

LESÕES MAMÁRIAS INCOMUNS: ENSAIO ICONOGRÁFICO*

Rogério D. Duarte¹, Ana Alice Furtado², André Lermen Jr.², Lívia Borges², Ênio M. Carvalho², Heloíse Zanelatto Neves², Dakir L. Duarte Filho³, Dakir L. Duarte⁴

Resumo As lesões mamárias incomuns podem representar um desafio diagnóstico. Procuramos demonstrar alguns aspectos radiológicos destes tipos de lesões. Analisamos, retrospectivamente, casos incomuns, com e sem manifestações clínicas. Realizamos mamografia e, em alguns casos, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e investigação histológica. Os métodos de imagem demonstraram ser úteis na detecção, caracterização e inclusive na elaboração diagnóstica.

Unitermos: Lesões mamárias incomuns; Tumores benignos e malignos da mama; Mamografia; Ultra-sonografia mamária.

Abstract *Unusual breast lesions: iconographic essay.*

Unusual breast lesions may represent a diagnostic challenge. We aimed to show some radiological features of these unusual breast lesions. Uncommon cases of symptomatic and asymptomatic patients with breast lesions were retrospectively analyzed. All patients were submitted to mammography and in some cases ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging and histological investigation were also performed. Imaging methods proved to be useful in the detection, characterization and diagnosis of these lesions.

Key words: Unusual breast lesions; Benign and malignant breast tumors; Mammography; Breast ultrasound.

INTRODUÇÃO

As lesões mamárias incomuns podem representar um desafio diagnóstico, sendo importante para o radiologista estar familiarizado com o seu aspecto radiológico. Estas lesões incluem doenças sistêmicas (doença vascular do colágeno, vasculite, hiperparatireoidismo), tumores benignos (hamartoma, fibromatose, tumor de células granulares e tumor filóide), doenças malignas (linfoma, sarcoma, carcinossarcoma, carcinoma adenóide cístico) ou doenças metastáticas (melanoma, linfoma, sarcoma, carcinoma do pulmão, estômago, ovário e células renais), entre outras.

O objetivo deste trabalho é demonstrar os aspectos radiológicos característicos das principais lesões mamárias incomuns.

Analisamos, retrospectivamente, casos incomuns de lesões mamárias com e sem manifestação clínica, entre os quais hamartoma, lipoma retromamário, tumor filóide benigno e maligno, fibroadenoma atípico, ectasia ductal gigante, doença de Mondor, rabiomiossarcoma, carcinoma adenóide cístico e linfoma. Realizamos, em alguns destes casos, mamografia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e investigação histológica.

DISCUSSÃO

Tumores benignos

Hamartoma: É uma proliferação benigna de tecido fibroso, glandular e gorduroso^(1,2). Seu aspecto mamográfico típico é de um nódulo redondo ou ovóide, bem circunscrito, com densidade de tecidos moles e gordura, envolvido por uma fina pseudocápsula. Ecograficamente aparece como um nódulo heterogêneo, hipoecóico e/ou hiperecóico, ovóide ou como tecido glandular normal.

A ecogenicidade do hamartoma será determinada pela quantidade de tecido

predominante; se houver mais tecido gorduroso, o nódulo será mais hipoecóico, e se mais tecido fibroglandular, determinará hiperecogenicidade^(3,4) (Figura 1).

Tumor filóide: É tumor raro (0,3%) de origem fibroepitelial, comumente manifestado por nódulo de crescimento rápido em mulheres de 30 a 50 anos de idade, podendo ser benigno ou maligno, este último mais freqüente em mulheres de idade avançada⁽⁵⁾. À mamografia aparece como nódulo, ovóide ou lobulado, bem circunscrito, semelhante ao fibroadenoma, porém com maiores dimensões. Seu aspecto ecográfico típico é de nódulo sólido, hipoecóico, não homogêneo e bem circunscrito, podendo conter áreas císticas, que são altamente sugestivas. É muitas vezes indistinguível do fibroadenoma e não é possível diferenciar entre lesões benignas ou malignas⁽⁴⁾ (Figuras 2 e 3).

Lipoma: Geralmente é assintomático e unilateral. Pode manifestar-se como nódulo palpável móvel. O padrão mamográfico é de nódulo hipodenso, exibindo cápsula de tecido fibroso. À ecografia apresenta-se como nódulo bem delimitado hipoecóico (mamas densas) ou hiperecóico quando se localiza superficialmente no tecido adiposo subcutâneo^(3,6) (Figuras 4 e 5).

