

# O PAPEL DA RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE METÁSTASES BILATERAIS DAS SUPRARRENAIS EM CONTEXTO DE CARCINOMA DUCTAL INVASOR DE MAMA: UM RELATO DE CASO

Catarina Martins Silva<sup>1</sup>, Carlos Fardilha<sup>1, 2</sup>, Júlia Amorim<sup>3</sup>, Fernando Manso<sup>4</sup>, Manuel Louro<sup>1</sup>, Paulo Costa<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Radioncologia do Hospital de Braga, <sup>2</sup>Serviço de Radioncologia do Instituto CUF Porto – Júlio Teixeira SA, <sup>3</sup>Serviço de Oncologia do Hospital de Braga, <sup>4</sup>Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Braga



## Introdução

As glândulas suprarrenais são um local comum de metástases devido ao seu rico suprimento sanguíneo, contudo, metástases na suprarrenal com origem em carcinoma ductal invasor (CDI) da mama são extremamente raras. Num estudo publicado por Borst e Ingold, referente aos padrões metastáticos de cancro de mama, num grupo de 2246 pacientes com CDI, não houve registos de metástase nas suprarrenais.

Devido à raridade de metástase adrenal no cancro da mama, o tratamento ideal ainda não está claro, contudo, quando estas metástases são unilaterais, tratamentos cirúrgicos e/ou de radioterapia são muitas vezes utilizados.

Porém, quando se apresentam como lesões síncronas em ambas as suprarrenais, levantam-se limitações importantes que dificultam o seu tratamento, na medida em que se por um lado é importante eliminar estas lesões, é também fulcral manter uma função mínima necessária das suprarrenais compatível com a vida, isto é, evitar uma insuficiência adrenal, também conhecida como Doença de Addison, que leva à falência dos eixos mineralocorticoide, androgénico e glicocorticoide e, desta forma, provoca um sem número de alterações sistémicas que comprometem a vida do doente.

Pretendemos assim apresentar um caso que salienta a potencialidade terapêutica de conciliar tratamento cirúrgico e radioterapia numa abordagem radical para o controlo de doença oligometastática, isto é, doença com metastização à distância limitada a 1-5 lesões locorregionais ou num único órgão, num tumor primário controlado e permitindo sobrevivências mais longas ou mesmo cura, tentando ainda evitar uma insuficiência adrenal crónica iatrogénica.

## Caso Clínico

Relatamos um caso de uma doente diagnosticada com Carcinoma Ductal Invasor da Mama direita em janeiro de 2009 (pT2 G3 N1a M0), tendo sido realizada na altura mastectomia direita e esvaziamento axilar direito e ainda feita quimioterapia adjuvante com FEC+T, radioterapia e hormonoterapia com anastrozol e manutenção com tamoxifeno.

Em outubro de 2016, verifica-se progressão tumoral, com subida dos marcadores tumores, tendo ficando evidente em PET-TC realizado em setembro 2017 que a suprarrenal direita revelava avidéz intensa por 18F-FDG e a suprarrenal esquerda apresentava também área de avidéz (Fig. 1), isto é, prováveis metástases em ambas as suprarrenais, confirmadas por biópsia. Em consulta de grupo decide-se abordagem cirúrgica da metástase da suprarrenal esquerda e posterior radioterapia à direita por esta não ser abordável cirurgicamente, assim como terapêutica paliativa hormonal e anti-Her-2 com Letrozol e Lapatinib.

Em junho de 2018 foi submetida a adrenalectomia esquerda e drenagem abdominal por via laparoscópica, sendo que o estudo da Anatomia Patológica da peça cirúrgica confirmava metástase de carcinoma compatível com primário de origem mamária, verificando-se ainda que a neoplasia envolvia também o tecido adiposo circundante da glândula suprarrenal. Em julho de 2018, após ter sido recusada para realizar Radioterapia noutra instituição, efetuou, no Hospital de Braga, TC de planeamento em inspiração, expiração e em repouso, tendo-se marcado a lesão nos 3 exames e realizou radioterapia radical com técnica de Intensidade Modulada (IMRT) à suprarrenal direita, na dose de 70,2 Gy, e à loca tumoral da suprarrenal esquerda., na dose de 59,40 Gy, ambas com fraccionamento de 1,8 Gy/dia, 5x/semana e energia de 6 MV (Fig 2 e 3). A doente não apresentou toxicidade aguda, contudo ficou evidente insuficiência adrenal.

