

# PAPILOMATOSE MÚLTIPLA E RECORRENTE UNILATERAL: AVALIAÇÃO PELOS MÉTODOS DE IMAGEM\*

Renato S. Faucz<sup>1</sup>, Rosângela T. Hidalgo<sup>1</sup>, Linei A.B.D. Urban<sup>2</sup>

**Resumo** Papilomas múltiplos são tumores benignos de pacientes jovens, que se caracterizam por risco aumentado de recorrência e predisposição a desenvolver câncer de mama subjacente. Os autores relatam um caso de papilomatose múltipla unilateral, no qual se realizou excisão de 21 papilomas, com o objetivo de demonstrar os principais aspectos de imagem dessa entidade, incluindo os achados mamográficos, ecográficos e da ductogalactografia.

*Unitermos:* Mama. Diagnóstico. Papilomatose.

**Abstract** *Multiple recurrent unilateral papillomatosis: imaging methods evaluation.*

**Multiple papillomas are benign tumors that affect young patients. These tumors are associated with an increased risk of recurrence and predisposition to the development of underlying breast cancer. The authors report a case of a patient with multiple unilateral papillomatosis. This patient was submitted to excision of 21 papillomas in order to demonstrate the main imaging features of this disease, including mammography, ultrasonography and ductography findings.**

*Key words:* Breast. Diagnosis. Papillomatosis.

## INTRODUÇÃO

Papilomas são tumores intraductais benignos que acometem aproximadamente 29% das pacientes na pré-menopausa<sup>(1)</sup>.

Em 90% dos casos apresentam-se como papiloma solitário, localizado nos ductos centrais de maior calibre e manifestando-se, na grande maioria dos casos, com descarga papilar sero-hemorrágica. Apenas em 10% dos casos apresentam-se na forma de papilomatose múltipla (PM), que se caracteriza pela presença de múltiplos papilomas no mesmo ducto ou em ductos diferentes.

A importância dessa entidade se deve a sua maior suscetibilidade à recorrência, transformação maligna e presença simultânea de carcinoma intraductal<sup>(1,2)</sup>. Os autores relatam um caso de PM unilateral, com excisão de 21 papilomas, com o objetivo de demonstrar os principais aspectos de imagem dessa entidade.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 38 anos de idade, com descarga papilar serossanguinolenta de aumento progressivo há um ano, sem nódulos palpáveis.

Realizou mamografia, que demonstrou nódulo de 3 cm no quadrante inferior externo (QIE) da mama esquerda, associado a múltiplos nódulos menores laterais (Figura 1). A ecografia evidenciou nódulos sólidos com halo anecóico ao redor (Figura 2). A ductogalactografia revelou falhas de enchimento intraductal, com dilatação dos ductos a montante (Figura 3).

A paciente foi submetida a procedimento cirúrgico, com retirada de sete nódulos, com diâmetro variando de 0,6 cm a 3 cm. O estudo anatomopatológico definiu todos como papilomas. A paciente permaneceu assintomática, realizando controle mamográfico e ecográfico após dois anos, sendo encontrados novos nódulos similares na mesma mama (Figuras 4 e 5).

Após um ano, em consulta de rotina, apresentava nódulo palpável no quadrante superior externo (QSE) da mama esquerda. O controle mamográfico e ecográfico mostrou crescimento rápido dos nódulos, com o maior localizado no QSE da mama esquerda (Figuras 6 e 7). Foi novamente submetida a cirurgia, sendo retirados outros 12 nódulos, com diâmetro variando de 0,4 cm

a 2,2 cm, todos com histologia de papiloma, sem evidências de áreas de atipia. Atualmente encontra-se assintomática, sem evidências de novos nódulos nos controles mamográficos e ecográficos após um ano do segundo procedimento cirúrgico.

## DISCUSSÃO

A PM é uma entidade rara que se caracteriza por hiperplasia do revestimento dos ductos terminais, com dilatação das estruturas a montante<sup>(2)</sup>. Acomete mulheres de todas as faixas etárias, porém apresenta pico de incidência em mulheres jovens. Os papilomas geralmente são periféricos e em 25% dos casos, bilaterais<sup>(3)</sup>.

