

Forma tumoral da hiperplasia pseudoangiomatosa estromal mamária

Pseudoangiomatous stromal hyperplasia presenting as a tumor

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 12 anos de idade, procurou o serviço de mastologia devido a aumento do volume mamário bilateral iniciado há seis meses. Ao exame físico apresentava mamas de grande volume, pendulares, assimétricas, sendo a direita maior que a esquerda. Na palpação havia nódulos móveis, de consistência fibroelástica, em ambas as mamas. A ultrassonografia mostrou múltiplos nódulos sólidos, circunscritos, bilaterais, e um desses nódulos, localizado no quadrante superior medial da mama direita, foi submetido a biópsia percutânea de fragmento, cujo resultado histopatológico foi fibroadenoma juvenil. A ressonância magnética (RM) identificou múltiplos nódulos lobulados bilaterais com isossinal em T1, hipersinal em T2 e STIR e realce heterogêneo moderado com curva tipo I. O maior nódulo localizava-se no quadrante superior medial da mama direita e media 13 cm. Foi realizada nodulectomia mamária bilateral seguida de mamoplastia redutora. Na microscopia, as lesões eram constituídas por numerosos canalículos que se anastomosavam entre si, em meio a estroma colágeno denso, revestidos por células miofibroblásticas alongadas, sem atípias ou atividade mitótica significativa. Dessa forma, o diagnóstico foi de forma tumoral de hiperplasia pseudoangiomatosa estromal. Na mama esquerda, uma das lesões configurava padrão de fibroadenoma juvenil com focos de hiperplasia pseudoangiomatosa estromal associados.

A hiperplasia pseudoangiomatosa estromal mamária é uma lesão proliferativa benigna que pode ser um achado incidental nas biópsias de mama⁽¹⁾. Há poucos relatos da forma tumoral da hiperplasia pseudoangiomatosa em pacientes jovens, sendo mais comum em mulheres na pré-menopausa ou na pós-menopausa que fazem reposição hormonal, o que sugere relação com fatores hormonais^(2,3). Geralmente apresenta crescimento lento e é

unilateral. Raramente apresenta-se como massas difusas causando aumento mamário bilateral e assimetria⁽²⁾.

Trabalhos recentes publicados no Brasil têm ressaltado a importância da RM na avaliação das doenças da mama⁽⁴⁻⁷⁾. Os achados de imagem não são específicos^(8,9). O aspecto ultrassonográfico é de nódulo redondo ou oval, circunscrito e hipoeicoico. Na mamografia, mais comumente se apresenta como nódulo redondo ou oval, circunscrito e sem calcificação ou como assimetria focal⁽⁷⁻⁹⁾. Na RM, o sinal é variável na sequência T1, podendo apresentar alto sinal em T2. A curva pós-contraste costuma ser do tipo 1⁽³⁾.

O diagnóstico diferencial inclui o fibroadenoma, um tumor fibroepitelial benigno, especialmente em pacientes jovens, pois apresentam achados de imagem semelhantes, e o angiossarcoma de baixo grau, sendo necessária a correlação histopatológica para confirmar o diagnóstico^(2,3,8).

Os achados da punção aspirativa por agulha fina não são específicos. A biópsia percutânea de fragmento tem acurácia superior no diagnóstico da hiperplasia pseudoangiomatosa⁽¹⁰⁾. No entanto, em alguns casos o diagnóstico histopatológico adequado é feito apenas após a excisão da lesão⁽¹¹⁾. Caracteriza-se por densa proliferação de estroma mamário, formando canais anastomóticos pseudovasculares vazios, sem hemácias, revestidos por células sem características malignas^(2,3). O angiossarcoma de baixo grau apresenta canais anastomóticos vasculares contendo células sanguíneas e revestidos por células endoteliais atípicas, com invasão do tecido mamário adjacente⁽¹⁾.

O manejo da hiperplasia pseudoangiomatosa depende da sua forma de apresentação. Quando é um achado incidental, pode ser feito o seguimento por ultrassonografia ou mamografia⁽⁴⁾. Lesões grandes requerem excisão. Em casos de acometimento difuso das mamas, a mastectomia é recomendada^(3,12).

REFERÊNCIAS

1. Bowman E, Oprea G, Okoli J, et al. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH) of the breast: a series of 24 patients. *Breast J.* 2012;18: 242-7.

