

CANCRO DA MAMA TRIPLO NEGATIVO

A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO



Patrícia Chow Liu¹, Joana Liz Pimenta¹, Rosa Gomes¹, Emanuel Cadavez¹, Sílvia Duarte¹, Inês Teles Grilo¹, Kátia Ladeira¹, Mariana Rocha¹, Joana Lima¹, Maria Castelo Branco¹, Daniela Azevedo¹, Patrícia Gago¹, Teresa Sarmiento¹, Marta Velho Sousa¹, António Teira¹, Miguel Barbosa¹
¹ Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

De acordo com a literatura, cerca de 20% dos casos de cancro da mama (CM) com recetores hormonais positivos evoluem para fenótipo de cancro da mama triplo negativo (CMTN). O CMTN é biologicamente mais agressivo e, ao contrário dos outros subtipos de CM, não existem terapêuticas-alvo aprovadas. A sobrevivência aos 5 anos é inferior a 30%.

CASO CLÍNICO

Sexo feminino com 73 anos de idade. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e doença osteoarticular degenerativa. Sem antecedentes familiares de relevo. Em Dezembro de 2014 detetada tumefação indolor no quadrante superior externo (QSE) da mama esquerda.

Fevereiro de 2015

Ecografia mamária: nódulo de contornos irregulares, sólido e heterogéneo (37x27x31 mm) no QSE esquerdo, **BI-RADS 4**.
Microbiópsia do nódulo: **carcinoma ductal invasor grau 3** (BR modificado) com extensas áreas de necrose.



Março de 2015

Cirurgia: **tumorectomia do QSE da mama esquerda**.
Biópsia de gânglio sentinela **negativa**.
Diagnóstico histológico: carcinoma ductal invasor grau 3 (BR modificado), **pT2 pN0 pMx**.
IHQ: **RE < 20%, RP < 5%, Her2 1+, Ki-67 40%**.

Abril – Julho de 2015

▪ Quimioterapia (QT) adjuvante com Docetaxel + Ciclofosfamida (4 ciclos).

Agosto - Outubro de 2015

▪ Radioterapia (RT).

Em Setembro de 2015

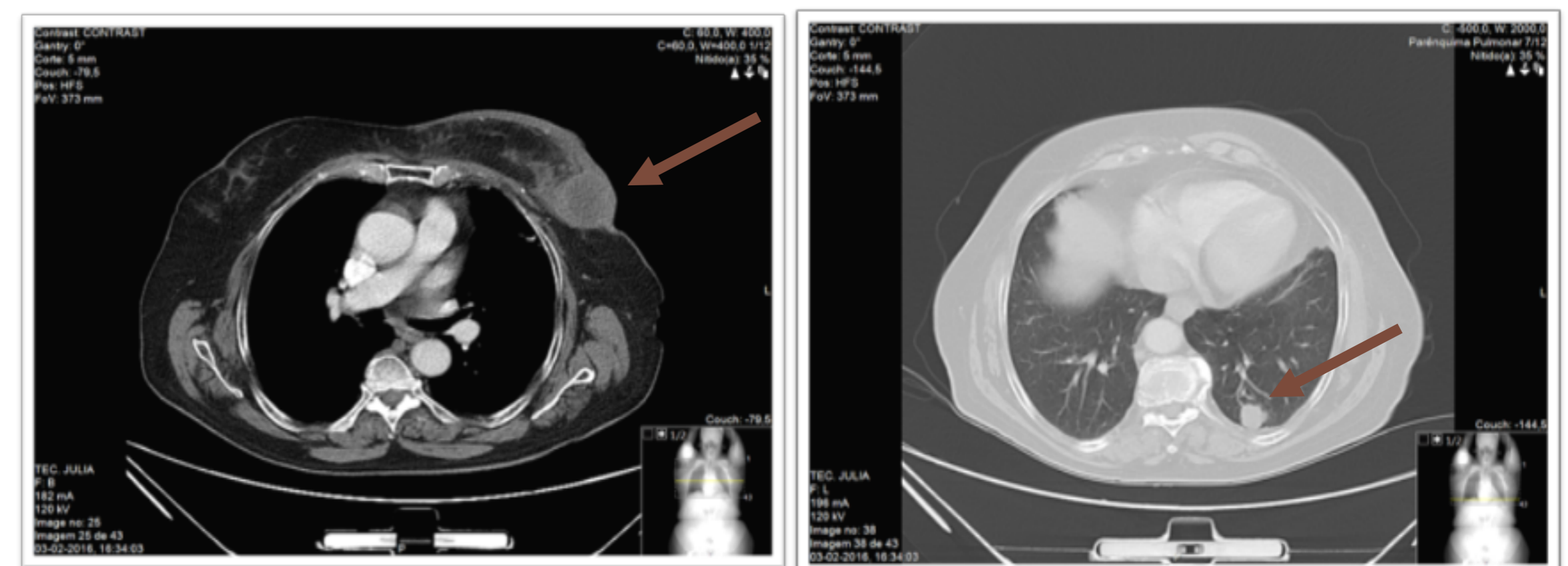
▪ Hormonoterapia (HT) com Anastrozol.

Janeiro de 2016

Exame objetivo (EO): **Tumefação na cicatriz QSE da mama esquerda**.
Ecografia mamária: volumosa formação nodular mal definida no QSE da mama esquerda; **adenopatia no escavado axilar**.
Microbiópsia do nódulo: achados sobreponíveis a exame anterior.
Microbiópsia do gânglio axilar esquerdo: **tecidos moles com envolvimento por carcinoma invasor**.

Fevereiro de 2016

TC-TAP: **recidiva neoformativa** nos quadrantes externos da mama esquerda com aparente **metástase pulmonar esquerda**.
Cintigrafia óssea sem evidência de metástases.



Fevereiro de 2016

Cirurgia: **mastectomia simples esquerda**.
Diagnóstico histológico: carcinoma ductal invasor grau 3 (BR modificado), **pT4b pNx**.
IHQ: **RE/RP negativos, Her2 negativo, Ki-67 50-60%**.

Abril – Junho de 2016

▪ Quimioterapia (QT) paliativa com Nab-paclitaxel.

Junho de 2016

EO: **nódulo violáceo de novo** na porção interna da cicatriz da mastectomia esquerda.
Cintigrafia óssea com **metastização óssea multifocal** de novo.

Julho de 2016

EO: **conglomerado adenopático e metástases cutâneas locais** (15 dias de evolução).

Julho de 2016

▪ Quimioterapia (QT) paliativa com Capecitabina.

Agosto 2016

Internamento por sépsis com ponto de partida em pneumonia da comunidade, acabando por falecer ao 8º dia de internamento.



CONCLUSÃO

O caso apresentado é um exemplo do comportamento agressivo do CMTN. De um modo geral, os doentes com CMTN têm pior prognóstico, ou por terem um tumor intrinsecamente menos sensível aos tratamentos ou porque não beneficiam de uma terapêutica dirigida a um alvo específico. É cada vez mais urgente e necessária a investigação de novas terapêuticas.