A PM geralmente é assintomática. Quando presente, o sintoma mais freqüente é a descarga papilar, mais observada nos papilomas solitários. A descarga papilar geralmente é unilateral, contínua, abundante e espontânea, podendo variar de serosa a francamente sanguinolenta. Nódulos palpáveis periféricos são observados em um quarto dos casos, geralmente não acompanhados de descarga papilar, sendo indistinguíveis de outros nódulos mamários benignos<sup>(4,5)</sup>. Nossa paciente tinha história de descarga papilar sero-hemorrágica há um ano, sem nódulos palpáveis.

O diagnóstico mamográfico e ecográfico da PM é difícil. A mamografia rara-

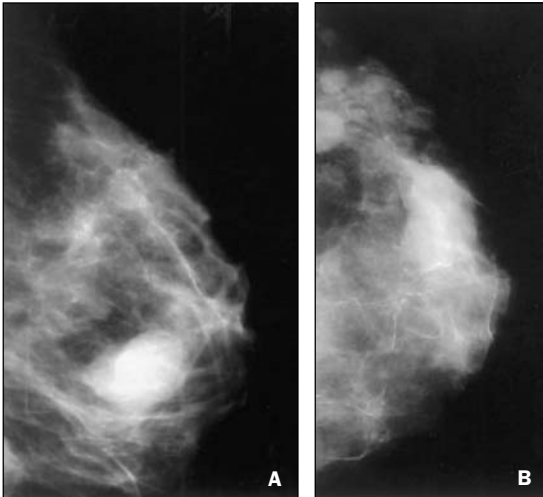
\* Trabalho realizado na Clínica de Diagnóstico por Imagem da Mama (Mamo Imagem), Curitiba, PR.

1. Médicos Radiologistas da Mamo Imagem.

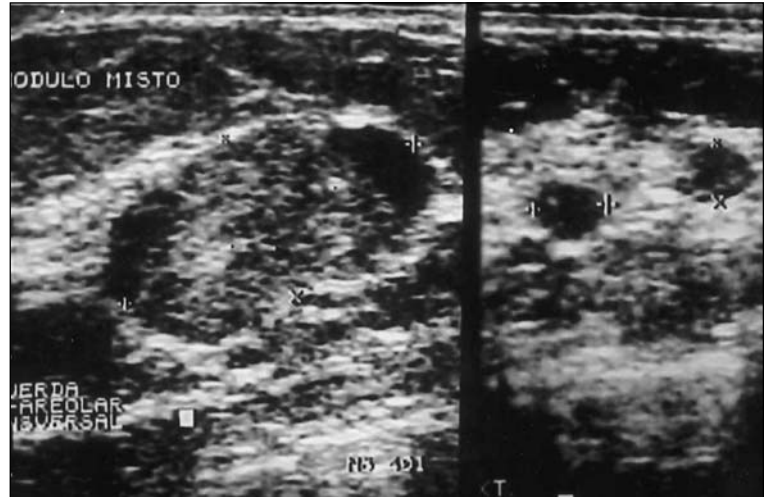
2. Médico Residente em Radiologia do Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Endereço para correspondência: Dr. Renato S. Faucz. Rua Marechal Hermes, 550, apto. 12. Curitiba, PR, 80530-230. E-mail: mamoiagem@mamografia.com.br

Recebido para publicação em 1/11/2001. Aceito, após revisão, em 19/11/2001.



**Figura 1.** Mamografia inicial, em incidências de perfil (A) e crânio-caudal (B), da mama esquerda mostrando volumoso nódulo no QIE (3 cm), além de múltiplos nódulos menores laterais.



**Figura 2.** Ecografia mamária da mama esquerda demonstrando nódulo sólido circundado por halo hipoeecóico (3 cm), além de outros nódulos sólidos menores no QIE.