* Trabalho realizado na Clínica Serdil, Fundação Saint Pastous, Porto Alegre, RS.

1. Radiologista da Clínica Serdil, Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), Membro Correspondente da Radiological Society of North America (RSNA).

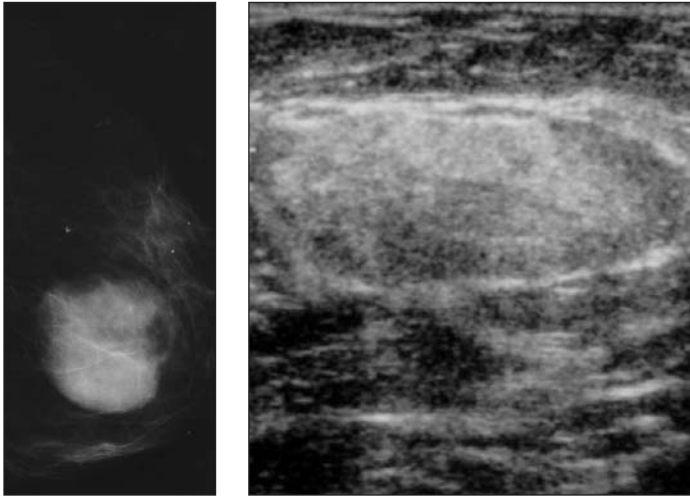
2. Residentes da Clínica Serdil, Fundação Saint Pastous.

3. Radiologista e Coordenador de Procedimentos Invasivos em Mama da Clínica Serdil, Membro Titular do CBR.

4. Radiologista, Chefe do Setor de Mamografia e Diretor Presidente da Clínica Serdil, Membro Titular do CBR e da Comissão Nacional de Mamografia.

Endereço para correspondência: Dr. Rogério D. Duarte, Clínica Serdil, Rua São Luís, 96, Santana, Porto Alegre, RS, 90620-170. E-mail: rogerioduarte@serdil.com.br

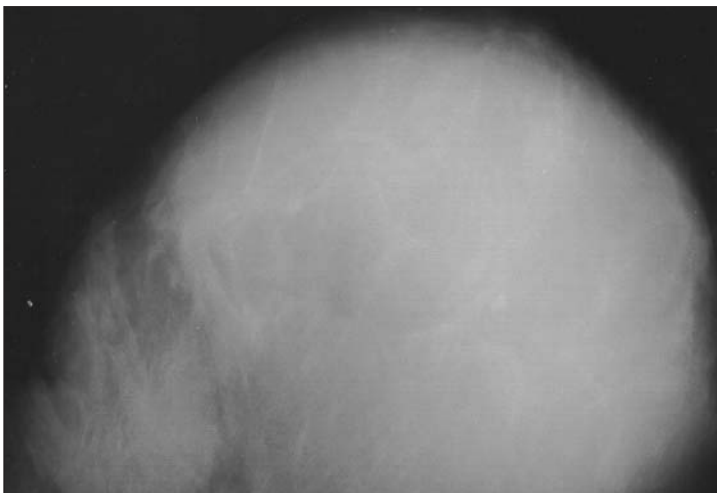
Recebido para publicação em 28/10/2004. Aceito, após revisão, em 15/12/2004.



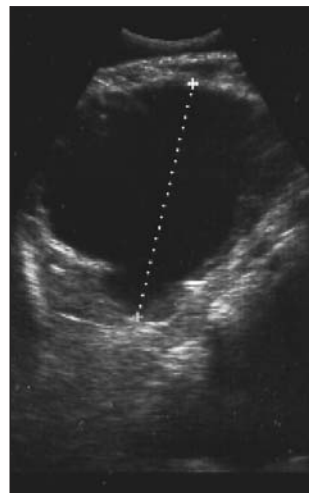
A
Figura 1. *Hamartoma.* Mamografia (A): nódulo circunscrito com pseudocápsula, de densidade mista, que contém todos os elementos da mama. Ecografia (B): nódulo sólido hiperecótico, heterogêneo e bem delimitado.



Figura 2. *Tumor filóide benigno.* Ecografia: nódulo sólido hipocócico, ovóide, heterogêneo e bem delimitado, indistinguível do fibroadenoma.



