

A paciente foi submetida a biópsia percutânea por agulha grossa guiada por ultrassonografia, e o estudo anatomopatológico do material obtido mostrou tumor de músculo liso de caráter benigno. Na imuno-histoquímica demonstrou-se positividade da lesão para actina de músculo liso e vimentina e negatividade para S100, sendo confirmado o diagnóstico de leiomioma.

Leiomioma é um tumor benigno formado de tecido muscular liso, sendo considerado uma das neoplasias mesenquimais mais frequentes em órgãos do trato gastrointestinal e útero<sup>(1)</sup>. Quando presente na mama, é originado a partir do estroma da glândula, sendo extremamente raro<sup>(2)</sup>.

Estudos mamográficos e ecográficos são comumente utilizados como rastreamento. No entanto, a avaliação histopatológica é o método definitivo para o diagnóstico. Alguns diagnósticos diferenciais a serem considerados são os carcinomas, os sarcomas, os tumores benignos e as condições pseudotumorais<sup>(3-6)</sup>. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão, sendo a recorrência incomum<sup>(7)</sup>.

Os tumores de músculo liso são incomuns, particularmente se sua localização é na glândula mamária. Estes tumores equivalem a menos de 1% das neoplasias da mama. As lesões parenquimatosas profundas são extremamente infrequentes e parecem afetar somente mulheres. Leiomiomas acometem mulheres com idades variando de 30 a 60 anos (média de idade de 47,6 anos)<sup>(8)</sup>. Eles ocorrem frequentemente próximo do complexo areolopapilar e isto está relacionado com a abundância de células de músculo liso ao redor do mamilo e aréola<sup>(9)</sup>. O músculo liso é um componente que pode estar presente com outras lesões, como os fibroadenomas ou os hamartomas. Os leiomiomas localizados no parênquima (caso da paciente) são circunscritos e variam de 1,0 cm a 14,0 cm<sup>(1,2)</sup>.

Não existem critérios radiológicos que permitam o diagnóstico de certeza, sendo necessário, para o diagnóstico definitivo, o estudo histopatológico e imuno-histoquímico da lesão<sup>(7-10)</sup>. O diagnóstico diferencial histopatológico se faz com fibroadenoma, tumor filodes, adenomioepitelioma e leiomiossarcoma de mama. Este último apresenta, na histopatologia, atipia celular proeminente, mitoses atípicas, invasão vascular e necrose<sup>(11)</sup>. Comumente, os pacientes são assintomáticos, no entanto, podem apre-

sentar prurido, aumento do volume mamário, dor, endurecimento do mamilo ou nódulo<sup>(2)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Sidoni A, Lüthy L, Bellezza G, et al. Leiomyoma of the breast: case report and review of the literature. *Breast*. 1999;8:289–90.
2. Minami S, Matsuo S, Azuma T, et al. Parenchymal leiomyoma of the breast: a case report with special reference to magnetic resonance imaging findings and an update review of literature. *Breast Cancer*. 2011; 18:231–6.
3. Valentim MH, Monteiro V, Marques JC. Primary neuroendocrine breast carcinoma: a case report and literature review. *Radiol Bras*. 2014;47: 125–7.
4. Bitencourt AGV, Lima ENP, Chojniak R, et al. Correlation between PET/CT results and histological and immunohistochemical findings in breast carcinomas. *Radiol Bras*. 2014;47:67–73.
5. Pinheiro DJPC, Elias S, Nazário ACP. Axillary lymph nodes in breast cancer patients: sonographic evaluation. *Radiol Bras*. 2014;47:240–4.
6. Campos GCP, Castro MVK, Mattos VFE, et al. Lymphocytic mastopathy mimicking breast malignancy: a case report. *Radiol Bras*. 2014;47: 256–8.
7. Heyer H, Ohlinger R, Schimming A, et al. Parenchymal leiomyoma of the breast – clinical, sonographic, mammographic and histological features. *Utraschall Med*. 2006;27:55–8.
8. Vecchio GM, Cavaliere A, Cartagine F, et al. Intraparenchymal leiomyoma of the breast: report of a case with emphasis on needle core biopsy-based diagnosis. *Pathologica*. 2013;105:122–7.
9. Rad FS, Zangivand AA. Breast leiomyoma: a case report and review of the literature. *Comp Clin Pathol*. 2014;23:483–5.
10. Yalta T, Bekar E, Balaban F. Leiomyoma of the breast: a case report. *Dicle Medical Journal*. 2012;39:283–5.
11. Munitiz V, Rios A, Canovas J, et al. Primitive leiomyosarcoma of the breast: case report and review of the literature. *Breast*. 2004;13:72–6.