**Figura 3.** Ductogalactografia da mama esquerda em incidências de perfil (A) e crânio-caudal (B) demonstrando múltiplas falhas de enchimento nodulares, a maior medindo 2,8 cm, com dilatação dos ductos adjacentes na região do QIE

mente demonstra alterações, por causa da idade precoce das pacientes e das dimensões limitadas dos papilomas. Quando visíveis, apresentam-se como pequenos nódulos periféricos, lobulados, de características benignas, porém inespecíficas. Calcificações são raramente observadas, podendo ser de variadas formas e tamanhos, causadas por processo de necrose que pode estar associado<sup>(6)</sup>. A ecografia também é pouco útil, porque freqüentemente as alterações são muito pequenas para serem detectadas. Quando em estágio mais avançado, pode ser observada dilatação ductal com nódulos vegetantes no seu interior. A

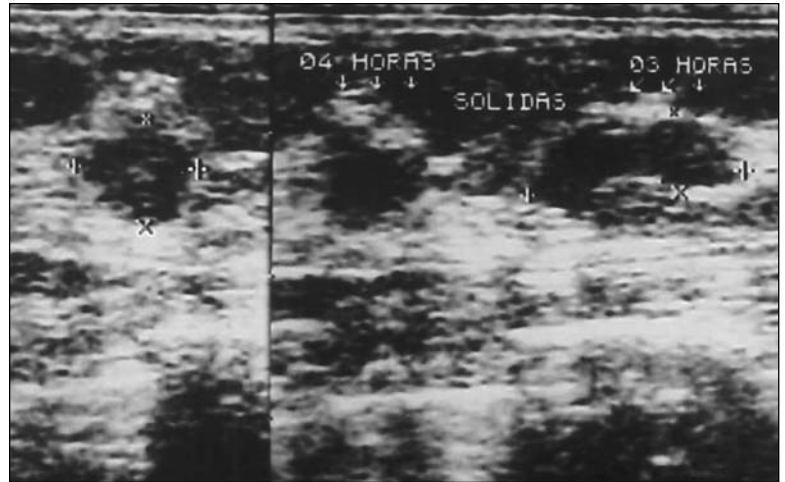
ductogalactografia é o exame diagnóstico de eleição para a identificação e localização das alterações. São observadas múltiplas falhas de enchimento nodulares, com dilatação dos ductos a montante. Se irregulares, o diagnóstico com carcinoma intraductal torna-se difícil, dependendo de grande experiência do radiologista. Portanto, o diagnóstico do papiloma solitário central é mais específico, enquanto o diagnóstico da PM é menos confiável, podendo ser confundida com o carcinoma intraductal<sup>(6)</sup>. A citologia da secreção da papila deve ser feita de rotina nesses pacientes, embora não atinja 100% de exatidão, ten-

do uma margem de falso-negativo em torno de 20%<sup>(4)</sup>.

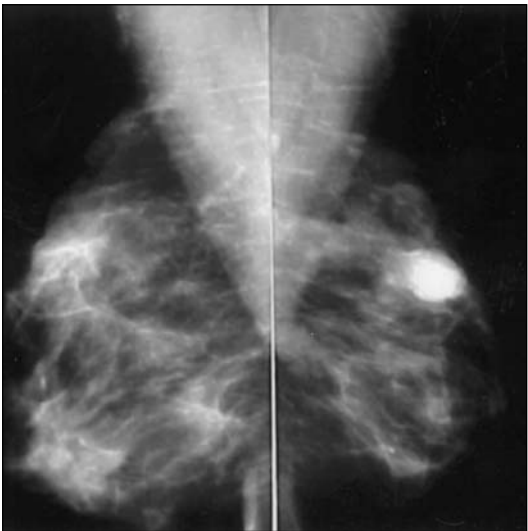
Histologicamente, também não é fácil diferenciar a papilomatose extensa de um carcinoma papilar intraductal<sup>(2)</sup>. Os cortes de congelação pouco esclarecem. Macroscopicamente, os papilomas aparecem como pequena neoformação pediculada, friável, com diâmetro variando de 1–2 mm a 1–2 cm, acoplados à parede de um ducto<sup>(1)</sup>. Microscopicamente, são compostos de múltiplas estruturas papilares, com um centro fibrovascular e cobertos por uma camada epitelial cúbica ou cilíndrica. As mitoses são raras, e os nucléolos, pouco evidentes.



