



Damásio Macedo Trindade
Eunice Beatriz Martin Chaves
Luciano Hammes

PRESERVAÇÃO DO COMPLEXO ARÉOLO-MAMILAR EM FÍSTULA MAMÁRIA: NOVA TÉCNICA CIRÚRGICA DE ABORDAGEM

Rev bras Mastol 1997; 7:127-130

Trabalho realizado na Clínica
da Mama, em Novo Hamburgo.

UNITERMOS

Abscesso de mama;
Fístula mamária;
Mastite crônica.

RESUMO

Os autores apresentam uma nova técnica cirúrgica para o tratamento da fístula mamária, visando à manutenção estética e funcional do complexo aréolo-mamilar. O procedimento consiste na realização de 2 incisões independentes ao nível da pele, uma periareolar e outra ao nível do mamilo, incluindo a região fistulosa, sendo integradas sob a pele com a ressecção total do complexo ductal. Esta técnica cirúrgica visa oferecer à mulher melhor resultado estético, não esquecendo de sugerir um tratamento definitivo à doença fistulosa crônica existente.

O abscesso subareolar crônico recidivante é uma patologia que, em geral, acomete mulheres jovens³. Embora este processo infeccioso já tenha sido amplamente descrito por diversos autores, ele ainda é pouco entendido. Segundo Carswell e Maier, poderia estar relacionado à inversão do mamilo com obstrução e maceração dos ductos lactíferos¹.

O quadro típico é de um abscesso subareolar com flutuação e, às vezes, drenagem espontânea ao nível da junção aréolo-cutânea ou do mamilo, com frequente recorrência e formação de trajeto fistuloso⁵. A fístula mamária é uma comunicação anormal entre os ductos lactíferos e a pele que recobre a mama.

A infecção mamária não relacionada ao puerpério em geral é uma infecção mista, tendo maior componente anaeróbio.²

Em mulheres com menos de 40 anos, em geral o abscesso periareolar limita-se a um único ducto e, neste caso, é sugerida a excisão deste ducto e a fistulectomia. Em mulheres na pós-menopausa ou naquelas com múltiplos ductos comprometidos, ressecções mais amplas são requeridas, no entanto, as taxas de sucesso são modestas⁶.

O fracasso em se reconhecer a sua patogênese leva ao insucesso do tratamento, com altas taxas de recorrência entre 39-50%^{4,6}.

Vários procedimentos são sugeridos inclusive manter a fístula aberta, excisão e fechamento primário com ou sem cobertura de antibióticos, excisão e fechamento por segunda intenção, sem cobertura de antibióticos e total excisão dos ductos⁵. Sendo de difícil resolução, as pacientes são submetidas a uma série de procedimentos cirúrgicos, nem sempre com bons resultados estéticos e com efetividade temporária. Levando em consideração as dificuldades terapêuticas, os autores apresentam uma nova técnica cirúrgica para o tratamento da fístula mamária, visando à manutenção estética e funcional do complexo aréolo-mamilar.

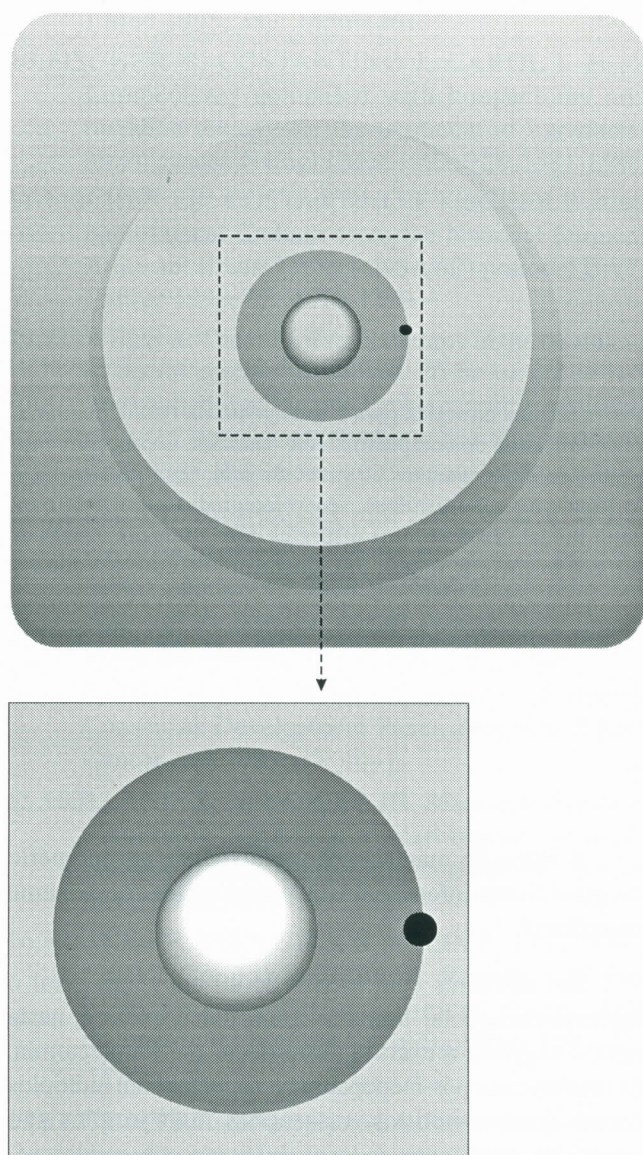


Figura 1. No detalhe do complexo aréolo-mamilar, pode-se visualizar a fístula mamária (representada pela circunferência em preto).

