

# Metástase no fêmur por carcinoma de mama masculina

## Relato de caso\*

PEDRO PÉRICLES RIBEIRO BAPTISTA<sup>1</sup>, JOSÉ DONATO DE PRÓSPERO<sup>2</sup>, FLORINDO VOLPE NETO<sup>3</sup>,  
MARCOS SANMARTIN FERNANDEZ<sup>4</sup>, NABIL ABISAMBRA PINILLA<sup>5</sup>

### RESUMO

Os autores relatam caso de fratura patológica por metástase óssea de carcinoma de mama masculina. O paciente em questão tinha um nódulo mamário à direita com história de seis anos, não diagnosticado quando tratado por fratura de fêmur havia oito meses. Destaca-se neste trabalho a importância de exame físico completo e cuidadoso. Assim, evitar-se-á fazer diagnóstico tardio de neoplasia e metástase óssea. É evidenciada a importância de pensar em câncer de mama em paciente com fratura patológica, mesmo que seja homem. O caso é apresentado por tratar-se de doença rara no homem. São mencionados os aspectos gerais do tratamento das metástases ósseas.

### SUMMARY

*Metastasis in the femur due to male breast carcinoma. Report of a case*

*The authors report a case of a 69-year-old black male with a pathologic femur fracture secondary to bone metastasis of a breast carcinoma. The patient had a 6-year history of right*

*breast tumor, which was not diagnosed at the time he presented with the femur fracture. The authors emphasize the importance of a detailed history and thorough physical examination to avoid late or missed diagnosis, and that the physician should always bear in mind the possibility of breast cancer even in males. This case was reported due to the rarity of such findings in males. The authors also discuss the management of bone metastasis.*

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma neoplasia que se origina mais frequentemente a partir dos ductos excretores da glândula e também dos seus ácinos. Ocupa lugar de destaque como causa de morte na mulher, mas no homem é muito raro. Para cada 100 casos de câncer mamário, apenas um é do sexo masculino. Incide na faixa etária adulta, em geral acima dos 50 anos. Pela escassez de parênquima mamário no homem, o câncer infiltra-se mais rapidamente e adere à pele com ulceração<sup>(3,5)</sup>. Comporta-se exatamente como nos carcinomas ductais invasivos da mulher, mas em geral apresenta desmoplasia menor. A disseminação é igual à da mulher, com metástases precoces nos gânglios axilares. Metástases nos pulmões, cérebro, ossos e fígado também são frequentes, por via hematogênica. O fêmur é o osso mais atingido<sup>(3)</sup>.

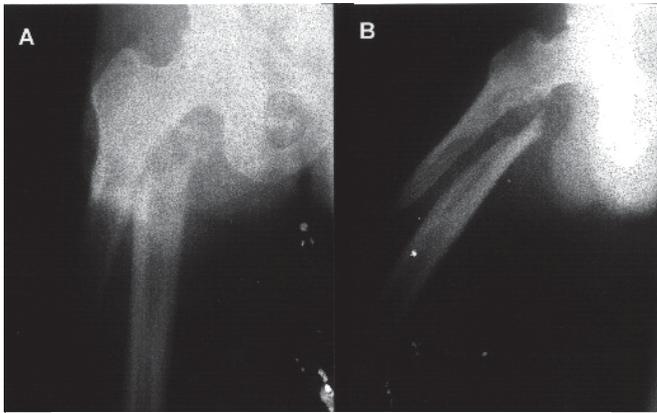
O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de metástase óssea de carcinoma de mama masculina, em razão de sua raridade e propensão a diagnóstico equívoco.

### RELATO DO CASO

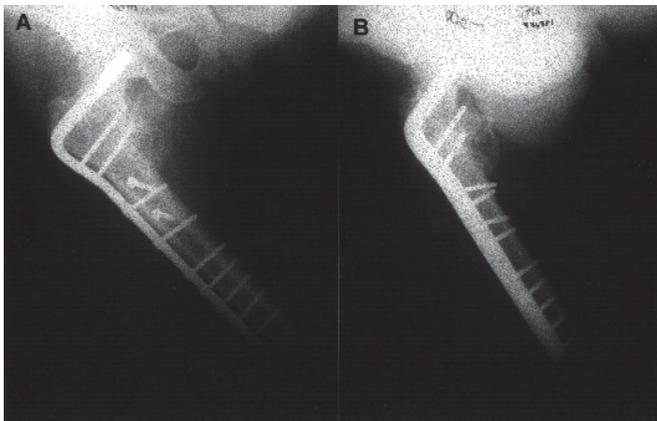
Paciente do sexo masculino, com 69 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Santa Casa de São Paulo, com história de queda ao solo havia quatro horas, com dor e impotência fun-