A

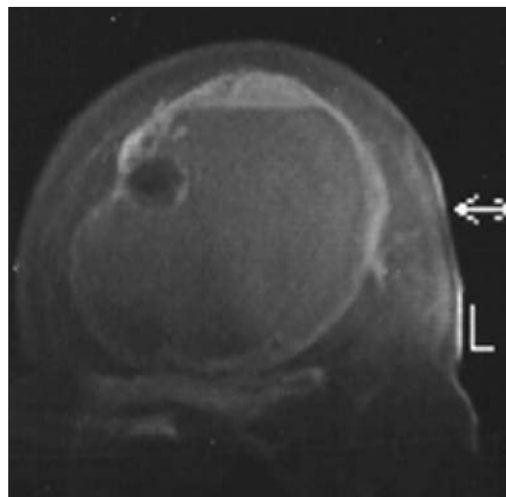


B

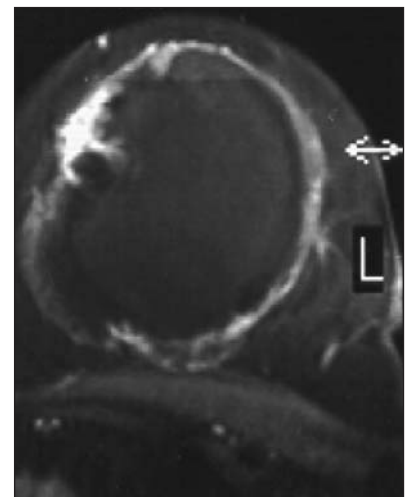
Figura 3. *Tumor filóide maligno (cistossarcoma).* Mamografia (A): massa hiperdensa, redonda e circunscrita. Ecografia (B,C): massa cística bem delimitada, anecóica (necrose interna) e com moderado reforço acústico posterior, avaliada com transdutor setorial (B), e com áreas sólidas irregulares parietais, avaliadas com transdutor de 10 MHz linear (C). RM, cortes axiais em T1 FFE sem (D) e com gadolínio (E): forte realce “em anel” das paredes tumorais.



C



D



E



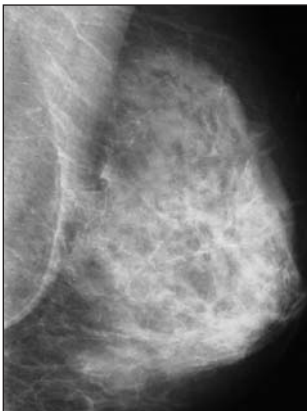
Figura 4. *Lipoma.* Nódulo sólido, hiperecótico, circunscrito, ovóide, homogêneo, localizado no tecido celular subcutâneo.

Doença de Mondor: Descrita em 1939 por Henri Mondor, é uma tromboflebite de veia mamária, que origina um cordão fibroso, às vezes em forma de contas de rosário, podendo ser assintomática ou causar dor^(3,7). Em nossa casuística encontramos 4/100.000 (casos/mamografias). O padrão mamográfico é de estrutura tubular densa, que à ecografia mostra-se superficial e hipocócica (Figura 6).

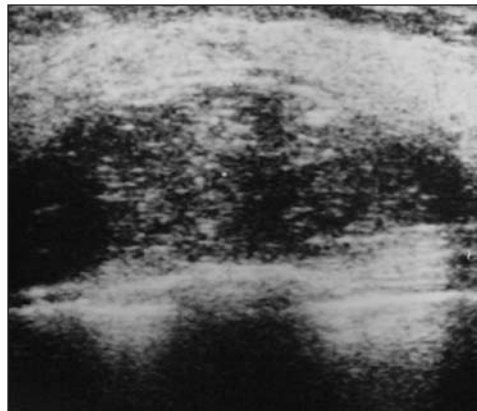
Síndrome de Poland: Descrita em 1841, como ausência do músculo peitoral maior. Atinge uma em cada 36.000 a 50.000 mulheres. Agenesia ou hipoplasia mamária são comuns nesta síndrome, assim como anormalidades do esqueleto torácico. A causa ainda é desconhecida. Em

nossa casuística observamos 2/100.000 (casos/mamografias). A tomografia computadorizada e/ou a ultra-sonografia são necessárias para confirmar ausência do músculo peitoral maior (Figura 7).