Técnica cirúrgica

A abordagem preconizada tem como finalidade manter a estrutura anatômica do complexo aréolo-mamilar. Após a identificação do ducto comprometido, procede-se à marcação da extensão da fístula na pele e delinea-se o procedimento cirúrgico em dois tempos integrados (figura 1).

Inicialmente, incisa-se a região periareolar proximal do complexo aréolo-mamilar comprometido, procurando-se identificar o ducto alterado e ressecando-o na sua parte distal, fazendo a sua liberação em direção à base do mamilo (figura 2) quando procede-se ao segundo tempo cirúrgico.

Neste incisa-se o mamilo com a área ductal comprometida até a sua base, integrando-se os dois procedimentos com a retirada completa da área fistulosa para posterior análise (figuras 3 e 4).

Posteriormente, procede-se ao fechamento por planos, sendo independentes os dois segmentos cirúrgicos desenvolvidos, com suturas separadas, mantendo-se preservada a estrutura anatômica. (figura 5)

COMENTÁRIOS

O abscesso subareolar é uma forma de mastite crônica não-relacionada com a lactação, porém freqüentemente se apresenta em mulheres jovens, na margem da aréola com uma drenagem purulenta e dolorosa³.

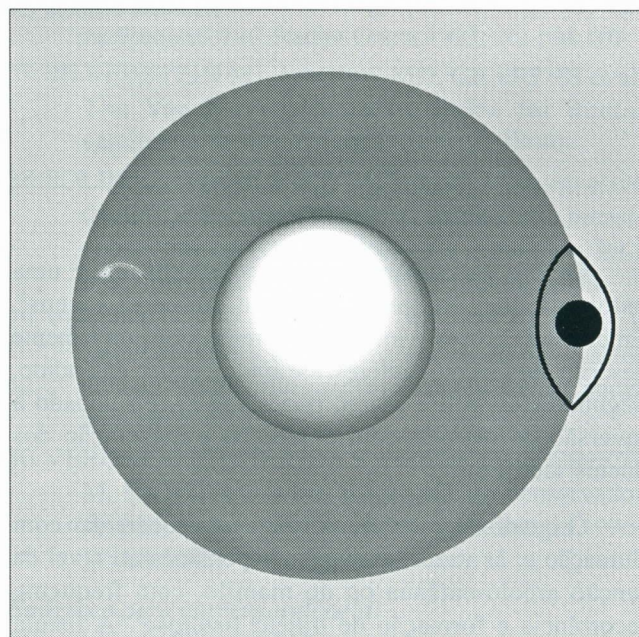


Figura 2. Incisão arciforme periareolar envolvendo a área fistular.

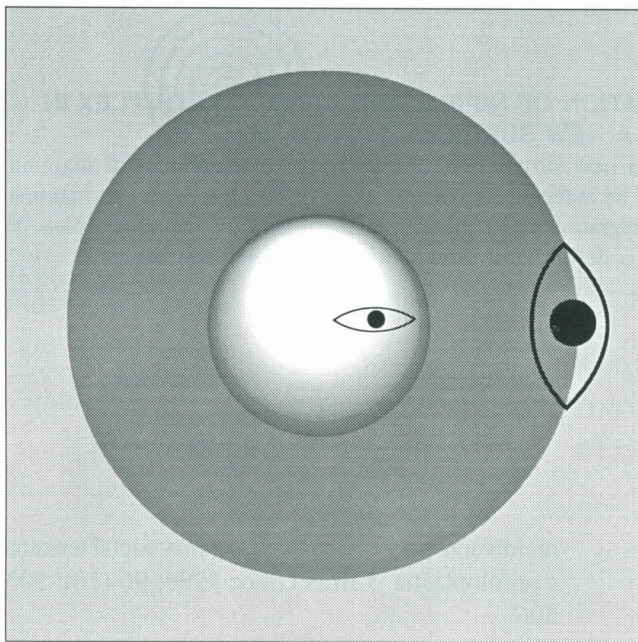


Figura 3. Incisão combinada da emergência do ducto comprometido na área do mamilo (incisão arciforme).

