: 15/10/2017****Publicado: 07/05/2018****Ricardo Dias da Silva¹**

Este é um estudo de caso que tem como objetivo avaliar um caso de câncer de mama com recidiva em uma paciente de um hospital de câncer a partir dos seguintes parâmetros: fatores de risco, diagnóstico, fatores prognósticos, tratamento e recidiva. Analisou-se criteriosamente o prontuário e exames da paciente entre junho de 2013 e junho de 2016. O diagnóstico encontrado foi carcinoma ductal infiltrante grau II; fatores de risco: sexo feminino, idade; raça; estresse emocional, tecido mamário denso, tabagismo, etilismo, dieta rica em gorduras, terapia de reposição hormonal, história familiar de câncer de mama (parente de primeiro grau) e nuliparidade; tratamento: mastectomia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia; recidiva em três anos. Concluiu-se que houve presença de vários fatores de risco para o câncer de mama, diagnóstico tardio, tratamento adequado e ocorrência de recidiva no tempo esperado.

Descritores: Neoplasias da mama; Fatores de risco; Recidiva.

This is a case study that aims to assess a case of breast cancer with recurrence in a patient of a cancer hospital from the following parameters: risk factors, diagnosis, prognostic factors, treatment and recurrence. Medical records and patient exams were carefully examined from June 2013 and June 2016. The diagnosis found was infiltrating ductal carcinoma grade II; risk factors: female, age; race; emotional stress, dense breast tissue, smoking, alcoholism, high-fat diet, hormone replacement therapy, family history of breast cancer (first-degree relative) and nulliparity; treatment: mastectomy, radiation, chemotherapy and hormone therapy; relapse in three years. We concluded that multiple risk factors for breast cancer were present, as well as late diagnosis, adequate treatment and occurrence of relapse in the expected time.

Descriptors: Breast neoplasms; Risk factors; Recurrence.

Este es un estudio de caso que tiene como objetivo evaluar un caso de cáncer de mama con recurrencia en una paciente de un hospital de cáncer a partir de los siguientes parámetros: factores de riesgo, diagnóstico, factores pronósticos, tratamiento y recaída. Se analizó criteriosamente el prontuario y exámenes de la paciente entre junio de 2013 y junio de 2016. El diagnóstico encontrado fue carcinoma ductal infiltrante grado II; factores de riesgo: sexo femenino, edad; raza; estrés emocional, tejido mamario denso, tabaquismo, alcoholismo, dieta rica en grasas, terapia de reposición hormonal, historia familiar de cáncer de mama (parente de primer grado) y nuliparidad; tratamiento: mastectomía, radioterapia, quimioterapia y hormonioterapia; recurrencia en tres años. Se concluye que hubo presencia de varios factores de riesgo para el cáncer de mama, diagnóstico tardío, tratamiento adecuado y ocurrencia de recaída en el tiempo esperado.

Descriptores: Neoplasias de la mama; Factores de riesgo; Recurrencia.

1. Enfermeiro. Especialista em Oncologia. Mestrando em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Enfermeiro da Atenção Primária do Município de Patrocínio, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5856-9318 E-mail: ricardodiv@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas resultam de uma proliferação incontrolável de células anormais que surgem com alterações genéticas hereditárias ou adquiridas¹. O câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta devido a sua magnitude epidemiológica, social e econômica^{2,3}. Um terço dos casos novos de câncer que ocorrem ao redor do mundo por ano poderiam ser prevenidos com ações de promoção da saúde e prevenção específicas⁴.

O câncer de mama é atualmente a neoplasia com maior mortalidade no mundo em mulheres, seja em países desenvolvidos e também em desenvolvimento^{1,3-5}. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a taxa de mortalidade no Brasil foi de 14 para cada 100.000 mulheres em 2013³. São estimados 57.960 novos casos de neoplasia maligna da mama em mulheres no Brasil para o ano de 2016, sendo 5.160 casos para o estado de Minas Gerais, caracterizando-o como o câncer mais incidente em mulheres, desconsiderando o câncer de pele não melanoma (CPNM)³.

A neoplasia mamária é uma doença muito temida entre as mulheres, envolvendo fatores psicológicos, a autoimagem e também a sexualidade^{4,6-8}. O câncer de mama é uma doença heterogênea, com diferentes apresentações clínicas, variações genéticas e respostas ao tratamento^{1,4-6}. Durante esse processo a paciente vivencia problemas como a depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias constantes adaptações às mudanças físicas, psicológicas, sociais, familiares e emocionais ocorridas^{7,8}.