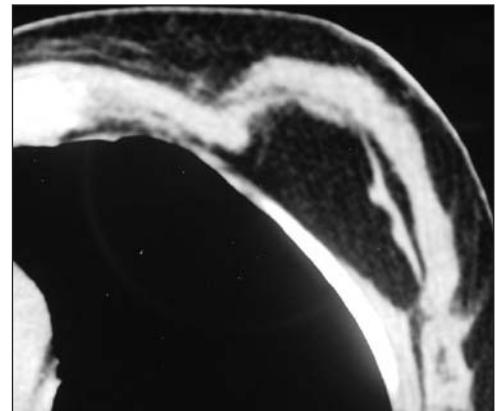
Fibroadenoma atípico: Ocasionalmente, as calcificações precoces do fibroadenoma podem ser finas, irregulares e indistinguíveis do câncer, requerendo biópsia⁽⁷⁾. A mamografia da mama direita mostrou, em quadrante superior externo, um grupo de microcalcificações compactas, heterogêneas e irregulares, suspeitas e classificadas como BI-RADS 4. Foi realizada biópsia destas microcalcificações, cujo resultado foi de fibroadenoma calcificado (Figura 8).



A

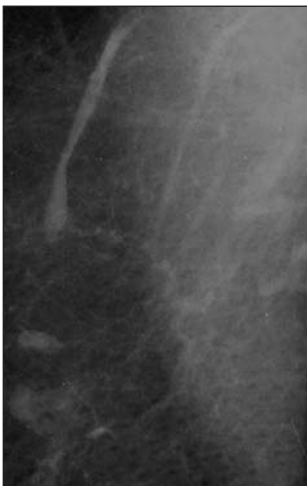


B

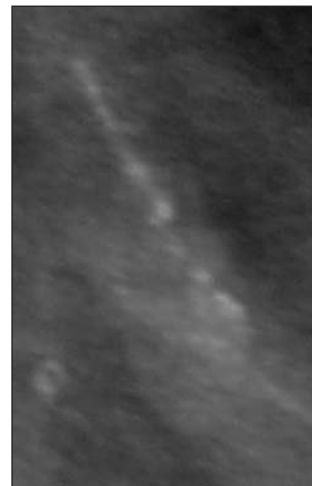


C

Figura 5. *Lipoma retromamário.* Mamografia (A): nódulo radiotransparente retromamário. Ecografia (B): nódulo sólido, hipocogênico, heterogêneo, ovóide e bem delimitado, de localização retromamária, que corresponde, à TC de tórax (C), a nódulo de densidade de gordura.



A



B



C



D

Figura 6. *Doença de Mondor.* Estrutura tubular densa em prolongamento axilar. É fundamental o reconhecimento mamográfico da lesão, para não ser confundida com outras entidades.

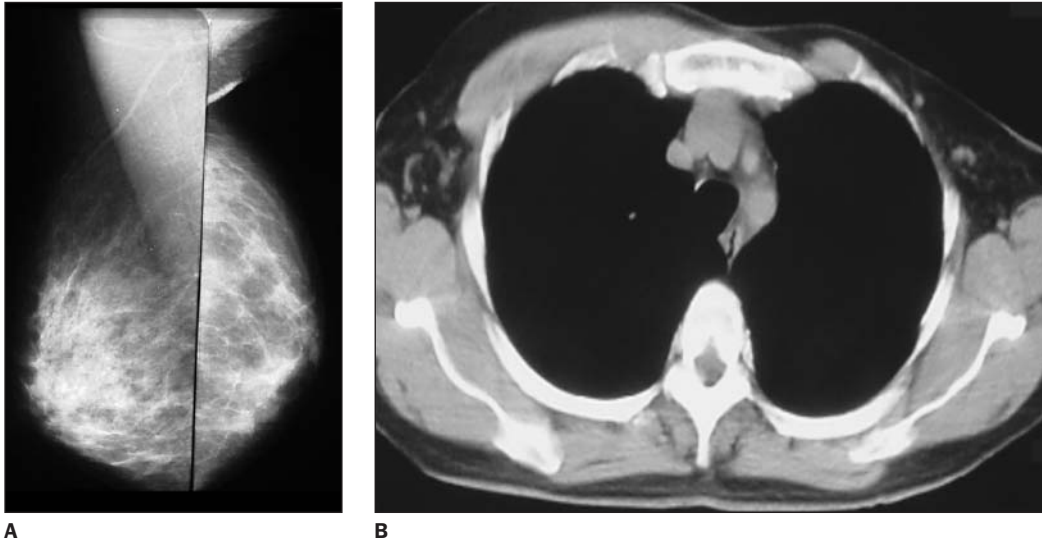


Figura 7. Síndrome de Poland. Mamografia (A) e TC de tórax (B): agenesia do músculo peitoral à esquerda.