\* Trab. realiz. no Dep. de Ortop. e Traumatol. da Santa Casa de São Paulo – Pavilhão Fernandinho Simonsen (Serviço do Prof. Dr. José Soares Hungria Neto).

1. Doutor em Med. pela Santa Casa de São Paulo; Prof. Assist. da Fac. de Ciências Méd. da Santa Casa de São Paulo; Chefe do Grupo de Tumores Músc.-Esquel. da Santa Casa de São Paulo.
2. Doutor em Med. pela Esc. Paul. de Med.; Prof. Livre-Doc. da Fac. de Ciências Méd. da Santa Casa de São Paulo; Chefe do Dep. de Anat. Patol. da Santa Casa de São Paulo.
3. Méd. Assist. do Dep. de Ortop. e Traumatol. da Santa Casa de São Paulo.
4. Méd. Estag. do Grupo de Tumores Músc.-Esquel. da Santa Casa de São Paulo.
5. Méd. Resid. do Dep. de Ortop. e Traumatol. da Santa Casa de São Paulo.



*Fig. 1A e B – Radiografias do fêmur proximal direito, nas projeções ântero-posterior e perfil, realizadas à admissão do paciente no serviço*

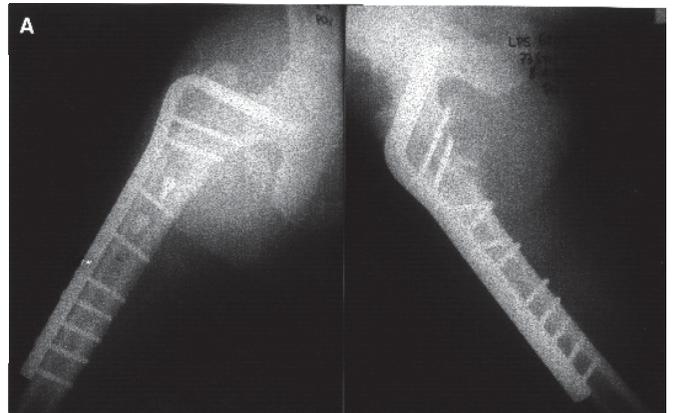


*Fig. 3A e B – Radiografias do fêmur proximal direito, nas projeções ântero-posterior e perfil, no pós-operatório dois meses. Observa-se a manutenção da redução e aparecimento de lesão radiolúcida junto ao trocanter menor.*

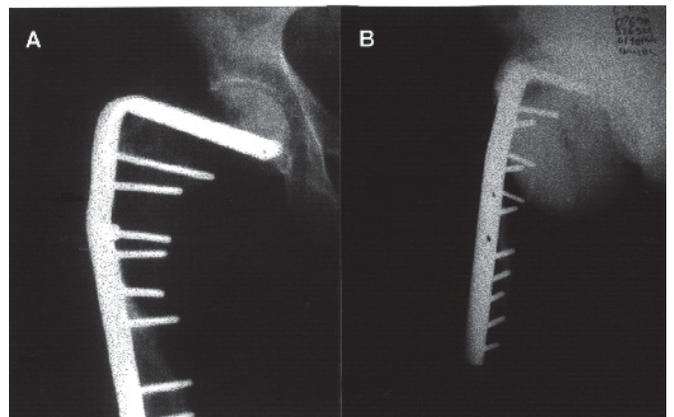
cional do membro inferior direito. Observaram-se, à admissão, encurtamento e deformidade em rotação externa do membro inferior direito. Não foi percebida, na ocasião, qualquer outra anormalidade ao exame físico.