Agressões constantes em determinadas partes do DNA provocam lesões genéticas com ativação de proto-oncogenes e inibição de genes supressores tumorais⁹. A história natural do câncer de mama divide-se em fase pré-clínica, que é o intervalo de tempo entre o surgimento da primeira célula maligna até o desenvolvimento tumoral com capacidade de diagnóstico clínico, e a fase clínica, que ocorre a partir desse acontecimento¹. Os principais locais de

metástases do câncer de mama são os ossos, pulmões, fígado, cérebro, ovário e pele¹.

O início de um processo neoplásico na mama é entendido como multifatorial, onde diversos fatores atuam⁹. Entre eles encontram-se as causas ambientais, genéticas e intrínsecas aos hábitos de vida da pessoa^{1,6,9}.

Há um consenso sobre os fatores de risco para o câncer de mama, sendo alguns ainda questionáveis. Entre eles estão sexo feminino; raça/etnia; idade; sedentarismo; tecido mamário denso; dieta rica em alimentos gordurosos e hipercalórica; dieta pobre em fibras; obesidade; etilismo; história familiar de câncer de mama; presença do alelo mutante dos genes BRCA1, BRCA2 e p53; alteração nos genes da família IGF; alterações nos níveis séricos de insulina e leptina; estimulação estrogênica prolongada (menarca precoce, menopausa tardia e primeira gestação acima dos 30 anos); nuliparidade; anticoncepção hormonal; terapia de reposição hormonal (TRH); irradiação ionizante^{3-6,8-14}.

O diagnóstico do câncer de mama deve ser voltado para a detecção precoce, devido à chance de apresentação de um prognóstico favorável^{1,4,6,9,10,15,16}. Os métodos de investigação diagnóstica são o exame clínico das mamas (ECM); os métodos de imagem quem incluem: mamografia (MMG) diagnóstica e de rastreamento (*screening*), ultrassonografia (US) e ressonância magnética (RM); métodos invasivos: biópsia cirúrgica, biópsia percutânea com agulha grossa ou punção por agulha grossa (PAG); punção por agulha fina (PAAF); biópsia por punção à vácuo ou mamotomia¹.

As técnicas imuno-histoquímicas (IMQ) auxiliam na caracterização do câncer, permitindo a análise de variáveis moleculares e maior precisão de uma lesão ou sua subclassificação^{5,6,16}. É um importante instrumento de detalhamento diagnóstico⁶.

A classificação mais encontrada dentre as neoplasias malignas da mama é predominantemente epitelial⁸. O diagnóstico mais comum do câncer de mama é o carcinoma ductal infiltrante, com 47% a 75% dos casos^{1,9}. Outros diagnósticos comuns são carcinoma lobular invasor (0,7% a 15%),

carcinoma ductal "in situ" (0,2% a 18,2%), carcinoma lobular "in situ" (0,3% a 3,8%), carcinoma mucinoso ou colóide (1% a 6%), doença de Paget (1% a 2%) dentre outros⁹.

A recorrência do câncer de mama é uma realidade possível nas mulheres acometidas pela doença. As incertezas da mulher diagnosticada com câncer de mama em relação ao tratamento, convivência com a doença e possibilidade da doença são bem evidenciadas¹⁴.

Os fatores prognósticos na neoplasia da mama são imprescindíveis para o prognóstico e tratamento, sendo eles: idade; o tamanho do tumor; condição dos linfonodos axilares; história familiar; grau histológico; nível socioeconômico; idade; angiogênese / neovascularização e linfangiogênese; índice proliferativo; índice prognóstico de Nottingham; catepsina D; índice de expressão gênica / ácido desoxiribonucléico (DNA); p53; micrometástases em medula óssea; receptores hormonais; c-erb B-2^{5,15}.

Esses fatores são possíveis de serem mensurados no momento da realização do diagnóstico, sendo muito importantes para determinação do tratamento da neoplasia mamária^{5,15}.

A oncologia é uma área carente de ensaios clínicos de grande porte, porém o câncer de mama é uma das doenças mais estudadas em cancerologia¹⁶. Apesar de esse ser um estudo de caso isolado e específico, existe a possibilidade da realização de aprofundamentos maiores nessa área, especificamente para o câncer de mama.

