

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 10, 2025

••• ARTIGO 14

Data de Aceite: 24/11/2025

NEOPLASIA DE PULMÃO DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO

Bruna Maria Souza Fernandes

Simone Felitti



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Introdução

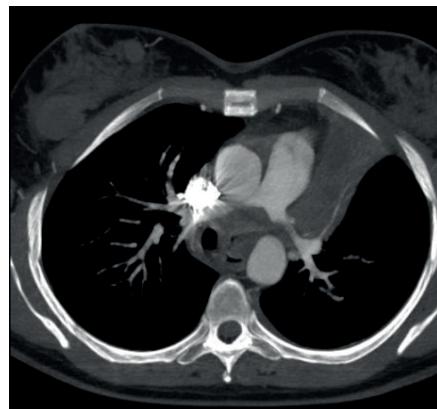
A neoplasia de mama é o câncer mais frequentemente diagnosticado em mulheres no mundo, apresentando mais de 2,3 milhões de casos ao ano¹. No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres, excluídos os tumores de pele não melanoma². Segundo o Instituto Nacional do Câncer foram estimados 73.610 casos novos entre 2023 e 2025². No que se refere ao câncer de pulmão mundialmente foram diagnosticados 2,2 milhões de casos no ano de 2020. No Brasil, estima-se aproximadamente 32.000 novos casos de neoplasia pulmonar por ano, sendo 18.200 em homens e 13.800 em mulheres³.

Segundo as estatísticas levantadas em 2020 o câncer de mama em mulheres ultrapassou em números e se tornou mais comum que o câncer de pulmão, como confirmam os dados neste ano: foram identificados 18,1 novos casos de câncer (não incluso câncer de pele não melanoma) dentre eles cerca de 11,7% eram neoplasia de mama e 11,4% de pulmão¹.

O câncer de mama possui origem multifatorial⁴. O envelhecimento representa o principal fator de risco, uma vez que está relacionado tanto ao acúmulo de exposições ao longo da vida quanto às alterações biológicas próprias do processo da senescência⁵. Atualmente emprega-se estratégias para a detecção do câncer de mama como o diagnóstico precoce em pacientes com sinais iniciais da doença e o rastreamento bienal com mamografia em mulheres de 50 a 69 anos⁶. Na maioria dos casos observam-se nódulos fixos e indolores, alterações cutâneas como retração e rubor, nódulos nas axilas e saída de líquido através dos mamilos⁷. Ademais, o diagnóstico deve ser realizado através do exame clínico, exame de imagem e análise histopatológica⁸.

Acerca do câncer de pulmão o tabagismo é o principal fator de risco, entretanto, exposição à poluição, infecções pulmonares de repetição, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e fatores genéticos também estão relacionados a esse tipo de câncer⁹. Muitas vezes o câncer de pulmão é diagnosticado de forma tardia pelo fato de que na maioria dos casos o paciente não relata sintomas e por vezes o achado do tumor é incidental^{10,11}. No caso de suspeita de câncer é possível identificar no exame físico sinais de obstrução ou estenose de brônquios através da ausculta pulmonar, bem como a presença de derrame pleural. Além disso, deve-se realizar a pesquisa de linfonodomegalia, principalmente na cadeia supraclavicular^{12,13}. Após a identificação de um nódulo suspeito de câncer pulmonar é necessária a biópsia para guiar o tratamento¹⁴.

Relato de Caso



Mulher, 33 anos, previamente hígida, apresenta antecedente de endometriose. Paciente procura serviços de saúde da região por diversas vezes nos últimos 6 meses por queixa de tosse seca, dispneia, fraqueza, prostração e hemoptise. Foi encaminhada ao otorrinolaringologista e pneumologista

ta para manejo do quadro e tratado como asma. Relata início dos sintomas 6 meses antes de ter procurado novamente o hospital e afirma piora do quadro.

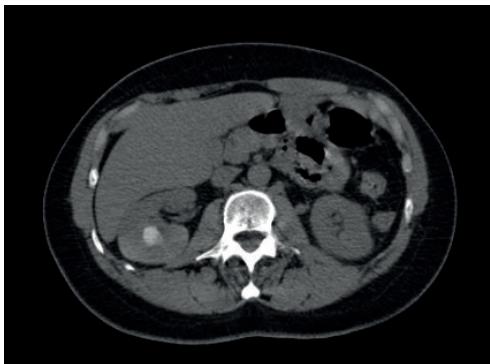
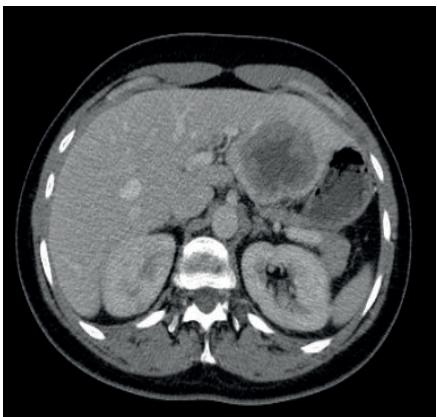
Ao exame físico paciente normotensa, normocardica, afebril, normoglicêmica, eupneica em ar ambiente. Apresentava regular estado geral, hidratada, anictérica, acianótica, corada. A respeito do exame pulmonar apresentava murmúrio vesicular bilateralmente presente sem ruídos adventícios. Ao exame dos aparelhos cardiovascular, neurológico, abdominal, pele e fâneros não apresentavam alterações.