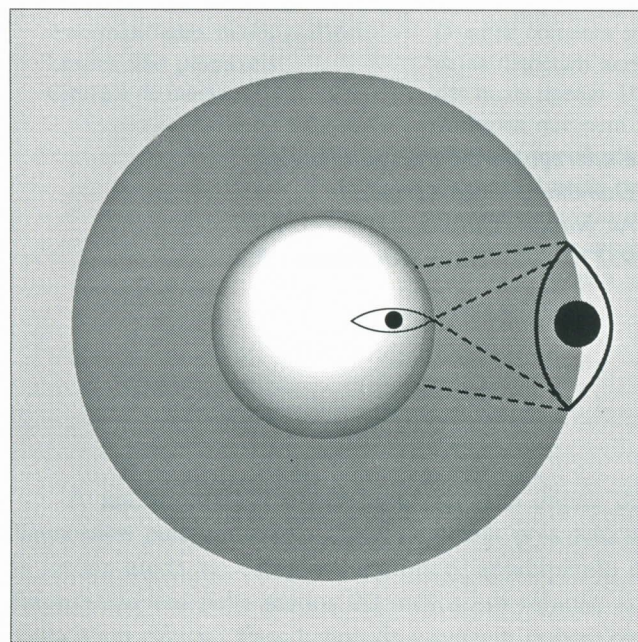


Figura 4. Ressecção da área ductal comprometida integrando-se os tempos cirúrgicos com exérese subareolar ampla ou apenas do ducto comprometido.

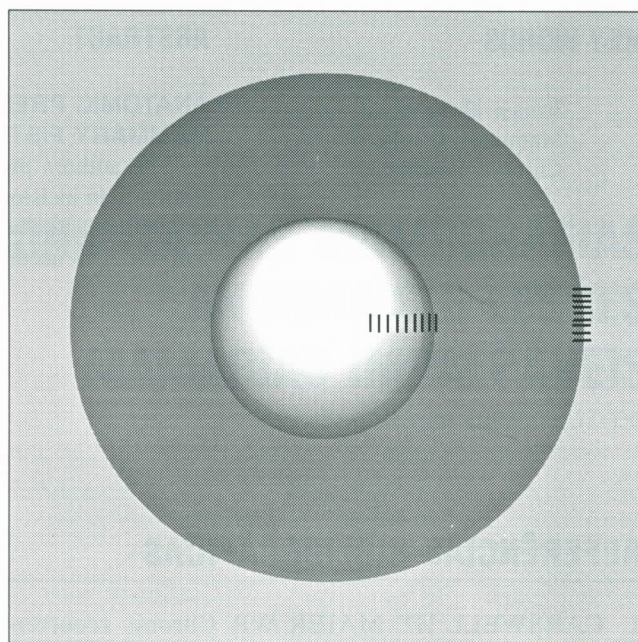


Figura 5. Resultado da ressecção de fístula mamária com manutenção anatômica do complexo aréolo-mamilar.

A simples incisão e drenagem nestes quadros é inadequada e será seguida de recorrência deste processo, a menos que o ducto que leva a infecção do abscesso ao mamilo seja identificado e removido³.

A ampla incisão de todo complexo ductal é recomendada por alguns autores. No entanto, estes parecem confundir esta anormalidade que ocorre em um ducto com outras patologias que comprometem o complexo ductal, como no caso da ectasia ductal. Além disso, a ampla excisão dos ductos produz uma deformidade anatômica e também pode estar associada a recorrências³. Quando presente, a inversão mamilar associada à fístula mamária, fato já assinalado na literatura, deve ser corrigida.

Esta técnica cirúrgica oferece à mulher um melhor resultado estético e anatômico, não esquecendo de sugerir um tratamento definitivo à doença fistulosa crônica existente.

A experiência dos autores não permite até o momento oferecer dados conclusivos da técnica apresentada, mas certamente esta vem se mostrando extremamente satisfatória tanto no tratamento da doença fistulosa quanto nos resultados estéticos obtidos.

KEY WORDS

Breast abscess;
Mammary fistula;
Chronic mastitis.

ABSTRACT

ANATOMIC PRESERVATION OF NIPPLE AND AREOLAR COMPLEX IN MAMMARY FISTULA: A NEW SURGICAL APPROACH

The authors present a new surgical technique in the management of mammary fistula. Skin incisions will be independents in areola and nipple, but involving mammary fistula area and having integration under the skin resecting all the ductal complex. The purpose is to accomplish a definitive treatment with a good esthetic results.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARSWELL HT, MAIER WP. Chronic recurrent periareolar abscess secondary to inversion of the nipple. Surg Gynecol Obstet 1969; 128: 597-599.
2. DIXON JM. Brit Med J 1988; 297: 1517.
3. KITCHEN PRB. Management of subareolar abscess and mammary fistula. Aust NZJ Surg 1991; 61: 313-315.
4. MAIER WP, BERGER A, DERRICK BM. A periareolar abscess in the nonlactating breast. Am J Surg 1982; 144: 359-361.
5. MENKE CH, BIAZUS JV, ABECHÉ A, BLOCHTEIN CA. Tratamento do abscesso subareolar crônico

recidivante por ressecção do sistema ductal terminal e areoloplastia. J Bras Ginec 1986; 96 (10): 503-506.