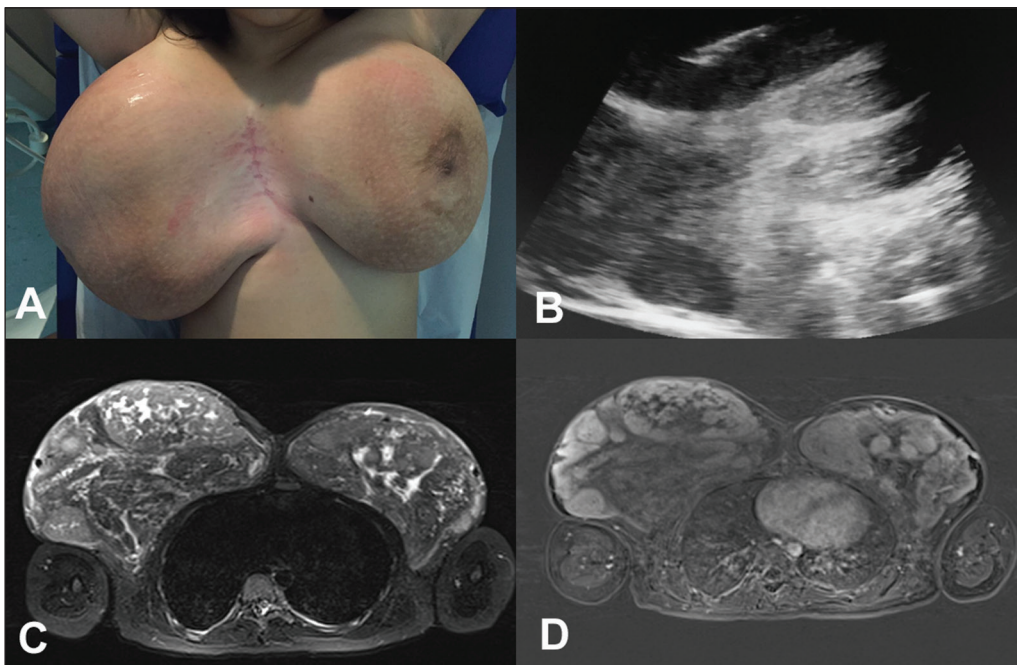


Figura 1. A: Fotografia mostrando mamas volumosas, sendo maior à direita. B: Ultrassonografia da mama direita mostrando nódulos sólidos. Nota-se a agulha utilizada para a realização da biópsia percutânea de fragmento no nódulo maior. C,D: RM das mamas. Corte axial com ponderação em STIR (C) mostrando múltiplos nódulos nas mamas. Corte axial com subtração no segundo minuto do estudo dinâmico (D) mostrando realce heterogêneo dos nódulos.

2. Virk RK, Khan A. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: an overview. *Arch Pathol Lab Med.* 2010;134:1070–4.
3. Raj SD, Sahani VG, Adrada BE, et al. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast: multimodality review with pathologic correlation. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2017;46:130–5.
4. Guatelli CS, Bitencourt AGV, Osório CABT, et al. Can diffusion-weighted imaging add information in the evaluation of breast lesions considered suspicious on magnetic resonance imaging? *Radiol Bras.* 2017;50:291–8.
5. Santucci D, Lee SS, Hartman H, et al. Comparison of Cartesian and radial acquisition on short-tau inversion recovery (STIR) sequences in breast MRI. *Radiol Bras.* 2017;50:216–23.
6. Almeida JRM, Gomes AB, Barros TP, et al. Diffusion-weighted imaging of suspicious (BI-RADS 4) breast lesions: stratification based on histopathology. *Radiol Bras.* 2017;50:154–61.
7. França LKL, Bitencourt AGV, Paiva HLS, et al. Role of magnetic resonance imaging in the planning of breast cancer treatment strategies: comparison with conventional imaging techniques. *Radiol Bras.* 2017;50:76–81.
8. Vo QD, Koch G, Girard JM, et al. A case report: pseudoangiomatous stromal hyperplasia tumor presenting as a palpable mass. *Front Surg.* 2016;2:73.
9. Celliers L, Wong DD, Bourke A. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: a study of the mammographic and sonographic features. *Clin Radiol.* 2010;65:145–9.
10. Jaunoo SS, Thrush S, Dunn P. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH): a brief review. *Int J Surg.* 2011;9:20–2.
11. Kareem Z, Iyer S, Singh M. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: a rare cause of breast lump in a premenopausal female. *J Clin Diagn Res.* 2017;11:PD02–PD03.
12. Lee JW, Jung GS, Kim JB, et al. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia presenting as rapidly growing bilateral breast enlargement refractory to surgical excision. *Arch Plast Surg.* 2016;43:218–21.

Tatiane Cíntia Nascimento^{1,a}, Maria Célia Djahjah^{1,b}, Ana Helena P. C. Carneiro^{1,c}, Afrânio Coelho de Oliveira^{1,d}, Edson Marchiori^{1,e}

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso, Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0002-0151-2193>; b. <https://orcid.org/0000-0002-8798-9856>; c. <https://orcid.org/0000-0001-9823-0071>; d. <https://orcid.org/0000-0002-7986-8712>; e. 0000-0001-8797-7380.