**George Pereira Sampaio<sup>1</sup>, Melissa Vieira Koch<sup>2</sup>, Márcia Boechat<sup>2</sup>, Viviane Esteves Matos<sup>2</sup>, Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos<sup>3</sup>**

1. Complexo Hospitalar de Niterói, Niterói, RJ, Brasil. 2. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. George Pereira Sampaio. Complexo Hospitalar de Niterói – Radiologia. Rua La Salle, 12, Centro. Niterói, RJ, Brasil, 24020-096. E-mail: gorgesampaio@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0136>

## Câncer de mama masculino com metástase esplênica

*Breast cancer with splenic metastasis in a male patient*

*Sr. Editor,*

Paciente do sexo masculino, 53 anos de idade, admitido no Hospital Alemão Oswaldo Cruz em 2014 com dor lombossaca intensa há três meses e piora progressiva. Foi realizada tomografia computadorizada (TC), que mostrou lesões ósseas na coluna e bacia, compatíveis com comprometimento secundário. Prosseguiu-se a investigação com biópsia de bacia orientada por TC, com resultado de adenocarcinoma metastático, e imuno-histoquímica mostrando receptores de estrógeno e progesterona positivos, condizente com sítio primário da mama.

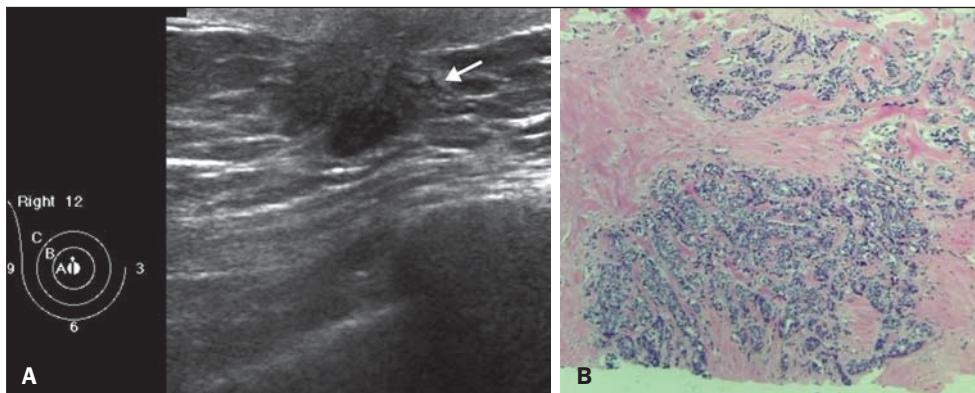
O paciente relatou um nódulo palpável na mama direita há três anos, de consistência endurecida, medindo 2,0 cm. A ultrassonografia mostrou nódulo sólido, hipocogênico, irregular e espiculado na região retroareolar, adjacente à papila (Figura 1A), categorizado como BI-RADS 5<sup>(1)</sup>, cuja biópsia de fragmento mostrou carcinoma invasivo de tipo não especial (carcinoma ductal invasivo) (Figura 1B), com receptores hormonais positivos e HER2 negativo.

O tumor de mama foi classificado como estágio clínico IV, com metástase para pulmão (linfangite carcinomatosa à TC) e ossos, sem indicação de cirurgia para a lesão mamária. Quimioterapia seguida de hormonioterapia foi o tratamento de escolha. Após um ano o paciente foi reestadiado. A TC de abdome superior mostrou nódulos parenquimatosos sugestivos de implantes secundários no baço, também vistos no ultrassom (Figura 2A). Biópsia percutânea esplênica orientada por ultrassom diagnosticou metástase de carcinoma mamário (Figura 2B), iniciando-se novo esquema quimioterápico por progressão exclusiva esplênica.

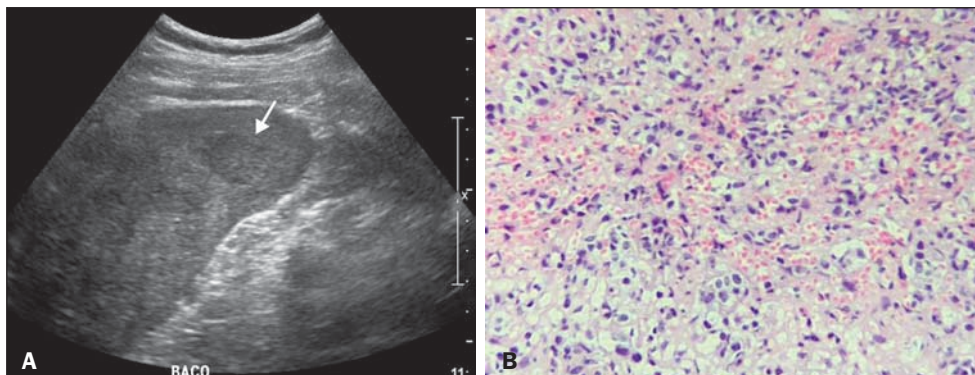
O câncer de mama masculino é raro, representando 0,6% dos cânceres de mama e menos de 1% dos carcinomas em homens. A idade média ao diagnóstico é de 65 anos<sup>(2)</sup>. A queixa mais frequente é nódulo palpável, geralmente > 2,0 cm<sup>(3)</sup>. Mamografia e ultrassonografia são utilizadas para o diagnóstico, seguindo critérios de malignidade do câncer de mama feminino<sup>(2,4-6)</sup>. O subtipo histológico mais comum é o carcinoma ductal invasivo, frequentemente positivo para estrógeno e progesterona<sup>(2)</sup>.