O objetivo do estudo foi avaliar um caso de câncer de mama com recidiva em uma paciente de um hospital de câncer a partir dos seguintes parâmetros: fatores de risco, diagnóstico, fatores prognósticos, tratamento e recidiva.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de caso descritivo, quantitativo e retrospectivo sobre uma usuária com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e com presença de recidiva atendida em um Hospital de Câncer de uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais, região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, tendo sua

população avaliada em 89.333 habitantes e índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,729^{17,18}.

Os dados avaliados nessa pesquisa foram retirados do cadastro, prontuário e dos exames da paciente obtidos na instituição em que a mesma realizou seu tratamento.

O estudo não avaliou nenhuma fonte de dados retirada de fora dos domínios da instituição onde ocorreu a pesquisa. As variáveis foram analisadas criteriosamente e estão compreendidas no período de junho de 2013 a junho de 2016, sendo elas: fatores de risco, diagnóstico, fatores prognósticos, modalidades de tratamento e presença de recorrência.

Os dados retirados das fontes secundárias de registro foram colocados em tabelas e gráfico. Os fatores prognósticos foram apreciados a partir do prontuário, dos exames de biópsia e imuno-histoquímica (IHQ) realizados pela paciente. As modalidades de tratamento e presença de recidiva constatadas em prontuário.

Os dados foram processados e gerenciados no software Excel® versão 2007, com a elaboração de tabela para análise da presença dos fatores de risco específicos do câncer de mama encontrados e os exames diagnósticos utilizados na detecção do tumor primário; gráfico para avaliação da presença dos fatores prognósticos registrados em prontuário.

Para a coleta das informações e realização do estudo foi solicitada por escrito, em duas vias, a autorização prévia da instituição pela autoridade competente, mediante entrega de termo de livre consentimento e esclarecido (TCLE). Essa pesquisa foi autorizada pela instituição detentora dos registros e dados da paciente. A privacidade de identidade da paciente foi garantida durante todo processo da pesquisa. O estudo está adequado aos critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

A paciente deu entrada na instituição em junho de 2013, com 58 anos de idade, encaminhada com neoplasia maligna da mama esquerda (ME), divorciada, moradora urbana. Essa informação sugere que ocorreu o diagnóstico de câncer de mama antes de sua entrada na instituição, o que foi confirmado pela verificação da data dos exames de USG e biópsia por agulha grossa (PAG) realizados pela paciente. O registro fornece somente a informação de que a usuária entrou na instituição após encaminhamento, sem especificações.

Os fatores de risco do câncer de mama encontrados foram: sexo feminino; idade (\geq 50 anos), raça (cor branca), estresse

emocional, tecido mamário denso, tabagismo, etilismo, dieta rica em gorduras, THR, história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau (irmã) e nuliparidade.

É relatado histórico de diferentes neoplasias malignas na família da paciente: leucemia na mãe e câncer de garganta no irmão; informações estas apresentadas sem detalhamentos.

Para o fator de risco TRH, existem informações de realização de “meses dessa modalidade de tratamento” após a menopausa (52 anos). Havia ingestão diária de bebida alcoólica e o uso de 40 cigarros ao dia. Os dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Fatores de risco para o câncer de mama (literatura e os encontrados na paciente) entre junho de 2013 a junho de 2016. Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo. Patrocínio / MG.

Fatores de risco	Fatores de risco relatados em prontuário	Sim (%)	Não/SI* (%)
Sexo Feminino	Sim	5%	0%
Idade (> 50 anos)	Sim	5%	0%
Raça/etnia (Branca)	Sim	5%	0%
Sedentarismo	Sim	5%	0%
Tecido mamário denso	Sim	5%	0%
Dieta hiperlipídica e hipercalórica	Sim	5%	0%
Dieta pobre em fibras	SI	0%	5%
Excesso de peso/Obesidade	Não	0%	5%
Etilismo	Sim	5%	0%
Tabagismo	Sim	5%	0%
História familiar de câncer de mama	Sim	5%	0%
Presença do alelo mutante genética	SI	0%	5%
Alterações nos níveis séricos de insulina e leptina	SI	5%	0%
Menarca precoce	Não	0%	5%
Menopausa tardia**	Não	0%	5%
Primeira gestação acima dos 30 anos	Não	0%	5%
Nuliparidade	Sim	5%	0%
Anticoncepção hormonal***	SI	0%	5%
TRH	Sim	5%	0%
Irradiação ionizante	SI	0%	5%
Total	100%	55%	45%

*SI (sem informação)

**Há controvérsia na literatura sobre a idade para afirmação de menopausa tardia. A paciente esteve por 40 anos em menacme sem nunca engravidar. É necessária investigação mais criteriosa sobre esse fator de risco no caso específico.