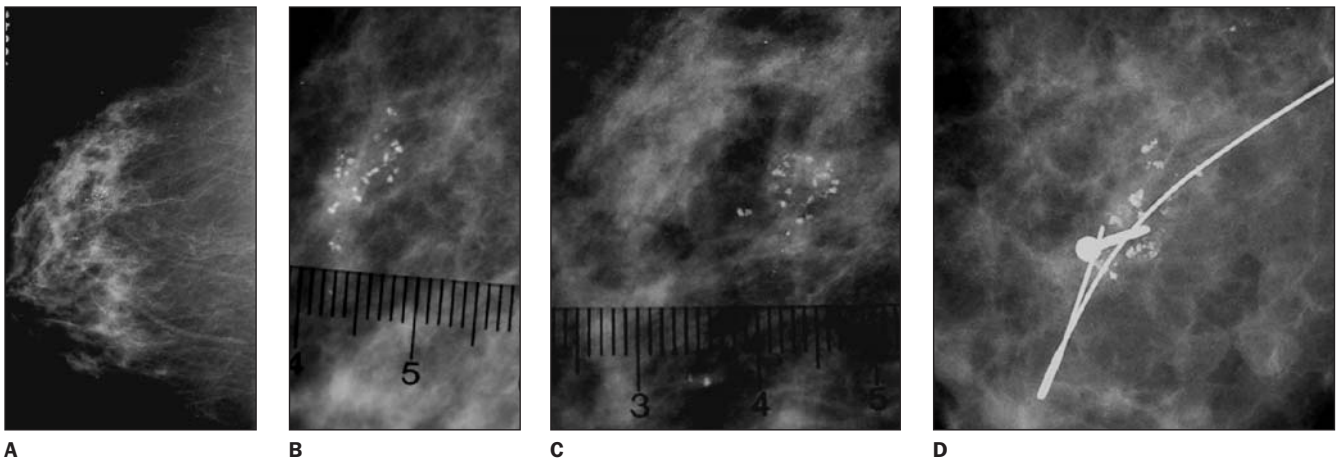


Figura 8. Fibroadenoma atípico (BI-RADS 4). Grupo de microcalcificações agrupadas, compactas, irregulares e heterogêneas no quadrante superior externo da mama direita (suspeitas), cuja biópsia evidenciou a presença de fibroadenoma.

Ectasia ductal gigante: A ductografia percutânea mostrou a presença de ductos dilatados, com defeito de enchimento que à ecografia corresponde a estruturas tubulares anecóicas com ecos internos com material viscoso à punção (Figura 9).

Tumores malignos primários

Rabdomiossarcoma: Os sarcomas de mama representam cerca de 1% de todas as neoplasias da mama, e o rabdomiossarcoma é uma lesão extremamente rara, com poucos relatos na literatura, ocorrendo em adolescentes^(2,8). Dispomos apenas da ecografia mamária em nosso único caso arquivado (Figura 10).

Linfoma: Raramente ocorre como tumor primário na mama, representando 0,1%

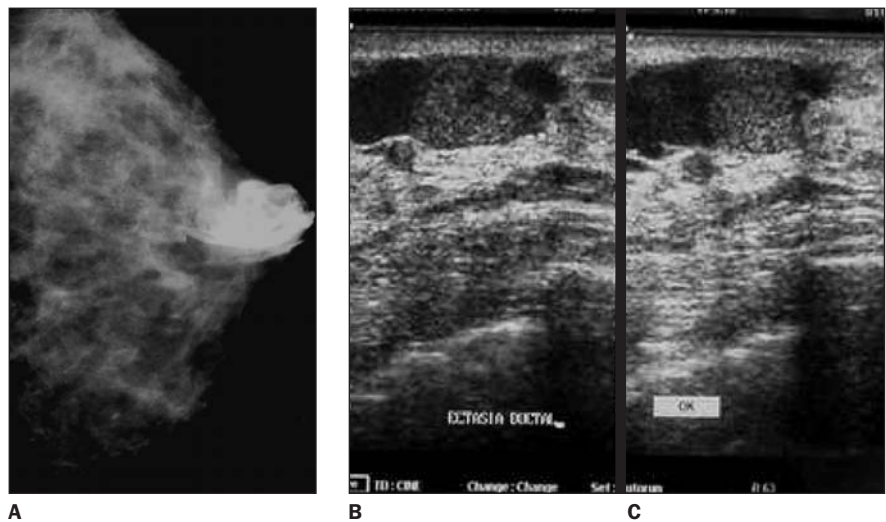


Figura 9. Ectasia ductal gigante. A ductografia percutânea (A) mostra presença de ductos dilatados, que à ecografia (B,C) correspondem a estruturas tubulares anecóicas com ecos internos.