6. WEBB AJ. Mammary duct ectasia – periductal mastitis complex. Br J Surg 1995; 82: 1300-1302.

Endereço para correspondência:

Damásio Macedo Trindade

*Av. Nações Unidas, 2390 - cj. 1101
93310-500 - Novo Hamburgo - RS*



Alcides Ferreira Santos

Trabalho realizado na Clínica de
Mama, em Recife.

CONDUTA NAS MAMOGRAFIAS ANORMAIS E LESÕES MAMÁRIAS IMPALPÁVEIS

Rev bras Mastol 1997; 7:131-138

UNITERMOS

Anormalidades mamográficas;
Lesões não palpáveis;
Cirurgia de mama.

RESUMO

O autor comenta sobre os benefícios e malefícios da mamografia e conclui que 10% delas detectam anormalidades, sendo que, em 33% dos casos, são indicadas biópsias das quais apenas 1/3 são positivas para malignidade, havendo um exagero na indicação cirúrgica que nem sempre beneficia a paciente. Defende a classificação das imagens, proposta por Kopans, como sabidamente benignas, provavelmente benignas, suspeitas e provavelmente malignas; e enfatiza a necessidade de boa qualidade da imagem e de conhecimento do profissional para avaliar o grau de suspeição e para discernir quais necessitam de cirurgia, alertando também para que os efeitos das mamografias não se tornem lesivos à saúde da paciente, com conseqüências cosméticas, psicológicas e financeiras.

A mamografia é o principal recurso capaz de diagnosticar precocemente o câncer de mama, pois detecta as lesões ainda no estágio subclínico, antecipando o diagnóstico em pelo menos 20 meses em relação ao diagnóstico clínico⁵. Esse tempo de vantagem ocorre em função da idade e da qualidade da imagem. Outros acham que essa antecipação é de 2-3 anos na mulher na pré-menopausa e de 3-5 anos na pós-menopausa, trazendo inúmeros benefícios como cirurgia menos mutilante e melhor qualidade de vida. Hall assegura que uma anormalidade mamográfica em uma paciente com mais de 50 anos tem maior chance de malignidade que outra na pré-menopausa⁹.

O "screening" assintomático reduz a mortalidade em 30%, em tempo de seguimento de 10 anos, em mulheres acima de 50 anos, com menor morbidade,

melhor qualidade de vida e significativa expectativa de vida. Essa é a conclusão de inúmeros trabalhos controlados e randomizados efetivados nos anos 60/80, como o HIP e BCDDP, nos Estados Unidos, BCSPF na Finlândia e vários estudos suecos^{1,2}, havendo controvérsia em pacientes abaixo dessa idade, apesar de a Sociedade Americana de Cancerologia (ACS) e do Colégio Americano de Radiologia (ACR) preconizarem a partir de 40 anos, baseados no fato real de que a incidência de câncer nessa faixa etária é praticamente igual àquela encontrada após os 50 anos¹⁵.

Não obstante o benefício trazido pela mamografia, devemos afirmar que o número de biópsias desnecessárias, em lesões ocultas que jamais iriam evoluir para câncer, também aumentou, como pode-se verificar em casos de

lesões sabidamente benignas, desprovidas de risco, em lesões provavelmente benignas, com 2% de risco absoluto, lesões potencialmente malignas, que têm um risco inferior a 30%, e até mesmo em determinadas formas de carcinoma não-comedo, com focos inativos, que jamais evoluiriam para carcinoma invasivo.

ANORMALIDADES MAMOGRÁFICAS SEGUNDO KOPANS

São os achados anormais, como imagens nodulares, massas maldefinidas, aumento de densidades ou calcificações, que ocorrerem em 10% das mamografias e podem corresponder a lesões benignas, malignas ou mesmo artefatos, dos quais em um terço são recomendadas biópsias¹¹, e que vêm aumentando em função dos equipamentos modernos com filmes especiais que detectam sutis imagens, antes raras.

A principal finalidade da mamografia é detectar as lesões na fase inicial, quando às vezes estas não estão bem definidas. Entretanto, ela não é específica, e o cirurgião, na intenção de reduzir a mortalidade, é induzido a operar a paciente, na maioria das vezes desnecessariamente, levando à crítica ao método. Não existe um limite nítido, mas existem aspectos físicos para graduar as imagens e separá-las por grupos que detenham maior risco, servindo para orientar a conduta e reduzir o número de biópsias. Kopans¹⁰ classificou em 4 grupos anormalidades mamográficas:

Imagens sabidamente benignas (ISB):

Têm aspectos característicos benignos, não necessitam de cirurgia nem mesmo de vigilância. São elas: fibroadenoma calcificado, linfonodos intramamários, cisto simples, calcificações de vasos, de pele, de ductos e de suturas; calcificação em casca de ovo com cisto oleoso, cistos contendo leite de cálcio e massas com hilo radioluciente parcial ou total.