Posteriormente, após terminar radioterapia em dezembro de 2018, foi realizado novo PET-TC que mostrava que as lesões conhecidas nas suprarrenais apresentavam marcada redução da intensidade de captação de FDG, praticamente não tendo tradução no atual exame (Fig. 4), compatível com ausência de doença ativa.

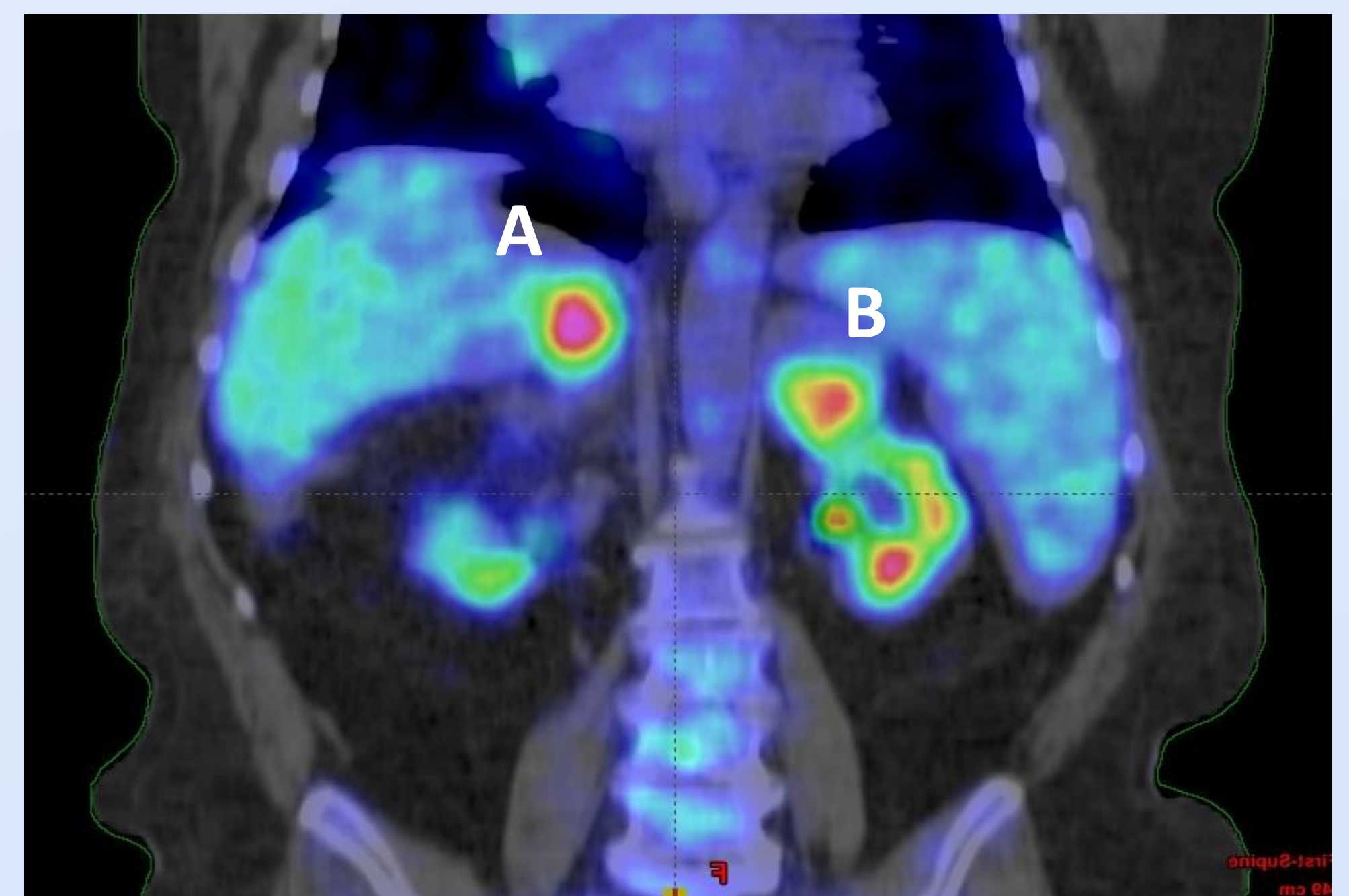


Fig. 1 - PET-TC evidenciando metástases nas suprarrenais direita (A) e esquerda (B).