O tratamento de escolha é mastectomia e possível esvaziamento axilar ipsilateral (envolvimento linfonodal de 50–60%)<sup>(3)</sup>. Quimioterapia e radioterapia extrapolam indicações utilizadas para

**Figura 1. A:** Ultrassonografia identificando nódulo sólido, hipocogênico, irregular e espiculado, adjacente à papila da mama direita. **B:** Biópsia de mama direita demonstrando infiltração maciça por carcinoma invasivo de tipo não especial, grau III. Coloração hematoxilina-eosina.



**Figura 2. A:** Ultrassonografia mostrando múltiplos nódulos esplênicos hipocogênicos, um deles apontado pela seta. **B:** Biópsia demonstrando infiltração esplênica pelo carcinoma mamário. Coloração hematoxilina-eosina.



o câncer de mama feminino, bem como a hormonioterapia, sendo o tamoxifeno a droga de escolha<sup>(3)</sup>.

O padrão metastático do câncer de mama masculino segue o feminino, sendo ossos, pulmão e fígado os sítios mais comuns. A metástase esplênica relacionada ao câncer de mama, conforme apresentando neste caso, é rara na literatura, havendo poucos relatos e todos relacionados a mulheres. Metástases para o baço são bastante incomuns, podem ser únicas ou múltiplas e frequentemente ocorrem num contexto de carcinoma metastático multivisceral, geralmente sem relevância clínica, sendo a esplenectomia paliativa no caso de sintomas. São detectadas incidentalmente por meio de exames de imagem para seguimento do tumor primário (melanoma é o principal) e radiologicamente indistinguíveis de lesões primárias. O significado clínico dessas metástases não está bem estabelecido na literatura. Quando isoladas, 60% são assintomáticas, entretanto, o paciente pode apresentar fadiga, esplenomegalia, entre outros sintomas. Quando solitária, não há estudos na literatura sobre a abordagem preferencial. O diagnóstico pode ser feito por biópsia percutânea, com baixas taxas de complicação (0–2%)<sup>(7)</sup>.

**REFERÊNCIAS**

1. American College of Radiology. ACR BI-RADS® Atlas, 2013. Reston, VA: American College of Radiology; 2013.

2. Oger AS, Boukerrou M, Cutuli B, et al. Male breast cancer: prognostic factors, diagnosis and treatment: a multi-institutional survey of 95 cases. *Gynecol Obstet Fertil.* 2015;43:290–6.  
 3. Harlan LC, Zujewski JA, Goodman MT, et al. Breast cancer in men in the United States: a population-based study of diagnosis, treatment, and survival. *Cancer.* 2010;116:3558–68.  
 4. Valentim MH, Monteiro V, Marques JC. Primary neuroendocrine breast carcinoma: a case report and literature review. *Radiol Bras.* 2014;47:125–7.  
 5. Bitencourt AGV, Lima ENP, Chojniak B, et al. Correlation between PET/CT results and histological and immunohistochemical findings in breast carcinomas. *Radiol Bras.* 2014;47:67–73.  
 6. Pinheiro DJPC, Elias S, Nazário ACP. Axillary lymph nodes in breast cancer patients: sonographic evaluation. *Radiol Bras.* 2014;47:240–4.  
 7. Compérat E, Bardier-Dupas A, Camparo P, et al. Splenic metastases: clinicopathologic presentation, differential diagnosis, and pathogenesis. *Arch Pathol Lab Med.* 2007;131:965–9.

**Bruna Maria Thompson<sup>1</sup>, Flávio Ferrarini de Oliveira Pimentel<sup>1</sup>, Jaime Afonso Coelho Nogueira Diógenes<sup>1</sup>, Marcelo Hajime Kohayagawa<sup>2</sup>, Maria Regina Vianna<sup>2</sup>**

1. Grupo Fleury/Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil. 2. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Bruna Maria Thompson. Rua Afonso de Freitas, 78, ap. 71, Paraíso. São Paulo, SP, Brasil, 04006-050. E-mail: thompsonbruna@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0109>

**Corpo estranho intratorácico incomum: galho de árvore**

*Unusual intrathoracic foreign body: tree branch*

*Sr. Editor,*

Paciente do sexo masculino, 46 anos de idade, deu entrada no serviço de emergência quatro horas após ter sofrido trauma na parede lateral esquerda do tórax, com penetração de um galho de

árvore, após queda de bicicleta. No momento do exame apresentava sangramento pelo orifício de entrada da lesão, queixando-se de muita dor local. Os sinais vitais eram normais. A tomografia computadorizada mostrou aspecto de laceração pulmonar no lobo superior esquerdo, com áreas de contusão pulmonar e derrame pleural homolateral. Observou-se também imagem tubular, com densidade de –136 UH, com extremidade proximal nas partes