Imagens potencialmente benignas (IPB):

São imagens com potencial de malignidade inferior a 2%, devendo ser seguidas, conforme o protocolo de vigilância, podendo em casos especiais fazer punção-biópsia estereotáxica. São elas: nódulo de contorno regular e definido, calcificação oval ou redonda, nódulos múltiplos aleatórios, densidade assimétrica e sem distúrbio de parênquima, dilatação de um ducto sem descarga papilar, retração da

papila, espessamento da pele e alguns casos de distúrbio de arquitetura em pacientes com passado cirúrgico.

Imagens suspeitas (IS):

São imagens com um risco de malignidade de 15 a 32% em termos absolutos, devendo ser investigadas cirurgicamente ou no mínimo biopsiadas percutaneamente e seguidas com todo o rigor¹⁵. São elas: nódulo de contorno regular microlobulado, nódulo de contorno regular maldefinido, nódulo de contorno irregular, foco de microcalcificação de tamanho, forma e densidade diferentes, crescente distúrbio de arquitetura e neodensidade assimétrica não-mostrada na mamografia anterior.

Imagens potencialmente malignas (IPM):

São imagens com alto risco de malignidade, devendo ser operadas, precedidas ou não de biópsia estereotáxica. Têm um valor preditivo positivo superior a 70%. São elas: microcalcificações (MC) pleomorfas, heterogêneas e irregulares, massa sólida com bordas espiculadas, massa sólida com bordas irregulares contendo MC, densidade assimétrica com MC e distorção de arquitetura com MC.

É fato consensual na literatura internacional que há um exagero na indicação de cirurgias por desconhecimento na interpretação da imagem ou por excesso de zelo, trazendo assim malefícios para a paciente em nome de uma proteção que quase nunca é alcançada. Há um temor na avaliação das mamografias atípicas ou superestimação dos achados mamográficos que são catalogados como doenças e como tal tratados, achados que às vezes são uma condensação de tecido mamário, um linfonodo, um nódulo de aspecto benigno ou mesmo um artefato. A grande confirmação dessa afirmativa é o fato incontestável de que apenas um terço das biópsias são positivas e que quase 70% são achados benignos, portanto, muitas biópsias poderiam ser evitadas.

Em uma análise dos achados das microcalcificações (tabela1), vemos que um percentual de 70% se refere a condições benignas, 10 a 18% são carcinomas *in situ* e 12% se referem à hiperplasia epitelial atípica (HA). Vale ressaltar que a HA não é lesão pré-maligna e sim um fator indicativo de risco moderado para câncer, ou seja, aumenta em 5 vezes em relação à população, cuja lesão pode aparecer tardiamente entre 3 e 15 anos em qualquer das mamas, ficando esclarecido que nem todas as atipias celulares evoluem para carcinoma *in situ*, cujo percentual não ultrapassa 10%⁴. Em termos absolutos o risco seria de 8% em 10 anos, não devendo ser esquecido que há uma relevante potencialização desse risco diante de história familiar.

Tabela 1
Diagnóstico histológico versus número de microcalcificações (Maniero, 1996)¹³

Histologia	< 5 n = 17	5 - 10 n = 67	> 15 n = 54
Benigno específico	2 (12%)	24 (36%)	11 (20%)
Benigno não-específico	10 (59%)	32 (48%)	24 (44%)
Hiperplasia atípica	2 (12%)	6 (9%)	8 (15%)
CDIS	3 (18%)	3 (4%)	7 (13%)
Carcinoma Invasivo	0 (0%)	2 (3%)	4 (7%)

Também o carcinoma *in situ* não evolui inexoravelmente para o carcinoma invasivo. No tipo comedo um porcentual menor que 50% evolui para invasivo e no não-comedo apenas 30% o faz, ao longo do tempo médio de 3 a 5 anos, ocorrendo em função da agressividade da neoplasia, resistência do hospedeiro, presença de genes supressores como o P 53, BRCA e NM 23, bem como da presença de proteínas como HER-2 NEU e de receptores hormonais¹⁶.

O valor preditivo das biópsias em achados mamográficos é variável: de 15 a 30% para o grupo da Universidade da Califórnia¹⁵, 38% para Sickles¹⁹, 42,3% para Frasson⁶ e de 34% para o grupo da Mayo Clínica, ou seja, 3 benignos para 1 maligno; e isso significa que a grande maioria não se beneficia com o procedimento.