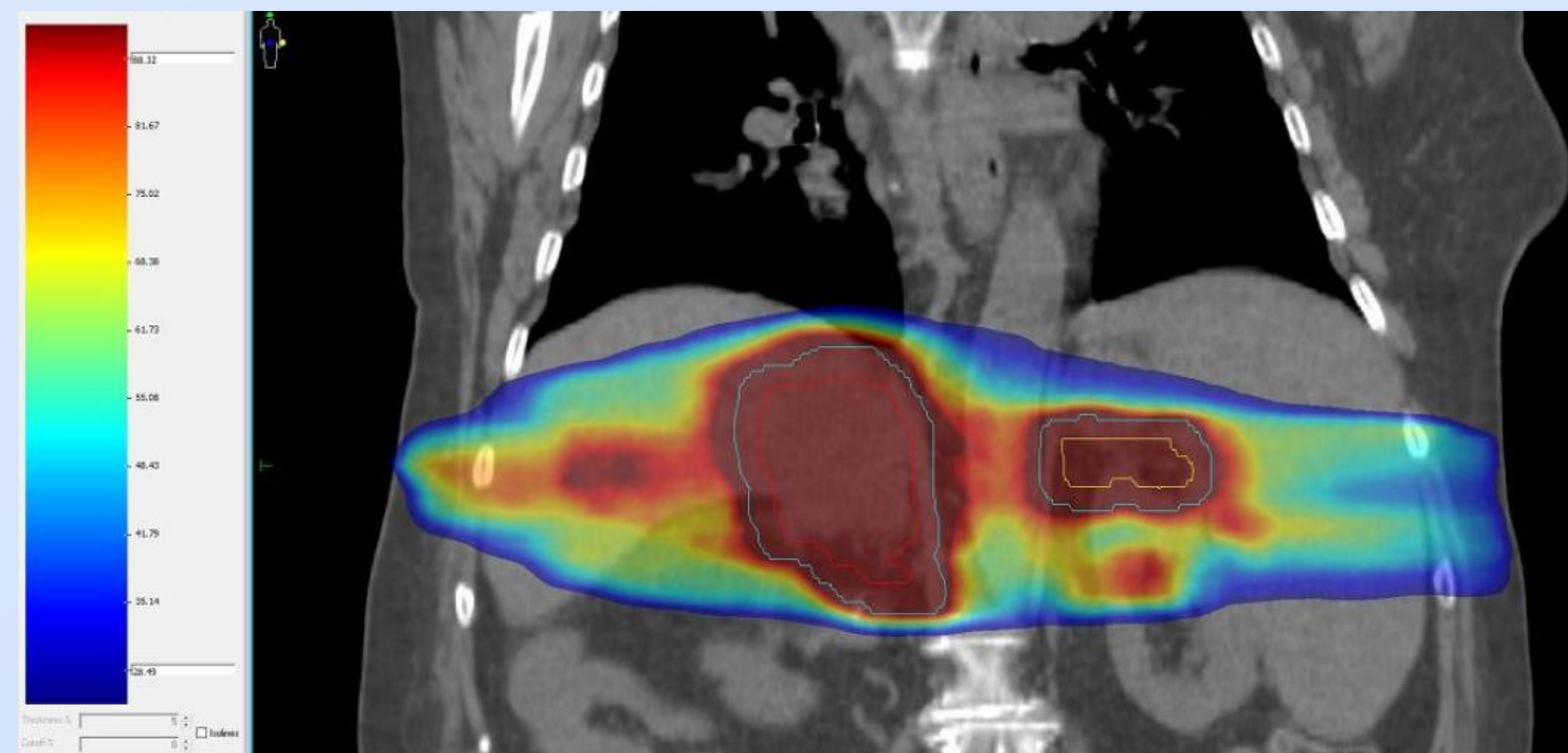


Fig. 2 - Plano de tratamento de radioterapia com curvas de isodose.