Foi indicado pela equipe assistente a realização de uma angiotomografia de tórax com os seguintes achados: visíveis falhas de enchimento para ramos segmentares no lobo inferior direito. Imagem com densidade de partes moles, de limites imprecisos, situada na região hilar esquerda, determinando importante redução do calibre da artéria pulmonar esquerda, assim como obliteração do brônquio para o lobo superior esquerdo. No lobo superior esquerdo há uma opacidade consolidativa, margeada por opacidades do tipo “vidro fosco” apresentando cavitação em seu interior. Apresenta imagens nodulares nas mamas, a maior na mama direita, medindo 3,1x2,6 cm. Diante do exposto foi optado por anticoagulação plena e solicitado novos exames para definição diagnóstica.

Ademais, a equipe assistente prosseguiu investigação sendo solicitado uma nova tomografia de tórax e abdome com contraste. Foi evidenciada lesão nodular sólida de contornos lobulados e limites definidos apresentando intenso realce após administração do meio de contraste iodado porém contendo áreas hipodensas centrais podendo corresponder a necrose localizado em topografia da margem lateral da mama

à direita medindo 3,3 x 2,8 cm. Outras lesões nodulares esparsas pelo parênquima mamário bilateralmente apresentando realce homogêneo sem evidências de necrose central medindo até 1,8 cm. Há exuberante linfonodomegalia mediastinal envolvendo quase todos os níveis mediastinais com formação de conglomerado causando acentuada impressão sobre a artéria pulmonar à esquerda englobando o brônquio fonte esquerdo promovendo importante redução do seu calibre e obliterando o brônquio para o segmento lingular com consequente atelectasia do mesmo. Presença de massa de consolidação com área de cavitacão central localizado em segmento anterior do lobo superior esquerdo medindo aproximadamente 5,5 x 5,8 cm. Em resumo, paciente apresenta nódulo sólido com importante realce periférico e áreas hipodensas centrais localizada na face lateral da mama à direita associado a linfonodomegalia axilar homolateral, com hipótese de lesão neoplásica primária.

Apresenta linfonodomegalia necrótica mediastinal de aspecto secundário promovendo redução da amplitude do brônquio-fonte à esquerda, obliteração do brônquio para o segmento lingular e causando acentuada impressão sobre a artéria pulmonar à esquerda. Apresenta duas lesões hipovasculares, com área central de liquefação/degeneração cística no parênquima hepático, uma delas mede 4,7 cm no segmento III e a outra mede 4,0 cm no segmento VII. O aspecto é suspeito. Já na tomografia de abdome e pelve foi identificado múltiplas formações nodulares, hipovasculares, de tamanhos variados, esparsos no parênquima renal bilateralmente. A maior que mede 2,6 cm no terço médio, estendendo-se a região hilar inferiormente associado de aspecto suspeito.



Ademais, após discussão com o serviço de rádio intervenção do hospital foi indicada a biópsia do nódulo da mama durante internação hospitalar. Procedimento ocorreu sem intercorrências, dias após foi obtido o resultado do anatomo-patológico evidenciando o achado de adenocarcinoma de pulmão metastático por conta da positividade para o fator de transcrição tireoide/pulmão e Napsina A (referente ao pneumócito tipo II).

Anticorpos	Clone	Resultado
TRPS1	EP 392	Negativo
GATA 3	EP 368	Negativo
Receptor de estrógeno	EP1	Negativo
CDX2 - fator de transcrição intestinal	EPR2764Y	Negativo
Vilina	1D2 C3	Negativo
PAX8 - fator de transcrição da família do gene - paired box (PAX)	ZR1	Negativo
TTF-1 - fator de transcrição tireoide/pulmão	8G7G3/1	Positivo
Napsina A (Pneumóci- to tipo II)	MRQ-60	Positivo
Proteína CG- DFP-15/ Breast-2	GCDPF	Negativo
Mamoglobi- na - proteína relacionada ao tecido mamário	305-1A5	Negativo

Marcadores estudados na imuno-histoquímica.

Discussão

O presente relato traz à tona um cenário atípico: paciente jovem, sem comorbidades relevantes, diagnosticada com adenocarcinoma de pulmão metastático, inicialmente manifestado através de lesões mamárias sugestivas de neoplasia primária de mama. Essa apresentação é incomum e merece discussão à luz dos dados epidemiológicos e clínicos disponíveis. A priori, o câncer de pulmão é uma das principais causas de morte por neoplasia no mundo, ainda que, em termos de incidência, o câncer de mama o tenha superado em mulheres

a partir de 202015. Em mulheres jovens, no entanto, a incidência de câncer de pulmão é significativamente menor quando comparada ao de mama, o que explica a primeira hipótese diagnóstica de tumor mamário.