Não existe um critério definido ou consenso para indicação cirúrgica nestas lesões, e pacientes com imagens não suspeitas correm o risco de ser falsamente tranqüilizadas com a vigilância e perder o momento ideal para se operar, bem como ocorre falha no manejo das mesmas, pois cada profissional age de acordo com seus conhecimentos, sua consciência, a idade, fatores de risco e estado psicológico da paciente. Por outro lado, é difícil e até impossível para o cirurgião definir com precisão quais as lesões que albergam carcinoma *in situ*, que têm potencial de malignidade, ou mesmo um carcinoma já invasivo, partindo-se do princípio que 50% das lesões subclínicas não apresentam características radiológicas de malignidade ou o fazem de forma sutil.

Cabe ao radiologista a responsabilidade de pesquisar cuidadosamente as imagens mais sutis e disfarçadas, sendo necessário para isso equipamento adequado, como mamógrafo de alta resolução, filmes específicos, boa processadora, treinamento constante do radiologista, boa técnica de compressão e amplificação para mostrar detalhes nas microcalcificações e melhor definição de

margens nas lesões nodulares, fornecendo uma radiografia de boa qualidade.

A boa mamografia permite melhor interpretação dos achados, melhor visualização da forma, tamanho e margens das lesões, para aumentar a sensibilidade do método, diminuindo o número de resultados falsos-positivos, evitando a angústia, o estresse e o trauma psicológico e sobretudo uma cirurgia desnecessária. Nos Estados Unidos, se fosse seguida a orientação da ACS

e ACR, metade das mulheres faria mamografia anual com biópsias em 1 a 2% das pacientes, constituindo mais de um milhão de biópsias ao ano⁸.

Cabe ao mastologista potencializar estes subsídios oferecidos pelo radiologista, usar o bom senso, o conhecimento técnico, a experiência e avaliar o grau de risco que a lesão oferece, levando em conta o contorno das margens da lesão, o tipo, forma, o número e tamanho das microcalcificações, os fatores intrínsecos da paciente como história pessoal e familiar, a idade, o estado psicológico, a procedência, a eventual necessidade de receber terapia de reposição hormonal (TRH), só então decidindo pela cirurgia ou pela vigilância mamográfica.

Qualquer que seja a conduta adotada, esta deve envolver a paciente e seus familiares, explicando-se os riscos e benefícios, fazendo-os cúmplices da conduta adotada que ajudará na decisão, assumindo parte do risco. Estes devem ser conscientizados da inexistência de critério fidedigno para indicação cirúrgica, da imprevisibilidade da evolução das lesões e até mesmo do fato de que câncer de mama tem evolução imprevisível.

A vigilância cuidadosa das IPB (imagens potencialmente benignas) é suficiente para identificar precocemente as eventuais alterações malignas no estágio inicial sem piorar o prognóstico^{8,20}. O fato é comprovado por grupos da Califórnia e de Montevideu que acompanharam 4.533 casos de anormalidades mamográficas com IPB, sendo detectados de forma precoce 35 casos de câncer, dos quais 94% eram *in situ* ou EC1, 88% tinham axila negativa e 80% estavam livres da recidiva local após 7,6 anos¹⁸ (tabela 2).

Estes achados confirmam os benefícios do seguimento das IPB, especialmente aquelas menores de 1 cm e impalpáveis, como conduta mais sensata, em detrimento da cirurgia que é uma opção mais agressiva, não-inócua e de elevado custo, sem falar nas seqüelas

Tabela 2
Resultado de 4.533 casos de IPB, seguidos
por 7,6 anos, mostrando 35 casos de
câncer (Sickles, 1991)¹⁸

Achado mamográfico	Nº	Câncer	%
Microcalcificação localizada	1338	5	0,4
Nódulo sólido circunscrito	1692	23	1,4
Densidade assimétrica focal	502	3	0,6
Microcalcificação generalizada	619	1	0,2
Múltiplos nódulos circunscritos	329	1	0,3
Outros	53	0	0,0

cosméticas e cicatriciais que dificultam as avaliações posteriores. Em nossa opinião estas pacientes devem ser seguidas e não devem ser privadas dos benefícios da TRH, quando bem indicada, desde que conscientizadas da necessidade de vigilância.

Devem ser levados em conta os transtornos que envolvem procedimentos como a marcação pré-cirúrgica não isenta de risco e incômoda para a paciente, a dificuldade técnica para o cirurgião que, com receio da ressecção incompleta ou pela dificuldade de localizar a lesão, quase sempre resseca mais do que o necessário, levando à deformidade. Deve ser levada em conta também a tarefa difícil e penosa do patologista de examinar o espécime pela ausência de lesão palpável, que às vezes é microscópica, podendo ocasionar falso resultado.

Não existe um protocolo de seguimento definido, mas o grupo da Universidade da Califórnia, liderado por Sickles, preconiza a repetição da imagem da mama afetada após 3 ou 6 meses, de acordo com o grau de suspeição, e da mamografia bilateral, anualmente por um período mínimo de 4 anos¹⁸.