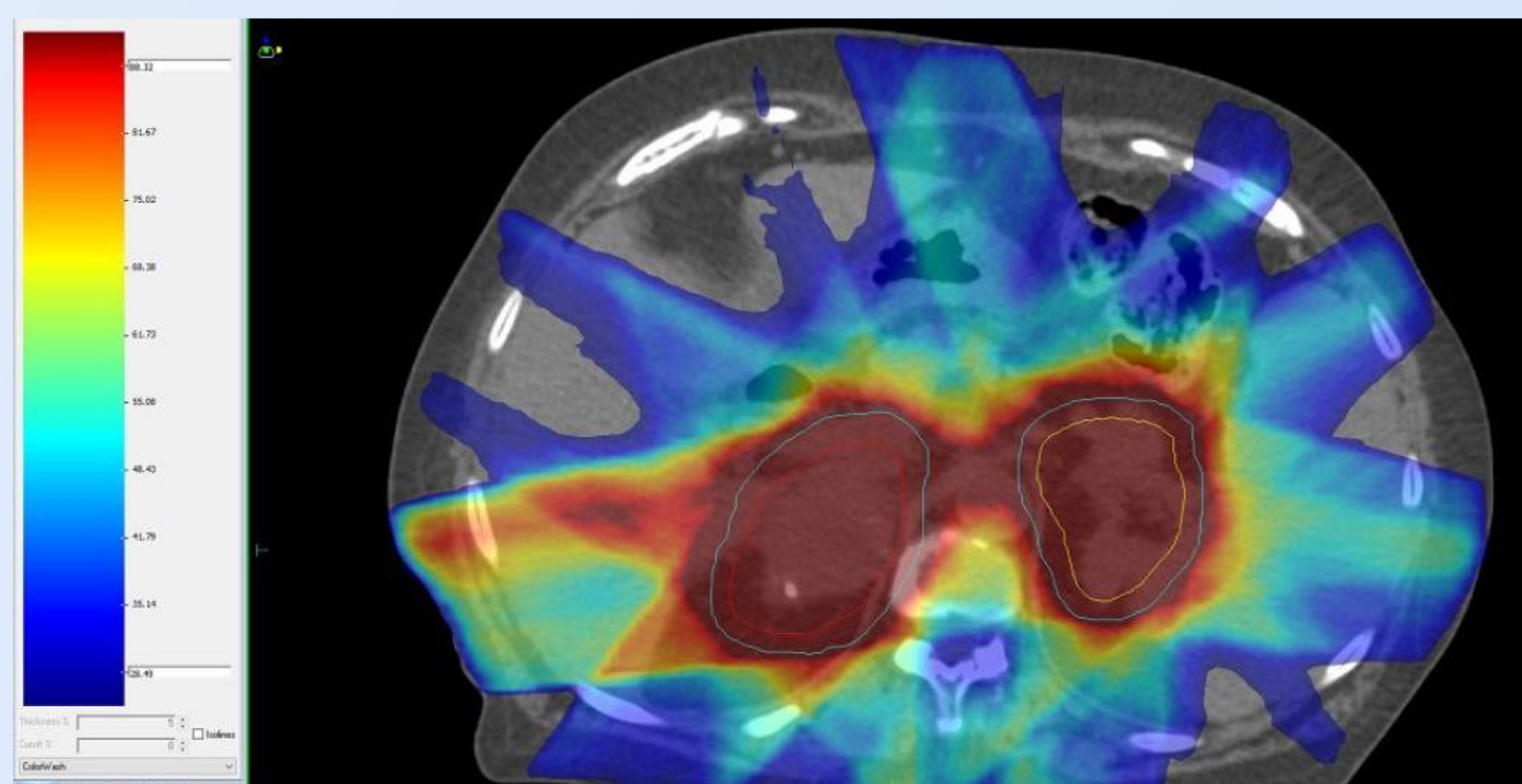


Fig. 3 - Plano de tratamento de radioterapia com curvas de isodose.