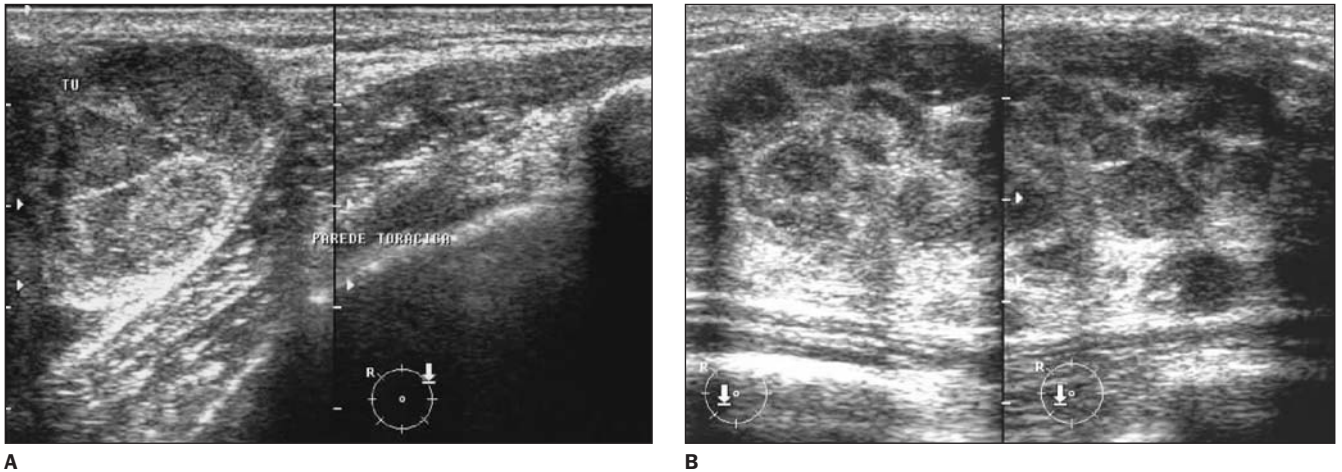


Figura 10. *Rabdomiossarcoma.* A ecografia mostra presença de massa sólida, multilobulada, heterogênea, hipocóica e com grandes dimensões ocupando a quase totalidade da mama, em paciente de 13 anos de idade.

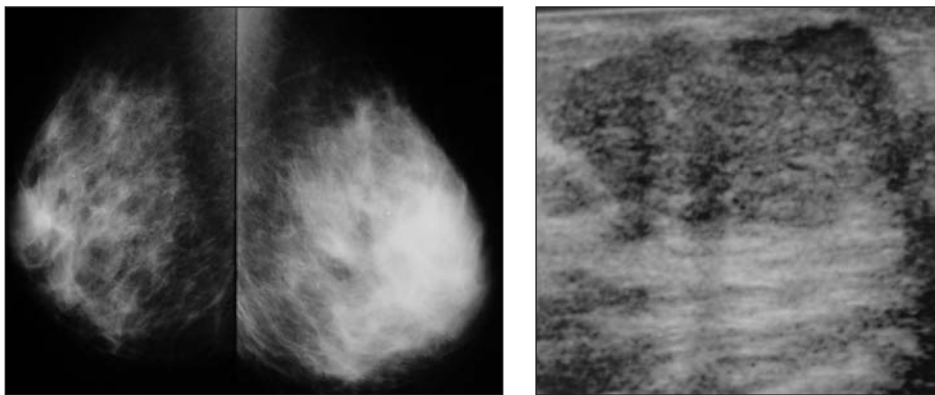
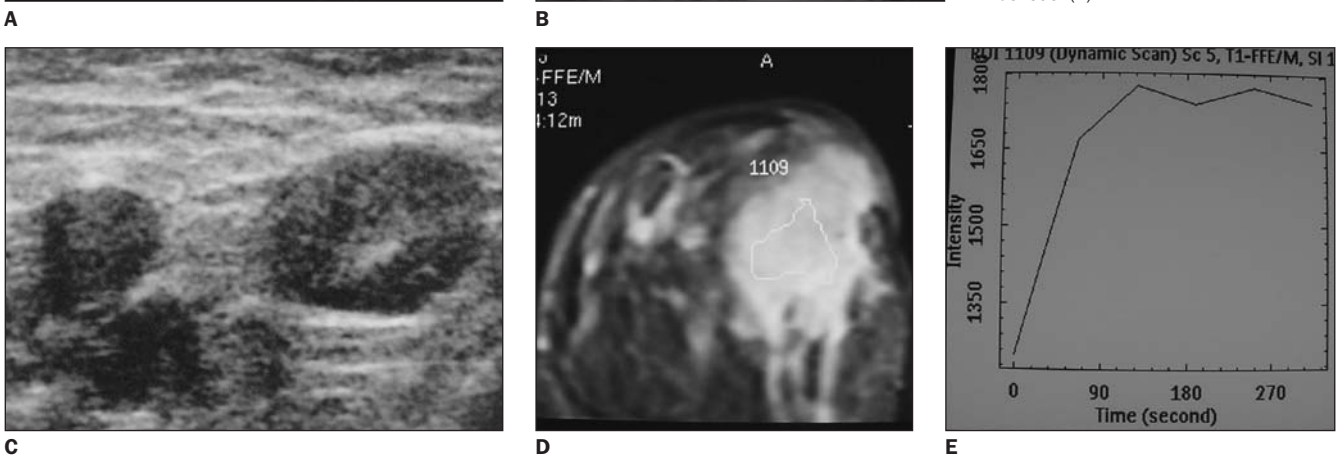