***Esse é um fator de risco controverso nas fontes bibliográficas.

O prontuário relata a realização ECM em março de 2013 sugerindo nódulos sólidos em ME presentes há cinco anos, localizados no quadrante superior direito (QSD) e quadrante superior esquerdo (QSE). Não há relato se o ECM realizou-se em campanha de rastreamento e detecção precoce ou por demanda espontânea.

A técnica de PAG deu-se em maio de 2013 confirmando o diagnóstico de carcinoma ductal moderadamente diferenciado grau II. O estadiamento do tumor foi classificado como pT2 pN1b Mx; pT2 (tumor \geq 2cm e \leq 5 cm); pN1b (micrometástases ou macrometástases em linfonodos mamários internos detectada por

biópsia); e Mx (metástases a distância não podendo ser devidamente avaliadas).

Houve a solicitação de exame de imuno-histoquímica (IHQ) para detalhamento diagnóstico do tumor primário e contribuição na elaboração do prognóstico da paciente. O laudo, realizado em abril de 2013, apresenta: painel de anticorpos SP1 positivo em cerca de 90% das células neoplásicas; PGR (anti RP) positivo em cerca de 10% das células neoplásicas; KI-67 positivo em cerca de 20% das células neoplásicas; c-erb B2 (clone EP1045Y) negativo / score 0; E-caderina positivo. A técnica de IHQ conclui confirmação de diagnóstico de carcinoma ductal invasivo e carcinoma de mama com reações positivas para os receptores hormonais de estrógeno e progesterona.

Dentre todas as modalidades do método diagnóstico, apenas a RM e MMG não foi utilizada na investigação diagnóstica (não consta nos registros) do tumor primário. Ressalta-se que o exame de MMG foi solicitado apenas após a recidiva do câncer. Contudo, das modalidades de tratamento, todas elas estiveram presentes em diferentes momentos do acompanhamento da paciente: hormonioterapia, quimioterapia, radioterapia e mastectomia.

O tratamento inicial deu-se com mastectomia em modalidade de quadrantectomia e esvaziamento axilar em ME. Após o procedimento cirúrgico a usuária evoluiu com infecção em ferida operatória por *Staphylococcus Sp.*, tratada com amoxicilina e ácido clavulânico, apresentando boa resposta ao tratamento. O produto da cirurgia revelou carcinoma ductal infiltrante grau III de Scarff medindo 2,5 cm de diâmetro no maior eixo, distando 0,3 cm da margem caudal e comprometimento neoplásico de 3 dos 15 linfonodos dissecados.

Em seguida foi solicitada avaliação para tratamento de quimioterapia e radioterapia adjuvante em março de 2014. Foi realizado procedimento de radioterapia em ME entre abril e maio de 2014. Também solicitou-se exames de MMG e USG. A quimioterapia deu-se com início no mesmo período da radioterapia - Cloridrato de

doxorrubicina + Ciclofosfamida e Taxol. Em seguida realizou-se tratamento com hormonioterapia com Tamoxifeno - sem efeitos positivos - e posteriormente com Anastrozol.

Os exames foram apresentados em agosto de 2014: MMG com BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) 0 - inconclusivo - em ME e BI-RADS 2 - achado benigno - em mama direita (MD). A USG sugeriu fibroadenomas em mama direita.

Os retornos da usuária entre abril de 2014 e maio de 2015 apresentaram exame clínico e laboratoriais sem alterações; queixas de lombalgia e "fôlego curto". Foi realizado encaminhamento ao mastologista e fisioterapeuta.

Em junho de 2015 ocorreu uma queda com a usuária da própria altura com fratura em membro superior esquerdo (MSE), na região do cotovelo. Houve encaminhamento ao ortopedista e queixa de dor por vários meses, com ausência de fratura.

No mês de março de 2016 a usuária percebeu uma nodulação em ME. Foi agendado MMG e USG de abdômen total e encaminhamento ao mastologista. Solicitada biópsia em abril de 2016 com laudo de carcinoma invasivo do tipo não especial recidivado grau II com tamanho de 0,9 cm.