Alguns aspectos devem ser lembrados para orientar a conduta:

- 1) Fazer exame físico para excluir lesões palpáveis não mostradas na mamografia, que pode falhar num percentual de 10%⁵, sobretudo nas mamas densas ou nódulos na periferia da mama;
- 2) Fazer ultra-som para definir nódulos circunscritos e para excluir cistos ou mesmo avaliar o conteúdo e a espessura de suas paredes e ainda detectar imagem sólida intracística, que pode representar um papiloma ou carcinoma papilífero;

- 3) Observar a regularidade das margens e comparar com a imagem anterior, detectando borramento no contorno, aumento do tamanho ou da densidade da lesão e sobretudo do número de calcificações;
- 4) Lembrar que as lesões reais devem ser vistas nas duas projeções;
- 5) Manter parceria com o radiologista e o patologista na manipulação destas lesões;
- 6) Indicar cirurgia nas condições abaixo especificadas:
 - a) pacientes que não se proponham a fazer seguimento ou não tenham estrutura psicológica para assumir o risco, ou que pretendam engravidar brevemente;
 - b) massa que aumenta de tamanho ou que persista após a aspiração do cisto;
 - c) foco de microcalcificações que aumenta em número e densidade ;
 - d) nódulo ou massa que muda as margens;
 - e) aumento da distorção da arquitetura;
 - f) neodensidade não-existente na mamografia anterior, na ausência de TRH.

CALCIFICAÇÕES

Calcificação é a deposição de cálcio que usualmente ocorre em 80% das mamas, apesar de apenas 55% dos casos serem vistos na mamografia. Decorre da fixação de sais de cálcio pela alteração pH do tecido com mobilização do cálcio sérico⁷. Está associada a carcinoma em 50% das lesões, palpáveis ou não. As calcificações podem estar relacionadas com processos inflamatórios, degenerativos, metabólicos e traumas.

Há 2 tipos de calcificações. O tipo 1, também chamado “weddelite”, é composto de oxalato de cálcio dihidratado. São calcificações ácidas e birefringentes, de forma poliédrica, que ocorrem em 10-15% dos casos, estando relacionadas com condições benignas em 90% dos casos⁷. Normalmente não são vistas pela radiologia convencional, sendo necessária luz bipolar, e são vistas mais frequentemente pelo patologista. O tipo 2 é básico, não refringente e mais irregular, e decorre da deposição de fosfato de cálcio no tecido necrosado ou produto secretório e debris, respondendo por mais de 70% dos achados mamográficos.

A maioria é assimétrica e tem aspectos morfológicos de benignidade. São grandes, esparsas,

regulares, margens lisas, homogêneas, ovais ou redondas, baixa densidade, frequentemente bilaterais e têm centro radioluciente.

Existem vários tipos de calcificações conforme discriminação abaixo:

Calcificações grosseiras

São hiperdensas, brilhantes, benignas, grandes e aumentam com a idade por causa da hialinização do tecido involutivo como no fibroadenoma. Podem estar contidas no cisto como forma de leite de cálcio, que muda de forma em função da posição, em forma de casca de ovo com centro radioluciente, no cisto oleoso e como calcificações vasculares, de pele, de ductos e de suturas.

Calcificações lobulares

São arredondadas, regulares, densas, homogêneas e estão relacionadas a condições benignas como adenose esclerosante, papilomatose, esteatonecrose e fibroadenoma. Têm sido mostradas calcificações do tipo tubular em sutura de pacientes que fizeram radioterapia. Quando se apresenta como “pipoca”, a exemplo do fibroadenoma calcificado, como “casca de ovo” com centro radioluciente, como “leite de cálcio” no cisto e como calcificações vasculares típicas ductais, é patognômico de benignidade.

Calcificações vasculares

Vistas de forma linear, são paralelas, tortuosas e descontínuas, interessando sobretudo as veias, estando associadas à hipertensão arterial, diabetes e aumentando com a idade. As arteriais estão associadas com aterosclerose e insuficiência renal. Na fase inicial, podem aparecer como fino grumentão e simular carcinoma.

Microcalcificações (MC)

São aquelas minúsculas deposições de cálcio nos debris, células necrosadas e produto celular estagnado. Existe uma extensa variação de número, forma, densidade e tamanho que traduz o grau de suspeição e guarda relação com os achados microscópicos, que variam desde um processo funcional até um carcinoma invasivo, passando por um carcinoma *in situ* tipo comedômico com extensa necrose. É a chamada calcificação intraductal que tem estreita relação com

malignidade em 30% dos casos, servindo de indicativo para diagnóstico precoce e devendo ser avaliada conforme os aspectos abaixo.

Tamanho

De 100 a 500 micras (sempre < 0,5 mm), têm difícil visualização, necessitando equipamento adequado, técnicas especiais como magnificação, para mostrar detalhes, boa processadora, luz adequada e até lente de aumento para obter boa visão.