Figura 11. *Linfoma primário de mama.* A mamografia (A) revela uma área de maior densidade na região retroareolar da mama esquerda, que se mostra, à ecografia (B), como nódulo sólido, hipocogênico, lobulado e bem delimitado. A ecografia de região axilar esquerda (C) evidencia a presença de linfonodos aumentados de volume. A RM em corte axial, ponderado em T1 com gadolínio, mostra a presença de nódulo retroareolar (D), que sofreu intenso realce precoce sem “washout” (E).



a 0,5% de todos os tumores malignos da mama, sendo mais freqüentes os linfomas não-Hodgkin⁽⁷⁾. Seu aspecto mamográfico é de um ou mais nódulos com margens circunscritas ou espiculadas, assimetria focal ou até mesmo como espessamento cutâneo⁽⁷⁾. À ecografia apresenta-se como nódulos sólidos, únicos ou múltiplos, hipocóicos, com margens bem definidas ou in-

distintas. As linfonodomegalias axilares, quando presentes, ajudam no diagnóstico^(7,8) (Figura 11).

Carcinoma adenóide cístico: Geralmente associado com as glândulas salivares, ocasionalmente estas lesões desenvolvem-se na mama. Representa processo indolente, raramente fatal. O diagnóstico é feito pela análise histológica e colorações

especiais são utilizadas para revelar a mucina, associada aos pseudocistos encontrados no tumor⁽⁷⁾. É quase impossível de caracterizar com a biópsia percutânea. Na histopatologia apresenta componente glandular (adenóide) e estroma ou a membrana basal e seus elementos, com distribuição heterogênea. A aparência mamográfica é variável⁽⁷⁾ (Figura 12).