Na constatação da recidiva, foi solicitada em maio de 2016 novo exame de IHQ e tomografia computadorizada (TC) de tórax confirmando nódulo calcificado de aspecto benigno em lóbulo superior pulmão direito (LSD) com 6 mm de tamanho, sinais de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e pequena hérnia hiatal (HI). A radiografia (RX) de tórax feita anteriormente - março de 2016 - não havia detectado alterações. Ao exame de USG - abril de 2016 - foram averiguados sinais de esteatose hepática. Nesse período do tratamento usuária relata ansiedade e angústia.

Após recidiva foi solicitada nova IMQ e avaliação de risco cirúrgico, sendo que o procedimento cirúrgico foi liberado em junho de 2016. Nesse momento o prontuário não fornece mais informações sobre o tratamento da usuária. Dados na Tabela 2.

Tabela 2. Métodos diagnósticos e modalidades de tratamentos para o câncer de mama entre junho de 2013 e junho de 2016. Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo. Patrocínio/MG.

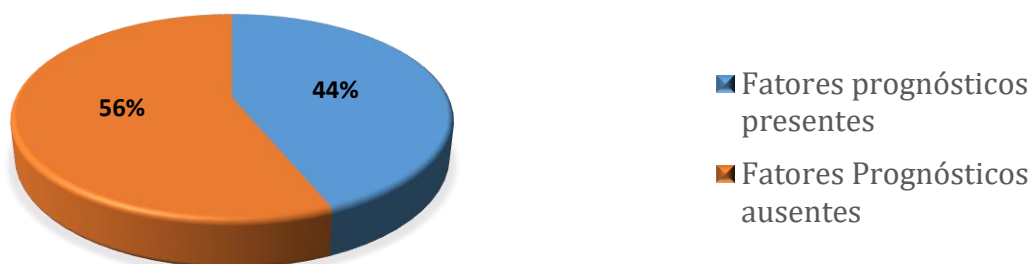
Métodos diagnósticos	Métodos diagnósticos utilizados	Tratamento	Tratamento utilizado
ECM	Sim	Hormonioterapia	Sim
Mamografia*	Sim	Quimioterapia	Sim
USG	Sim	Radioterapia	Sim
Biópsia	Sim	Mastectomia	Sim
IMQ**	Sim	-	-
RM	Não	-	-

*Realizada no diagnóstico da recidiva.

**Complementação e detalhamento diagnóstico⁶.

Os fatores prognósticos relatados em prontuário são: idade; tamanho do tumor – classificação TNM; condição dos linfonodos axilares; tipo histológico; grau histológico; c-erb B2; receptores hormonais. Estão ausentes os relatos de ausência ou presença dos fatores

prognósticos: angiogênese/neovascularização; catepsina D; índice proliferativo; índice prognóstico de Nottingham; índice de expressão gênica / ácido desoxiribonucléico (DNA); p53; micrometástases em medula óssea; nível sócio-econômico, como no Gráfico 1.

Gráfico 1. Relação dos fatores prognósticos do câncer de mama encontrados no prontuário da paciente em maio de 2013. Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo. Patrocínio / MG.

DISCUSSÃO

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública no Brasil^{1,2,4}. As ações de prevenção, rastreamento e detecção precoce do câncer de mama necessitam ser enfatizadas na população feminina e sociedade^{1,2,4,10,16,19}. Entre 2003 e 2013 as mortes causadas pelo câncer de mama aumentaram 52%^{20,21}. Esse valor mostra o aumento da incidência e a presença de outros fatores relacionados à demora no diagnóstico ou início do tratamento oportuno da neoplasia maligna da mama^{20,21}.

Os fatores de risco encontrados no caso servem de alerta e reflexão para a população geral e dos profissionais e gestores na área da saúde. Dentre eles, a idade é considerada o mais importante, uma vez que aumenta em 70% a 80% o risco da doença e também a mortalidade^{1,16,22,23}.

A TRH, dentre os fatores de risco presentes no estudo, mostra-se preocupante,

constatando-se uma prática comum em ginecologia^{13,22-24}. Estudo realizado no Reino Unido, em 2011, mostra a relação da TRH combinada (estrogênio e progesterona) e TRH apenas estrogênica com o câncer de mama nas mulheres avaliadas²². Ressalta-se que a TRH também pode aumentar a chance de morrer por câncer de mama¹¹. A TRH é uma prática que deve passar por rigoroso controle e avaliação médica²³.

O histórico familiar não se apresenta elevada com a incidência (5% a 10%) frente a outros fatores, porém encontra-se presente nesse caso e deve ser ressaltado o rastreamento e medidas necessárias para os familiares da usuária^{1,9,23}. A Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), aponta que 9 em cada 10 mulheres com neoplasia da mama não tem histórico familiar envolvido³.