Recebido para publicação em 10/8/2017. Aceito, após revisão, em 22/9/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0135>



Non-Hodgkin lymphoma mimicking cholangiocarcinoma

Dear Editor,

A 74-year-old white female presented with diffuse abdominal pain, jaundice, choloria, and acholia. Laboratory tests showed elevated levels of canalicular membrane enzymes. The results of a complete blood count were normal, as were serum alpha-fetoprotein levels, and a serological test for hepatitis was negative. Magnetic resonance imaging (MRI) showed a lesion in

the hepatic hilum (Figure 1A), promoting common bile duct obstruction (Figure 1B) and retroperitoneal lymph node enlargement. A lymph node biopsy was negative for malignancy, and a liver biopsy showed a diffuse large B-cell lymphoma infiltrating the liver parenchyma (Figure 1C), together with positivity for markers of Epstein-Barr virus. A positron emission tomography/computed tomography (PET/CT) study, conducted for staging, showed fluorodeoxyglucose uptake in the retroperitoneum. The patient was started on combined chemotherapy with rituximab,

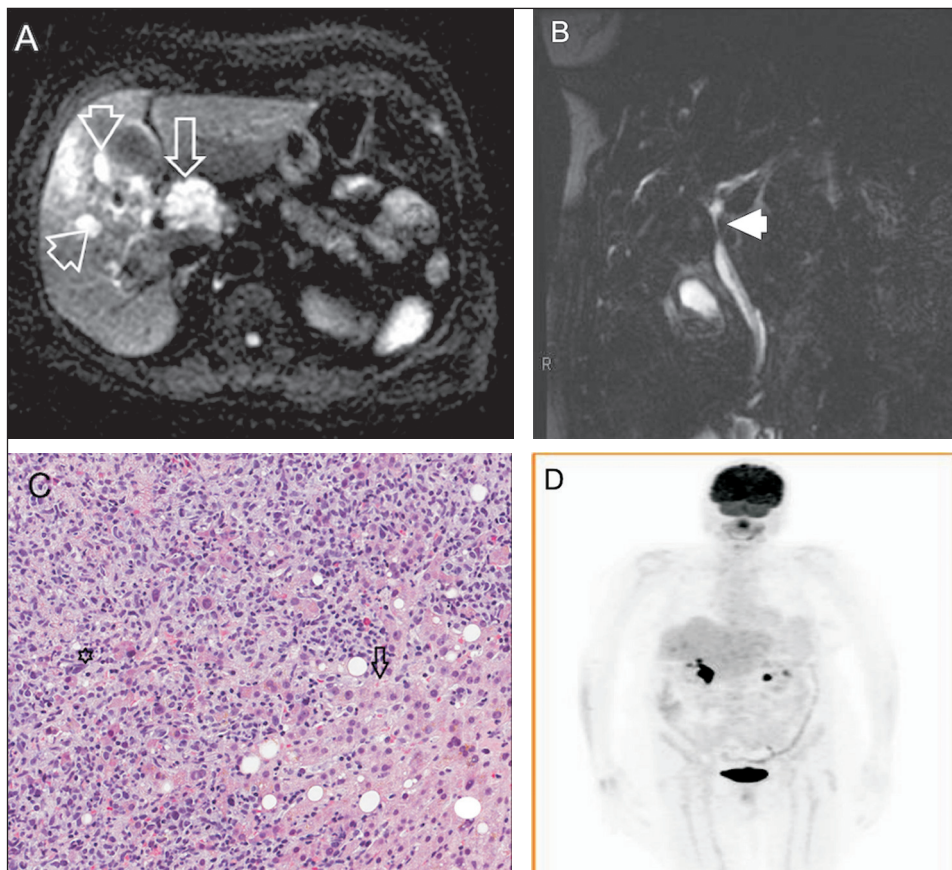


Figure 1. A: Axial diffusion-weighted MRI (b: 600 s/m²) showing a 4-cm expansive lesion in hepatic hilum (arrow) and small tumors focus around (arrowheads) characterized by signs of diffusion restriction, a common feature but not specific for lymphoma. **B:** Coronal strongly T2-weighted cholangio-resonance showing stenosis of the common hepatic (arrowhead), related to extrinsic compression. This pattern is very similar to cholangiocarcinoma, therefore, being the main differential diagnosis. **C:** Hematoxylin-eosin staining (20x) showing lymphoid neoplasm (asterisk) characterized as diffuse large B-cell lymphoma (CD20 positive) infiltrating extensively hepatic parenchyma (arrow). **D:** Coronal fluorodeoxyglucose PET/CT showing no uptake in hepatic hilum and retroperitoneum six months after combined chemotherapy.