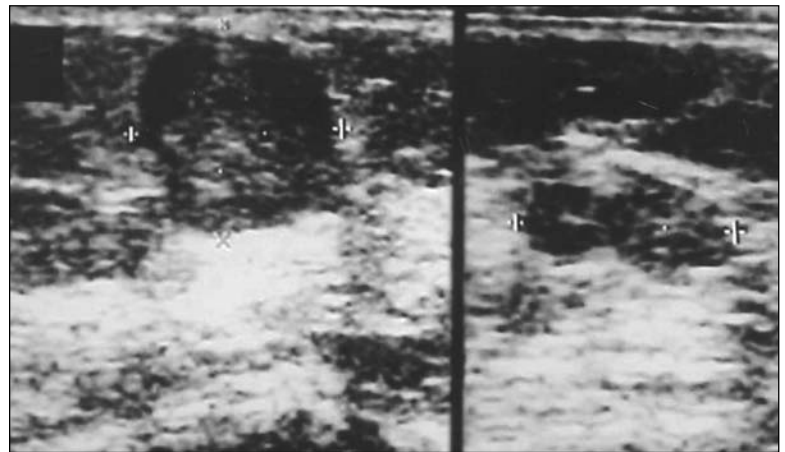
**Figura 4.** Mamografia de controle após dois anos, em incidência médio-lateral oblíqua de ambas as mamas, demonstrando três formações nodulares no QSE da mama esquerda.



**Figura 5.** Ecografia mamária de controle após dois anos do procedimento cirúrgico inicial demonstrando três nódulos sólidos no QSE da mama esquerda.



**Figura 6.** Mamografia de controle após três anos, em incidência médio-lateral oblíqua de ambas as mamas, demonstrando aumento das lesões visualizadas no exame anterior, medindo a maior 2,2 cm, no QSE da mama esquerda.



**Figura 7.** Ecografia mamária de controle após três anos demonstrando nódulo sólido com líquido ao redor, típico de papiloma intraductal, no QSE da mama esquerda. Outros nódulos sólidos estão presentes na mesma região.

Metaplasia apócrina das células epiteliais, hemorragia e necrose conseqüente a infartos são freqüentemente observadas<sup>(7)</sup>.

Haagensen, em 1986, publicou uma série com 39 pacientes com múltiplos papilomas, demonstrando a presença simultânea de carcinoma em 38% delas. Da mesma forma, verificou que papilomas periféricos, em contraste com papilomas centrais solitários, têm maior suscetibilidade para transformação maligna<sup>(2)</sup>.

Do ponto de vista terapêutico, é importante distinguir o papiloma solitário da PM,

isto porque, nos casos de PM, pelos riscos de recorrência, associação com carcinoma e transformação maligna, a ressecção cirúrgica ampla é obrigatória<sup>(4)</sup>.

#### REFERÊNCIAS

1. Fariselli G. Clinica della patologia benigna. In: Galante EM, ed. La patologia mamaria dell'età senile. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998:43-50.
2. Veronesi U, Yoldi GC. Senologia diagnostica per immagini. Pavia: Edizione Medico-Scientifiche, 1997:126.
3. Ohuchi N, Abe R, Takahashi T, Tezuka F. Origin and extension of intraductal papillomas of the breast: a three-dimensional reconstruction study.

Breast Cancer Res Treat 1984;4:117-28.

4. Araujo Jr VF, Teixeira TMB, Teixeira CJB. Fluxo papilar. In: Barros ACDS, Silva HMS, Dias EN, Nazario AFP, Figueira Fº ASS. Mastologia: condutas. Rio de Janeiro: Revinter, 1999:66-71.
5. Di Pietro S, Yoldi GC, Bergonzi S, Gardani G, Saccozzi R, Clemente C. Nipple discharge as a sign of preneoplastic lesions and occult carcinoma of the breast. Clinical and galactographic study in 103 consecutive patients. Tumori 1979;65:317-24.
6. Cardenosa G, Eklund GW. Benign papillary neoplasms of the breast: mamographic findings. Radiology 1991;181:751-5.
7. Flint A, Oberman HA. Infarction and squamous metaplasia of intraductal papilloma: a benign breast lesion that may simulate carcinoma. Hum Pathol 1984;15:764-7.