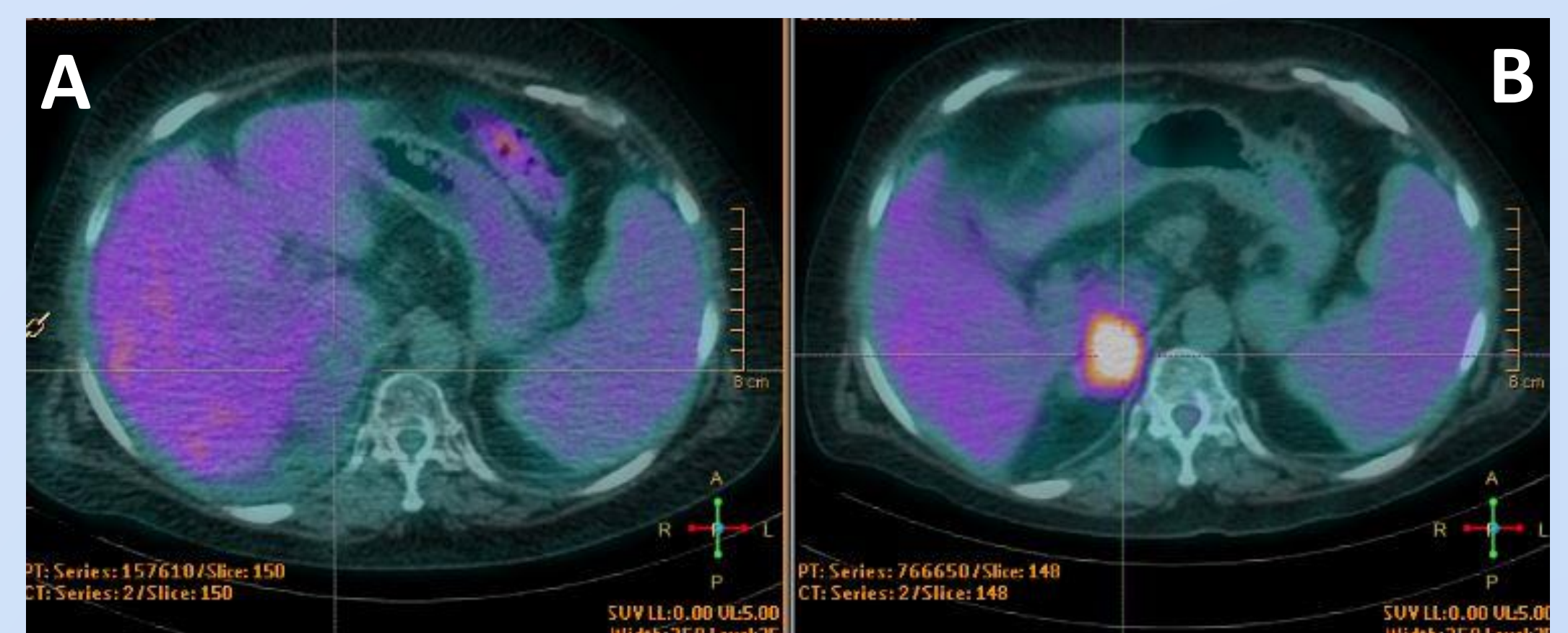


Fig. 4 - PET-TC pós RT (A) evidenciando regressão da massa tumoral inicial (B).

## Discussão e Conclusão

Para nosso conhecimento, acreditamos que este é o primeiro caso relatado de metástases bilaterais síncronas das suprarrenais em CDI da mama com uma descrição detalhada. Com este caso pretendemos ressaltar mais uma vez a importância de uma abordagem integrada e em parceria entre as várias especialidades, de forma a atingir o melhor *end-point* possível para o doente. Este caso diferente e desafiante mostrou como a Radioterapia é uma potente arma no tratamento tanto de tumores primários como de metástases, permitindo um controlo da progressão da doença eficazmente. Relativamente às consequências deste tratamento, a doente permaneceu com insuficiência adrenal, contudo totalmente controlada com Hidrocortisona e Fludrocortisona e seguida por Endocrinologia.

Dada a raridade deste tipo de casos, o tratamento recomendado ainda não está totalmente claro, não havendo diretrizes definidas e, como tal, deve ser individualizado. Pela peculiaridade, complexidade e desfecho francamente positivo deste caso, consideramos este relato de caso como extremamente valioso, mostrando uma abordagem radical bem sucedida no controlo de cancro da mama oligometastático.

## Referências Bibliográficas

- Borst, M. J., & Ingold, J. A. (1993). Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surgery*, 114(4), 637-642.
- Bumpers, H. L., Hassett, J. M., Penetrante, R. B., Hoover, E. L., & Holyoke, E. D. (1993). Endocrine organ metastases in subjects with lobular carcinoma of the breast. *Archives of Surgery*, 128(12), 1344-1347.
- Andjelić-Dekić, N., Božović-Spašojević, I., Milošević, S., Matijašević, M., & Karadžić, K. (2014). A rare case of isolated adrenal metastasis of invasive ductal breast carcinoma. *Srp Arh Celok Lek*, 142(9-10), 597-601.
- Liu, X. J., Shen, P., Wang, X. F., Sun, K., & Sun, F. F. (2010). Solitary adrenal metastasis from invasive ductal breast cancer: an uncommon finding. *World journal of surgical oncology*, 8(1), 7.
- Plichta, K., Camden, N., Furqan, M., Hejleh, T. A., Clamon, G. H., Zhang, J., ... & Allen, B. G. (2017). SBRT to adrenal metastases provides high local control with minimal toxicity. *Advances in radiation oncology*, 2(4), 581-587.
- Chawla, S., Chen, Y., Katz, A. W., Muhs, A. G., Philip, A., Okunieff, P., & Milano, M. T. (2009). Stereotactic body radiotherapy for treatment of adrenal metastases. *International Journal of Radiation Oncology\* Biology\* Physics*, 75(1), 71-75.
- Feliciotti, F., Paganini, A. M., Guerrieri, M., Baldarelli, M., De Sanctis, A., Campagnacci, R., & Lezoche, E. (2003). Laparoscopic anterior adrenalectomy for the treatment of adrenal metastases. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 13(5), 328-333.