O adenocarcinoma de pulmão é o subtipo histológico mais prevalente, especialmente em mulheres e não fumantes¹⁶. Esse perfil tem se tornado cada vez mais descrito na literatura, o que reforça a necessidade de suspeita diagnóstica mesmo em pacientes sem fatores de risco clássicos, como o tabagismo¹⁷.

A metástase para a mama a partir de neoplasia pulmonar é um evento incomum, correspondendo a menos de 2% das metástases mamárias, sendo mais frequentemente confundida com carcinoma de mama primário¹⁸. Essa diferenciação é essencial, pois altera completamente a conduta terapêutica e o prognóstico. No caso relatado, a imuno-histoquímica foi determinante, com positividade para TTF-1 (fator de transcrição tireoide/pulmão) e Napsina A, marcadores típicos de adenocarcinoma pulmonar¹⁹. Outro ponto relevante foi o atraso no diagnóstico. A paciente apresentou sintomas respiratórios inicialmente tratados como asma, o que ilustra um problema frequente: o câncer de pulmão em fases iniciais frequentemente simula condições benignas do trato respiratório, contribuindo para diagnóstico tardio²⁰. Esse atraso impacta negativamente no prognóstico, já que a maior parte dos casos é diagnosticado em estágios avançados²⁰, como foi o caso da paciente, afinal, a paciente já apresentava neoplasia em estadio clínico IV.

Por fim, este caso ilustra a importância de se considerar o câncer de pulmão como diagnóstico diferencial em mulheres jovens, mesmo não fumantes, sobretudo diante de

sintomas persistentes e achados radiológicos suspeitos, uma vez que o tempo é determinante na abordagem do quadro.

Conclusão

O caso relatado evidencia uma forma atípica e rara de apresentação do adenocarcinoma pulmonar em paciente jovem e sem comorbidades, manifestando-se inicialmente como lesões mamárias simulando uma neoplasia primária de mama. Essa situação reforça a importância da investigação diagnóstica detalhada, especialmente com imuno-histoquímica, na diferenciação de tumores primários e metastáticos. Portanto, reforça-se a necessidade de maior vigilância dos critérios de suspeição para neoplasia pulmonar, de modo a favorecer diagnósticos mais precoces e desfechos mais favoráveis, mesmo em perfis epidemiológicos considerados atípicos.

Referências

1. GLOBOCAN 2020: New global cancer data. Genebra: Union for International Cancer Control (UICC), 2020. Disponível em: <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>. Acesso em: 4 nov. 2025.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Controle do câncer de mama no Brasil: dados e números: 2024. Rio de Janeiro: INCA, 2024.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer de pulmão. Ministério da Saúde, 2023.
4. SAINI, S. et al. Breast cancer: a review of risk factors and diagnosis. International Journal of Health Sciences, v. 18, n. 1, p. 106-117, 2024.

5. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Health topics. Breast cancer: prevention and control. Geneva: WHO, 2020.
6. **INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).** Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
7. **BRIGUENTI RAMALHO, R.** et al. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 1040-1050, 2024.
8. **INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil).** Versão para profissionais de saúde. In: *Diagnóstico do câncer de mama*. Brasília: INCA, 2025.
9. **INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil).** Câncer de pulmão. Brasília: INCA, 2025.
10. **GOULD, M. K.; TANG, T.; LIU, I. L.; LEE, J.; ZHENG, C.; BLACK, W. C.** Early detection of lung cancer: challenges and opportunities. *Journal of Thoracic Oncology*, v. 18, n. 2, p. 187-197, 2023.
11. **RIVERA, M. P.; MEHTA, A. C.** Lung cancer: presentation, diagnosis, and staging. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 98, n. 4, p. 650-662, 2023.
12. **SARKAR, M.; MADABHAVI, I.; NIRANJAN, N.; DOGRA, M.** Auscultation of the respiratory system. *Annals of Thoracic Medicine*, v. 10, p. 158–168, 2015.
13. **SMOLARZ, B.** et al. Lung cancer—epidemiology, pathogenesis, treatment and molecular aspect (review of literature). *International Journal of Molecular Sciences*, v. 26, n. 5, p. 2049, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms26052049>.
14. **LOVERDOS, K.** et al. Lung nodules: a comprehensive review on current diagnostic evaluation and management. *Journal of Thoracic Disease*, v. 11, n. 6, p. 2452-2466, 2019.
15. **SUNG, H.** et al. Global cancer statistics 2020. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2021.
16. **TRAVIS, W. D.** et al. The 2015 World Health Organization classification of lung tumors. *Journal of Thoracic Oncology*, 2015.
17. **SUBRAMANIAN, J.; GOVINDAN, R.** Lung cancer in never smokers: a review. *Journal of Clinical Oncology*, 2007.
18. **BREAST** metastases from primary lung cancer: a retrospective case series on clinical, ultrasonographic, and immunohistochemical features. *Translational Lung Cancer Research*, 2021.
19. **PRIMARY** lung adenocarcinoma with breast metastasis harboring the EML4-ALK fusion: a case report. *Oncology Letters*, 2024.
20. **BLANDIN KNIGHT, S.** et al. Symptoms and risk factors of lung cancer in primary care. *British Journal of General Practice*, 2017.