



RELATO DE CASO: METÁSTASE VESICAL TARDIA DE CÂNCER DE MAMA

RODRIGO ANTONIO PROSPERO DA CUNHA (1);
BRUNO HEREDIA BRANDT (1); GUSTAVO PAPA
SOARES (1); OCIVALDO DE PAULA MENEZES (2);
HENRIQUE ZANONI FERNANDES (3)

(1) RESIDENTES DE UROLOGIA DO INSTITUTO DE
PESQUISA E ENSINO (IPEP) DO HOSPITAL POLICLIN,
LOCALIZADO NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS,
SÃO PAULO; (2) PRECEPTOR DO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA
MÉDICA EM UROLOGIA DO IPEP, NO HOSPITAL POLICLIN,
LOCALIZADO NA CIDADE DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS,
SÃO PAULO; (3) ONCOLOGISTA DO INSTITUTO DE
ONCOLOGIA DO VALE (IOV), NA CIDADE DE SÃO JOSÉ
DOS CAMPOS, SÃO PAULO



RESUMO

O câncer de mama atualmente é a neoplasia maligna mais frequente e a principal causa de morte por câncer no mundo entre as mulheres. Metástases são comuns no câncer de mama, porém casos de metástase vesical são raros. Neste relato apresentamos um caso de metástase vesical de câncer de mama, 5 anos após o tratamento inicial.

PALAVRAS CHAVE: Câncer de mama metastático; Metástase vesical tardia; Tumores vesicais metastáticos

INTRODUÇÃO

WMFM, 70 anos, feminina, com histórico de tratamento oncológico de câncer de mama, de julho de 2015 a janeiro de 2016.

Em julho de 2015, foi submetida a segmentectomia de mama esquerda e esvaziamento linfonodal axilar esquerdo, com diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante em mama, margens livres e metástases em 8/17 linfonodos (estadiamento **pT1bN2Mx**). A avaliação imuno-histoquímica foi negativa para os receptores de estrógeno, progesterona e HER (ERB2) não amplificado por FISH.

Diante deste estadiamento patológico, foi realizado tratamento quimioterápico adjuvante, de agosto de 2015 a janeiro de 2016, e mantida em seguimento clínico oncológico trimestral.

Durante consulta oncológica, em janeiro de 2020 (5 anos após início do tratamento), paciente estava assintomática, foi submetida a ultrassonografia (US) de abdome total que evidenciou

discreta dilatação pielocalicial a esquerda, sem fatores obstrutivos; foi solicitado tomografia computadorizada (TC) de abdome total e encaminhada para avaliação da equipe de urologia.

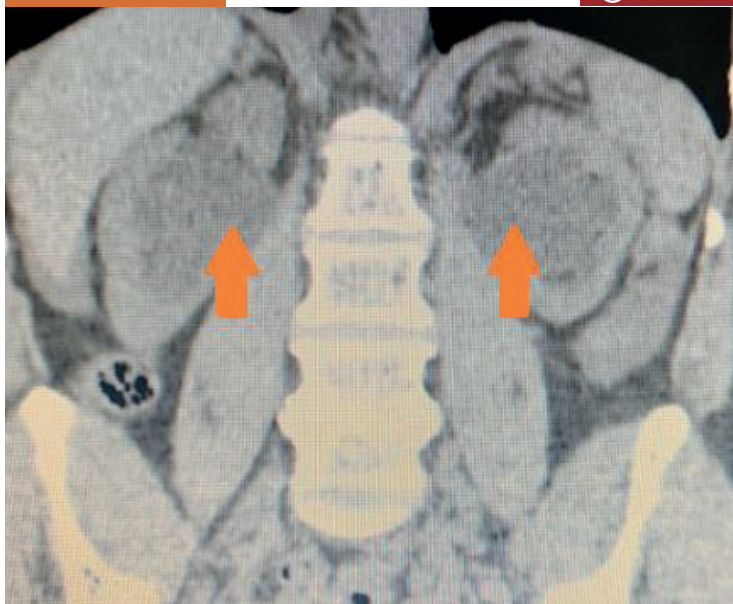
No mês seguinte, realizou TC que evidenciou dilatação do sistema coletor a esquerda e imagem sugestiva de cálculo ureteral distal esquerdo. A urologia propôs tratamento cirúrgico do calculo, porém, devido ao surto de Covid-19 no Brasil, a paciente não retornou às consultas com perda do seguimento uro/ oncológico.