Ao exame radiográfico, na projeção ântero-posterior da bacia e lateral do quadril direito (fig. 1, A e B), observou-se fratura de traço oblíquo longo sem cominuição ou outra lesão óssea na região subtrocantérica do fêmur direito. As análises bioquímica e hematológica sanguíneas, as radiografias de tórax e o eletrocardiograma apresentavam-se normais. O paciente foi submetido à redução anatômica e osteossíntese da fratura com placa angulada de 95° (fig. 2, A e B).

O paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, sem sinais de infecção ou qualquer outra alteração significativa. Após a alta passou a ser acompanhado mensalmente através de exame clínico e radiográfico. Os controles radiográficos evidenciavam, aparentemente, boa evolução da fratura (fig.

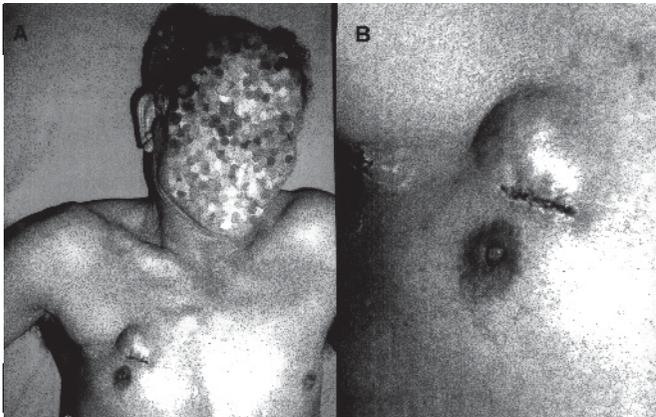


*Fig. 2A e B – Radiografias do fêmur proximal direito, nas projeções ântero-posterior e perfil, após redução e osteossíntese da fratura com placa angulada 95° (pós-operatório imediato)*



*Fig. 4A e B – Radiografias do fêmur proximal direito, nas projeções ântero-posterior e perfil (pós-operatório seis meses). Observa-se quebra do material de síntese e aumento da lesão radiolúcida.*

3, A e B), mas, no sexto mês de pós-operatório, o paciente retornou com queixa de dor e aumento rápido e progressivo de volume da coxa. As radiografias da bacia (ântero-posterior) e do quadril direito (lateral) (fig. 4, A e B) mostraram lesão lítica ao nível da área anteriormente fraturada e soltura do material de síntese. O paciente foi encaminhado ao Grupo de Tumores Músculo-Esqueléticos para estudo do caso. Constatou-se, nesta ocasião, a presença de um tumor na mama direita com mais ou menos 2,5cm de diâmetro, com retração do mamilo, que não havia sido detectada anteriormente (fig. 5, A e B), acompanhada de comprometimento ganglionar axilar. Ao toque retal havia aumento da próstata com bordas regulares e consistência mole, considerada normal para a idade. Ao exame ortopédico apresentava aumento de volume da coxa direita, dor à palpação local e marcha claudicante com auxílio de muletas. A mobilidade do quadril direito era: flexão de 100°, extensão de -15°, abdução de 30°, adução de



**Fig. 5A e B** – Realizada biópsia incisional do nódulo que o paciente apresentava na mama direita. O diagnóstico anatomopatológico foi de carcinoma ductal infiltrativo.

15°, rotação externa de 60° e interna de 0°. Os exames neurológico e vascular eram normais.

O paciente foi submetido a biópsia por trocarte da lesão no fêmur e biópsia incisional da massa na mama. Os resultados dos exames anatomopatológicos foram os seguintes: metástase de adenocarcinoma no fêmur e carcinoma ductal infiltrativo da mama.

Foi realizada ressecção do terço proximal do fêmur direito e colocação de endoprótese não convencional de Fabroni (ENCF) (fig. 6). A evolução no pós-operatório imediato foi satisfatória. Duas semanas após a cirurgia, o paciente iniciou quimioterapia com ciclofosfamida, fluoracilo e farmorubicin com a finalidade de facilitar a ressecção da mama e o esvaziamento ganglionar.

Atualmente (pós-operatório de seis meses), o paciente, ainda em programa de quimioterapia, apresenta marcha claudicante com auxílio de muletas, exame neurológico normal e a seguinte mobilidade do quadril direito: 90° de flexão, -15° de extensão, 30° de abdução, 20° de adução, 60° de rotação externa e 0° de rotação interna (fig. 5, A e B).