A American Cancer Society (ACS) traz para essa mesma avaliação o número de 8

para 10 mulheres¹¹. De uma forma geral, a hereditariedade relacionada a 15% de todos os tipos de cânceres².

Ressalta-se também importância do estilo de vida urbano advindo da transição demográfica e da transição nutricional vivenciadas no Brasil^{2,4,25-27}. A mudança no padrão alimentar do brasileiro e do papel social da mulher aumenta a exposição aos fatores de risco ambientais. Injúrias ambientais como estresse e poluição estão associadas a mudanças genéticas na neoplasia da mama²⁸. A usuária avaliada reside em área urbana, é apresentada como uma pessoa estressada, com hábitos alimentares ruins, sedentária, tabagista e etilista. É conferido em prontuário a suspeita do diagnóstico de esteatose hepática na usuária, supondo interpretação da ocorrência de uma dieta inadequada rica em alimentos gordurosos.

Muitos parâmetros de risco para o câncer de mama do caso também se encontram entre as causas gerais para diversos tipos de neoplasias malignas: tabagismo, etilismo, dieta rica em gordura, sedentarismo e etilismo^{2,4,6,13,28}.

A atuação nos fatores de risco modificáveis e nas causas externas das neoplasias mostra-se importante para campanhas de conscientização, uma vez que estimativas apontam uma constatação preocupante: em dez anos as neoplasias serão a principal causa de morte no Brasil^{2,6,28}.

O estudo demonstra de forma clara que o diagnóstico da neoplasia maligna da mama na paciente foi tardio, com a usuária tendo 61 anos de idade e nódulo palpável presente há 5 anos. As campanhas de conscientização e de rastreamento para a detecção precoce (ECM e MMG) existentes devem ser bem delineadas e efetivas^{1,23}. As mesmas não conceberam o diagnóstico precoce, tão importante para redução do estágio de apresentação do câncer (*down-standing*)¹. Nota-se uma falha tanto dos serviços de atenção primária, secundária e também da própria usuária, em seu autocuidado e autonomia com sua saúde de uma forma geral. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça a importância desta autonomia^{1,29}.

O diagnóstico precoce confere a possibilidade de um bom prognóstico^{1,2,4,9,13,15,16,30}. A sobrevivência por câncer nos países em desenvolvimento tem se apresentado menor, tendo dentre as causas prováveis o diagnóstico tardio e acesso limitado ao tratamento³⁰.

Os métodos diagnósticos foram utilizados de forma criteriosa e esclarecedora no caso analisado. A usuária já deu entrada na instituição com a realização de ECM, USG, PAG e IHC, os quais confirmaram o diagnóstico. Não havia necessidade de verificação por MMG nesse caso específico, pois os nódulos eram palpáveis e sólidos e muitos fatores de risco encontravam-se presentes. Para diagnóstico de lesões palpáveis solicita-se USG^{9,19}. O diagnóstico encontrado - carcinoma ductal invasor - é o mais comum das neoplasias malignas da mama^{1,4-6,9,16}.

O tratamento seguiu a sequência lógica de realização de quadrantectomia com esvaziamento axilar devido à constatação do diagnóstico e a partir de seu estadiamento. A indicação do tipo de cirurgia depende do estadiamento clínico (classificação TNM) e do tipo histológico, podendo ser conservadora: ressecção de um segmento da mama (setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia), com retirada dos linfonodos axilares ou linfonodo sentinela; não-conservadora: (mastectomia)^{4,19}.

O estadiamento classifica a doença de acordo com sua extensão locorregional e a distância, estabelecendo padrões que orientam o tratamento e o prognóstico dos casos^{4,16,31}. O estadiamento clínico mostrou sua importância para a conduta de tratamento adequado no caso relatado^{4,16,19,31}. Sem esse parâmetro as dificuldades de conduta tornam-se um agravante para o prognóstico da usuária.

O tratamento radioterápico e quimioterápico adjuvante instituído após a intervenção cirúrgica apresentou-se pertinente^{6,16,19}. O tratamento radioterápico pode ser utilizado antes da cirurgia: diminuição do tamanho do tumor; ou após a mesma: para destruição de células remanescentes^{6,16,19}.

As mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário, podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia¹⁹. Nos casos de receptores hormonais positivos, a hormonioterapia é recomendada¹⁹. A realização de IMQ constatou receptores hormonais positivos para estrógeno e progesterona.