Em julho de 2020, a paciente procurou o atendimento médico em um Pronto Atendimento Hospitalar, com quadro de fraqueza, dispneia aos pequenos esforços e dor lombar baixa há 15 dias. Durante avaliação inicial, foi diagnosticado quadro de insuficiência renal aguda (IRA), com elevação das escórias nitrogenadas (creatinina 3,9 mg/dL e ureia 168 mg/dL). Realizado US que evidenciou moderada dilatação pielocalicial bilateral, sem fator obstrutivo. Submetida a TC de abdome total sem contraste intravenoso, que mostrou dilatação bilateral do sistema coletor

até o cruzamento dos vasos ilíacos, sem evidência de fator obstrutivo ao exame. (Figura 1)

Iniciado tratamento clínico da IRA e indicada ureteroscopia diagnóstica pela urologia.

FIGURA 1



Tomografia de abdome total demonstrando dilatação pielo-calicial bilateral (setas)

No procedimento foi visualizado bexiga de aspecto habitual, sem lesões, com parede posterior pouco espessada; meato ureteral esquer-

do com estenose complexa, intransponível ao fio guia hidrofílico, impossibilitando a ureteroscopia ou pielografia; meato ureteral direito livre, sendo realizada ureteroscopia até região do cruzamento dos vasos ilíacos, onde apresentava estenose de mais de 90% da luz ureteral, intransponível ao aparelho, sem lesões identificáveis (provável compressão extrínseca). Sendo assim, foi optado por derivação urinária com nefrostomia a esquerda e colocação de cateter JJ via anterógrada a direita, sem intercorrências.

Durante a primeira semana de pós-operatório, paciente permaneceu em unidade de terapia intensiva (UTI), apresentando melhora clínica e dos exames laboratoriais. Apresentou diurese satisfatória via nefrostomia e sonda vesical de demora. Após alta da UTI, foi solicitada uma Ressonância nuclear magnética (RNM) para avaliação diagnóstica das estenoses ureterais.

A RNM evidenciou dilatação pielocalicial bilateral até o cruzamento dos vasos ilíacos, bexiga urinária com espessamento irregular da parede póstero-inferior junto aos meatos urete-

rais de natureza indeterminada (Figura 2a - 2b), sendo indicado biópsia randomizada da bexiga via cistoscopia.

O resultado anatomopatológico e imuno-histoquímico das amostras concluiu: Carcinoma pouco diferenciado infiltrativo em bexiga urinária compatível com origem em mama, e favorece

FIGURA 2a



Imagem de RNM evidenciando espessamento de parede vesical posterior (em destaque)

FIGURA 2b



Corte sagital de RNM com área de espessamento vesical (em destaque)

o diagnóstico de carcinoma de mama metastático negativo para o receptor de estrógeno e progesterona, escore 3+ para HER2 (Marcadores de origem primária vesical, metástase gastrointestinal e genital, não reagentes).

No pós operatório da cistoscopia, a paciente evoluiu com queda do estado geral e piora

importante da função renal, sendo indicada hemodiálise pela equipe de nefrologia do hospital. Durante este procedimento, apresentou instabilidade hemodinâmica grave com hemorragia digestiva alta e hematúria, não respondendo às medidas clínicas, com piora importante da função renal. Descompensou clinicamente impossibilitando nova dialise, evoluindo para o óbito.

DISCUSSÃO

Pacientes com câncer de mama apresentam alto risco de doença metastática, podendo se iniciar com tumores primários < 0,125cm (1). Os sítios metastáticos mais comuns são os linfonodos, pulmões, fígado, ossos, cérebro e tireóide (2,3).