## DISCUSSÃO

O câncer de mama masculina, além de raro, tem grande agressividade, com metástases precoces aos linfonodos axilares<sup>(5)</sup>. Segundo estudo feito por Gallardo *et al.*<sup>(2)</sup> em 303 casos de metástase óssea por câncer de mama, verificou-se que apenas 1,33% correspondia a pacientes do sexo masculino.

Não foi encontrado na literatura tratamento específico para carcinoma de mama masculina. O tratamento para metástase óssea de câncer de mama, quando não há iminência de fratu-



**Fig. 6** – Realizada ressecção tumoral e colocação de endoprótese não convencional de Fabroni com quadril articulado. Radiografia em projeção ântero-posterior.

ra, é, essencialmente, a quimioterapia e a radioterapia. Sanoo *et al.*<sup>(7)</sup>, utilizando terapia combinada com tamoxifen, ciclofosfamida, fluoracilo, morfina e medroxiprogesterona 17-acetato, concluíram que esta quimioterapia foi efetiva para dor óssea em 96,33% dos casos. Saez *et al.*<sup>(6)</sup> estudaram a sobrevivência de pacientes com metástase de câncer de mama que foram submetidos a cirurgia de ressecção, colocação de enxerto ósseo, quimioterapia e uso de agentes antineoplásicos adjuvantes. O estudo foi feito em 20 mulheres entre 24 e 56 anos de idade, das quais nove apresentaram total remissão e 11, remissão parcial. A nosso ver, o emprego de enxerto ósseo em tumores metastáticos é muito discutível.

O tratamento da fratura patológica é variado. Alguns fatores, como idade, estágio da doença primária, tamanho da metástase e comprometimento clínico geral do paciente, influem no prognóstico e ajudam a escolher o melhor tratamento para a fratura<sup>(1)</sup>. Em pacientes com grave comprometimento do estado geral ou grande extensão tumoral, quando as possibilidades cirúrgicas são muito limitadas, o tratamento pode ser expectante<sup>(3)</sup>. Tendo o paciente condições para

submeter-se a cirurgia, podem ser realizadas: 1) redução e osteossíntese com placa e cimento ósseo visando rápida solução para a fratura, 2) ressecção da lesão e colocação de endoprótese não convencional, proporcionando retorno precoce à deambulação, e 3) amputação em casos extremos<sup>(1)</sup>.

Devemos lembrar a importância da realização de exame físico completo em todos os pacientes para que não passe despercebida, como em nosso caso, uma tumoração na mama de vários anos de evolução. Exame físico minucioso, inclusive em casos em que não há suspeita de fratura patológica, pode permitir diagnóstico precoce da lesão, melhorando o prognóstico. Devemos ressaltar, também, a importância de incluir, no diagnóstico diferencial de lesão óssea sugestiva de metástase no homem, o carcinoma de mama como tumor primário.

## REFERÊNCIAS

1. Carnelase, P.G.: "Malignant tumors of bone", in Crenshaw, A.H.: *Campbell's operative orthopedics*, St. Louis, Mosby Year Book, 1992. Cap. 10, p. 263-190.
2. Gallardo, H., Gonzales, R. & Astagno, A.: Metastasis osea del cáncer de mama. *Bol Acad Nal Med Nal* 66: 459-471, 1988.
3. Campanacci, M.: *Tumori delle ossa e delle parti molle*, Bologna, Aulo Gaggi Editore, 1981. p. 456-512.
4. Pendleburg, S.C., Bilous, M. & Langlands, S.A.: Sarcomas following radiation therapy for breast cancer: a report of three cases and a review of the literature. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 31: 405-410, 1995.
5. Robins, S.L. & Cotran, R.S.: "Mama", in *Patologia estrutural e funcional*, Rio de Janeiro, Interamericana, 1986. Cap. 27, p. 1158-1168.
6. Saez, R.A., Slease, R.B., Selby, G.B. et al: Long term survival after autologous bone marrow transplantation for metastatic breast carcinoma. *South Med J* 88: 320-326, 1995.
7. Sanoo, H., Shimozuma, K., Kurebayashi, J. et al: Systemic therapy pain relief and quality of life of breast cancer patients with bone metastasis. *Gan To Kagaku Ryoho* 22 (Suppl): 10-15, 1995.