É importante relatar que apesar dos protocolos de abordagens e tratamentos, a abordagem de tratamento deve orientar-se também nas condições gerais e individuais da paciente¹. Uma abordagem dentro de um contexto multiprofissional e de integralidade deve ser estimulada^{1,14,19}. O tratamento da usuária ocorreu, de forma correta, dentro de uma unidade de alta complexidade em oncologia, de acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO)¹.

Os fatores prognósticos avaliados não são relatados em prontuário de forma padronizada, sendo estes encontrados somente após análise criteriosa dos registros. Estes parâmetros são de fundamental importância para definição do esquema terapêutico, sendo que devem ser enumerados no momento do diagnóstico^{5,15}. A incidência crescente, a heterogeneidade biológica e a alta taxa de mortalidade do câncer da mama tornam muito válidas a identificação dos parâmetros que auxiliam no entendimento da doença⁵. Dentre esses fatores é destacado o comprometimento axilar, devido à possibilidade de detecção ou exclusão de metástases⁵.

A recidiva é uma realidade na neoplasia maligna da mama e o seu temor é uma experiência compartilhada por mulheres em estudo específico realizado¹⁴. O caso analisado apresentou recidiva tumoral em três anos, o que confere com as literaturas avaliadas³²⁻³⁴. Não houve comprometimento de linfonodos axilares relatados em prontuário e o tumor foi considerado moderadamente diferenciado – no primeiro diagnóstico -, o que confere com as fontes avaliadas^{31,35}. Constatou-se a presença de receptores hormonais positivos, o que diverge

das fontes analisadas quanto a presença de recorrência³²⁻³⁵.

De acordo com o prognóstico, existe a possibilidade de recidiva do tumor de até 30% nos casos com linfonodo axilar negativo e de cerca de 70% de casos com linfonodos axilares positivo^{32,33}. Pesquisa com 20.027 mulheres americanas mostrou taxa de recidiva de neoplasia na mama em dez anos de 36,8%^{32,34}. A maior parte ocorreu de-se nos primeiros cinco anos após o diagnóstico (81,9%), associando-se ao estágio avançado, neoplasias com grau histológico pouco diferenciado e com receptor hormonal negativo^{32,34}.

Em pesquisa realizada no Brasil, em Salvador – BA, com 271 mulheres, sem metástases axilares, apresentou 11,8% de recidiva³⁵. Outro estudo realizado na cidade de Uberlândia, entre 1999 e 2003, com 102 pacientes segundo o tipo de mastectomia, mostrou 53,9 % de recorrência, sendo menor índice de recidiva em realização de mastectomia radical, contrariando a literatura, segundo a análise³⁶. No caso estudado houve recorrência e a técnica cirúrgica realizada não foi de mastectomia radical (quadrantectomia com esvaziamento axilar).

O câncer é um problema de saúde de magnitude social e transcendência no Brasil e no mundo^{1-4,16}. Estima-se que no ano de 2020 60% dos casos de neoplasias malignas estarão concentradas nos países em desenvolvimento, o que é o caso do Brasil⁴. Frente a esse quadro é importante que medidas sejam estudadas, implementadas e avaliadas na área oncológica com intuito de melhorar a abordagem e assistência nos serviços de saúde^{1,3,4,16,37}.

Especificamente para o câncer de mama, que após o CPNM é o câncer mais incidente em mulheres no Brasil (exceto região Norte), ações na baixa, média e alta complexidade devem ser enfatizadas para realização de campanhas de rastreamento efetivas, estímulo a realização do AEM, aquisição de hábitos de vida saudáveis, detecção precoce e acesso a tratamento resolutivo e humanizado em tempo oportuno^{1,3,4,37}.

CONCLUSÃO

No caso avaliado há a presença significativa de vários fatores de risco para o câncer de mama, diagnóstico tardio, tratamento adequado e ocorrência de recidiva.