Metástase de câncer de mama para a bexiga é uma condição rara, tendo sua incidência em torno de 3% (4,5) e representa apenas 2% de todos os tumores vesicais (3). Apenas 54 casos de metástase vesical foram relatados na literatura⁴, sendo 26 casos diagnosticados cli-

nicamente desde 1956 (5).

O tipo histológico parece ser um fator prognóstico para metástase vesical do câncer de mama. O subtipo lobular (8% dos cânceres de mama) apresenta taxas maiores de metástase em comparação ao subtipo intraductal (66% dos cânceres de mama) (6,7).

A metástase vesical geralmente ocorre de forma tardia, variando de 7 meses a 30 anos (média de 7,5 anos) após o diagnóstico do tumor inicial (8-10). Óbito geralmente ocorre de 1 mês a 24 meses após início do quadro urinário (9).

Os principais sintomas relatados são hematúria, disúria e alteração na frequência urinária⁹. As pacientes assintomáticas foram diagnosticadas com massa pélvica ao exame físico ou hidronefrose em TC (9), portanto é recomendado a realização de exames de imagem de rotina em todas as pacientes, além de cistoscopia e seguimento cauteloso nos casos de sintomas urinários (3-10).

Os achados suspeitos na cistoscopia incluem tumores visíveis, inflamação inespecífica

e parede espessada com mucosa normal (2), sendo este último identificado em nosso caso. Para a confirmação diagnóstica é recomendada a realização de biópsia vesical durante a cistoscopia ou ressecção transuretral de bexiga (2).

CONCLUSÃO

O câncer de mama metastático para bexiga é uma apresentação rara e de difícil diagnóstico, podendo ser um grande desafio nas pacientes assintomáticas, portanto, em qualquer suspeita clínica ou alteração nos exames de imagem, deve-se realizar cistoscopia com biópsia de áreas suspeitas, além de exames complementares conforme a necessidade.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bland K. I., Copeland E. M., eds (1998) *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. 2nd ed (W.B. Saunders, Philadelphia), 564–576, 1299, 339, pp 395–396.
2. Holland J. F., Frei E. III., eds (1973) *Cancer Medicine* (Lea & Febiger, Philadelphia), 1773
3. Yoneyama K, Nakagawa M, Hara A. Bladder metastasis from primary breast cancer: a case report. *Surg Case Rep*. 2018;4(1):73. Published 2018 Jul 9. doi:10.1186/s40792-018-0484-6
4. Sanguedolce F, Landriscina M, Ambrosi A, et al. Bladder Metastases from Breast Cancer: Managing the Unexpected. A Systematic Review. *Urol Int*. 2018;101(2):125-131. doi:10.1159/000481576
5. Breast Cancer Metastatic to the Urinary Bladder Jennifer Ramsey, Edwin N. Beckman and J. Christian Winters *Ochsner Journal* December 2008, 8 (4) 208-212.
6. Harris M, Howell A, Chrissohou M, et al: A comparison of the metastatic pattern of infiltrating lobular carcinoma and infiltrating duct carcinoma of the breast. *Br J Cancer* 50: 23– 30, 1984.

7. Berg JW, and Hutter RV: Breast Cancer. Cancer 75: 257–269, 1995.
8. Ryan PD, Harisinghani M, Lerwill MF, et al. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 6-2006: a 71-year-old woman with urinary incontinence and a mass in the bladder. N Engl J Med. 2006;23; 354:850-856. 5.
9. Feldman PA, Madeb R, Naroditsky I, et al. Metastatic breast cancer to the bladder: a diagnostic challenge and review of the literature. Urology. 2002; 59: 138.
10. Massoud, W., Ferlicot, S., Hajj, P., Awad, A., laaza, L. A., Hammoudi, Y., Benoît, G. (2009). Metastatic Breast Carcinoma to the Bladder. Urology, 74(4), 785–786.
11. doi:10.1016/j.urology.2009.02.008

AUTOR CORRESPONDENTE ▲

Rodrigo Antonio Prospero da Cunha
Hospital Policlin - São José dos Campos, São Paulo
E-mail: pcunharodrigo@gmail.com



RETORNAR
INÍCIO



MENU



IMPRIMIR
PDF



COMPARTILHAR
VIA WHATSAPP