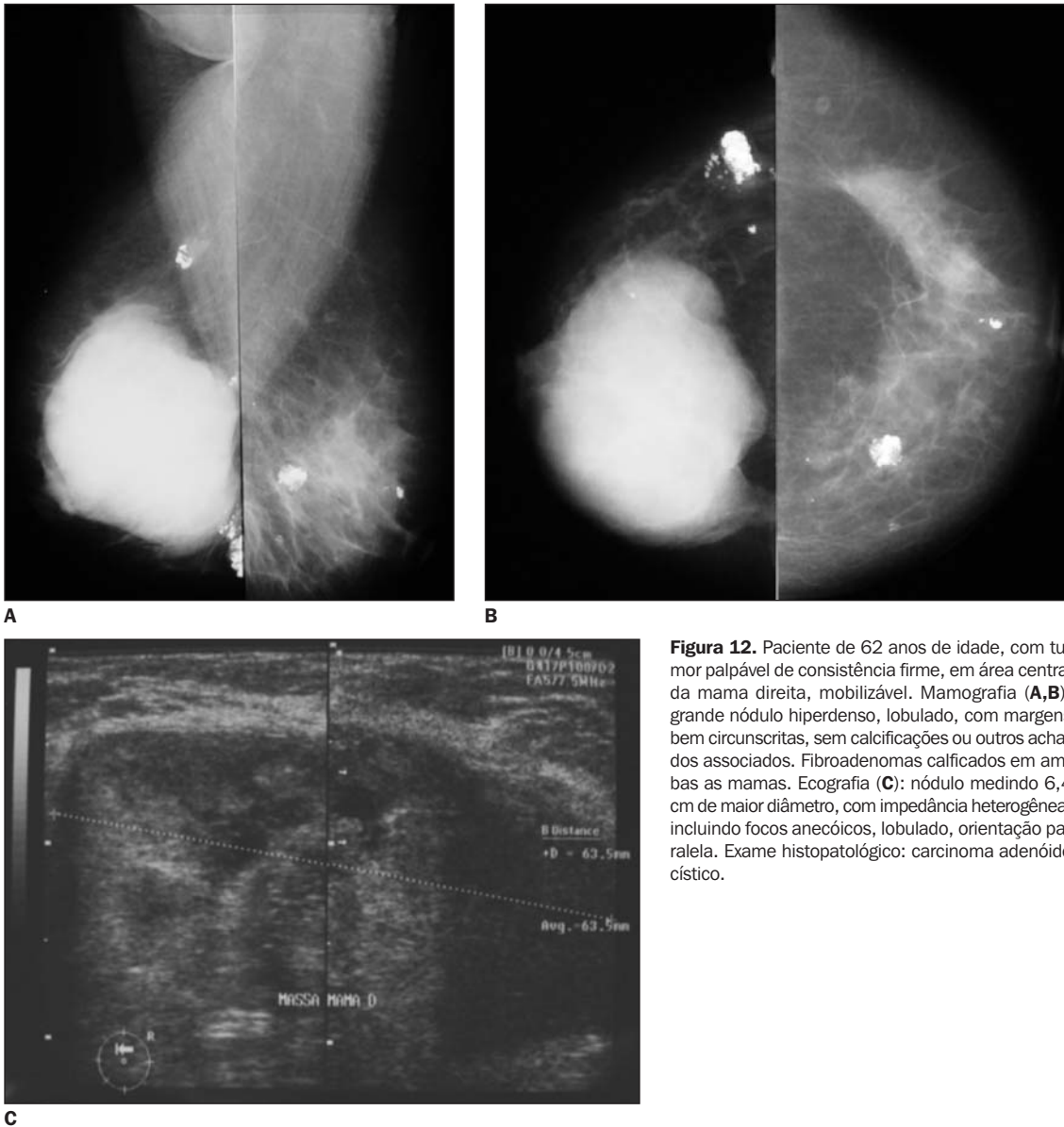


Figura 12. Paciente de 62 anos de idade, com tumor palpável de consistência firme, em área central da mama direita, mobilizável. Mamografia (A,B): grande nódulo hiperdenso, lobulado, com margens bem circunscritas, sem calcificações ou outros achados associados. Fibroadenomas calcificados em ambas as mamas. Ecografia (C): nódulo medindo 6,4 cm de maior diâmetro, com impedância heterogênea, incluindo focos anecóicos, lobulado, orientação paralela. Exame histopatológico: carcinoma adenóide cístico.

CONCLUSÃO

Ainda que a avaliação histológica seja necessária na maioria das vezes para o diagnóstico definitivo de lesões mamárias incomuns, os métodos de imagem demonstraram ser úteis na detecção, caracterização e inclusive na elaboração diagnóstica destas lesões.

REFERÊNCIAS

1. Page DL, Simpson JF. Benign, high-risk, and pre-malignant lesions of the mamma. *In: Bland KI, Copeland III EM, editors. The breast: comprehensive management of benign and malignant diseases.* Philadelphia: WB Saunders, 1991;113-134.
2. Ribeiro LBC. Patologia mamária na infância e na adolescência. *In: Dias EN, Caleffi M, Silva HMS, Figueira Filho ASS. Mastologia atual.* Rio de Janeiro: Revinter, 1994;45-59.
3. Bauab SP. Radiologia dos processos benignos. *In: Duarte DL. Radiologia da mama.* Rio de Janeiro: Medsi, 1994;79-98.
4. Feder JM, Paredes ES, Hogge JP, Wilken JJ. Unusual breast lesions: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 1999;19 Spec No:S11-26.
5. Kopans DB. Ultrasound and breast evaluation. *In: Kopans DB, editor. Breast imaging.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998;409-443.
6. Teubner J. Echomammography: technique and results. *In: Friedrich M, Sickles EA, editors. Radiological diagnosis of breast diseases.* New York: Springer, 1997;181-220.
7. Kopans DB. Pathologic, mammographic, and sonographic correlation. *In: Kopans DB, editor. Breast imaging.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998;511-615.
8. Heywang-Köbrunner SH, Schreer I, Dershaw DD. Other semi-malignant and malignant tumors. *In: Heywang-Köbrunner SH, Dershaw DD, Schreer I, editors. Diagnostic breast imaging: mammography, sonography, magnetic resonance imaging, and interventional procedures.* New York: Thieme, 1997;265-279.