Averigua-se a necessidade de avaliação padronizada e detalhada dos fatores prognósticos. É constatada a importância das anotações de forma criteriosa em registros unificados entre os profissionais de diferentes categorias e da relevância da abordagem multiprofissional e da integralidade nas instituições com que prestam assistência oncológica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)
2. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128 p.: il.
3. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
4. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p.: il.
5. Bogliolo, L. Patologia / (editor) Geraldo Brasileiro Filho. 8 ed. (Reimpr.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
6. Hoff PMG. (Orgs.). Tratado de Oncologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
7. Venâncio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2004; 50(1):55-63.
8. Impacto do tratamento do câncer na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2008; 54(4):367-71.
9. Vieira SC; Lustosa AML; Barbosa CLB et al. *Oncologia Básica* 1. ed. Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012.
10. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev) Falando sobre câncer de mama. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 66 p.
11. ACS - American Cancer Society. [Internet] [citado em 26 de Nov de 2016] Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>
12. Robbins e Cotran. Bases epidemiológicas das doenças / Vina y Kumar et al.; (tradução de Patrícia Dias Fernandes et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 4456 p.
13. Longo, DL (organizador). Hematologia e oncologia de Harrison. 2 ed. Porto Alegre: AMGH: 2015.
14. Pinho LS, Campos ACS, Fernandes AFC, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Rev Eletr Enf.* 2007;9(1):154-65.
15. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48(1):113-31
16. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet] [citado em 26 de nov de 2016]. [Internet] Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314810&search=||info%EF1ficos:-informa%EF7%F5es-completas>
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet] [citado em 26 de nov de 2016]. [Internet] Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=314810&idtema=118&search=minas-gerais|patrocinio|%C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->
19. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [citado em 28 nov de 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>
20. Luchetti JC, Fonseca MRCC, Traldi MC. Vulnerabilidade social e autocuidado relacionado à prevenção do câncer de mama e de colo uterino. *REFACS* [Internet]. 2016 [citado em 28 nov de 2016]; 4(2). Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/viewFile/1639/1472>. DOI: 10.18554/refacs.v4i2.1639
21. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Atlas online da mortalidade, 2014. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [citado em 28 nov de 2016] Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panelResultado>
22. CRU. Cancer Research UK. Breast cancer: UK incidence statistics. [Internet] [citado em: 29 de nov 2016]. Disponível em: <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breast-cancer/about/risks/>
23. Ministério da saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Prevenção e

Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. A mulher e o câncer de mama no Brasil. – Rio de Janeiro: INCA, 2014. 46 p. : il.

24. Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC). Wender MCO, Pompei LM, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – São Paulo: Leitura Médica, 2014.

25. Lebrão ML. O envelhecimento do Brasil: aspectos da transição epidemiológica e demográfica. Saúde colet. (Barueri). 2007; 4(17):135-40.

26. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol Serv Saúde. 2012; 21(4):529-32.

27. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 84 p.

28. Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ER, organizadores. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

29. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.

30. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. [Citado em 26 de nov de 2016]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/deteccao_precoce

31. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. [Citado em 30 de nov de 2016]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54

32. Peres VC, Veloso DLC, Xavier RM, Salge AKM, Guimarães JV. Câncer de mama em mulheres: recidiva e sobrevida em cinco anos. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(3):740-7.

33. Cardoso F, Senkus-Konefka E, Fallowfield L, Costa A, Castiglione M. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2010 Mai; 21(5):15-9.

34. Cheng L, Swartz MD, Zhao H, Kapadia AS, Lai D, Rowan PJ, et al. Hazard of recurrence among women after primary breast cancer treatment – a 10-year follow-up using data from SEER-Medicare. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012; 21(5):800-9.

35. Filho AOAR, Castro TWN, Rêgo MAVR, O Alves OF, Almeida LC, Sousa MV, Vieira MGSV, Schaer-Barbosa H. Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário axila-negativo. Revista Brasileira de Cancerologia 2002; 48(4):499-503

36. Copati FN, Neto CC. Recidiva do câncer de mama em plastrão em mulheres mastectomizadas na cidade de Uberlândia entre os anos de 1999 a 2003. [Internet] [Citado em 01 de dez de 2016]. Disponível em: www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/download/4098/3049

37. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. [Citado em 30 de nov de 2016]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/prevencao>

CONTRIBUIÇÕES

Ricardo Dias da Silva foi responsável pelo desenvolvimento de todas as etapas de construção do manuscrito.

Como citar este artigo (Vancouver)

Silva RD. Análise de um caso de câncer de mama com recidiva. REFACS [Internet]. 2018 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 6(Supl. 1):401-410. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

SILVA, R. D. Análise de um caso de câncer de mama com recidiva. REFACS, Uberaba (MG), v. 6, p. 401-410, 2018. Supl. 1. Disponível em: *<inserir link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Silva, R. D. (2018). Análise de um caso de câncer de mama com recidiva. REFACS, 6(Supl. 1), 401-410. Recuperado em: *inserir link de acesso em inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.