Forma

Irregular, linear, alongada, ramificada, poliédrica, puntiforme, em forma de letras (X, Y, V e Z) modulando o ducto, traduzindo a presença de necrose intraductal, característica de carcinoma *in situ*, que pode estar agrupada ou dispersa longitudinalmente ao longo do ducto, com tendência a se dirigir para a papila, afetando vários ductos.

Número

É variável, sendo considerado de 5 por cm² até incontáveis. Existe uma relação direta do número e tamanho com a chance de malignidade, porém quando menos que 5 não se afasta câncer.

Aspecto

As MC suspeitas são grupadas, heterogêneas, heterodensas, polimorfas com tendência a ocupar 1 cm² de área, podendo ser multifocais. Nestas condições estão associadas à malignidade em 70% e quando em pequeno foco albergam malignidade em 30%¹⁸.

Um levantamento da Universidade de Yale de 138 “core biopsy” em imagens com microcalcificações suspeitas sem massa palpável, com média de 7 disparos, encontrou 19 casos de câncer, todos com mais de 5 MC, detectados radio e histologicamente em 86% com baixo índice de falso negativo¹³.

OUTROS ACHADOS MAMOGRÁFICOS ANORMAIS

Distúrbios de arquitetura

São espículas que crescem em diversas direções e determinam alterações da arquitetura glandular, com retração do parênquima. Podem ser uma reação desmoplásica dos tecidos ao câncer com aumento do

estroma e colágeno periductal, provocando desarranjo dos ductos e ligamentos de Cooper, levando a uma distorção da interface entre o parênquima mamário e a gordura subcutânea ou retromamária. Devem ser suspeitos de malignidade, embora possam ser retração focal do parênquima como cicatriz radial e necrose gordurosa.

São os sinais de malignidade mais encontrados, estando presentes em até 9% dos cânceres não-palpáveis¹⁹. Quando associados à microcalcificação, são considerados suspeitos e a biópsia se impõe. Nas mamas densas são difíceis de ser visualizados, portanto, há a necessidade de manobras de compressão para afastar o tecido vizinho e melhor definição da imagem.

Densidade assimétrica

As mamas devem ser simétricas quando examinadas na mesma projeção. A densidade assimétrica é conceituada como presença de densidade isolada, unilateral, mostrada nas duas incidências, sem distorção do parênquima e sem forma definida. Pode ocorrer em função de uma involução assimétrica do tecido fibroglandular de um lóbulo mamário, o que é visto em 3-5% das mamas normais¹⁹, mas pode estar associada a processo proliferativo como hiperplasia epitelial e até com carcinoma. Kopans encontrou 2% de malignidade ao acompanhar 252 mulheres por 3 anos, e Sickles demonstrou que 3% dos carcinomas são diagnosticados por densidade assimétrica^{10,19}. Quando isolada, está contida no contexto de IPB, que apenas necessita a controle periódico, porém quando associada à massa palpável ou microcalcificação, a biópsia se impõe. Deve ser feita avaliação da mamografia anterior, quando houver, que servirá de parâmetro comparativo. Na pós-menopausa a mama deve mostrar sinais de involução que se inicia nos quadrantes inferiores. Um aumento da densidade nesta faixa etária na ausência de TRH ou uma neodensidade numa mama previamente normal são potencialmente malignos.

Linfonodos axilares

São achados mamográficos habituais vistos como massa de baixa ou média densidade, de forma redonda ou oval, contendo centro radioluciente. São assimétricos em número e tamanho. Medem de 1 a 1,5 cm, mas podem atingir até 3-4 cm naquelas pacientes mais idosas e obesas. Condições clínicas como leucemia, linfoma, artrite reumatóide, sarcoidose, dermatite e processos inflamatórios são responsáveis por adenomegalia. Quando seu volume ultrapassa 2,5 cm com aumento de densidade e aspecto, indica-se a punção aspirativa com agulha fina para esclarecimento diagnóstico.

Quando atingidos por metástase tornam-se densos, mais redondos e perdem a radiolucência pela infiltração tumoral no hilo. Ocasionalmente podem ser o único e isolado sinal de um carcinoma oculto na mama. No início permanecem com contorno definido e nem sempre aumentam de volume, só o fazendo posteriormente quando tornam-se endurecidos, de contorno irregular e de forma globosa. Raramente calcificam, podendo fazê-lo nos processos malignos ou no uso de sais de ouro.

Linfonodos intramamários

Apresentam-se como nódulo de contorno regular, de forma ovalada, também de baixa ou média densidade, às vezes com centro radioluciente, por conterem tecido gorduroso no hilo, e medem em torno de 1 cm. São encontrados comumente nos quadrantes externos, podendo ser múltiplos e bilaterais. São confundidos com cistos e fibroadenomas. Quando maiores que 1 cm, são sinais indiretos de processo inflamatório ou infiltração neoplásica, condições em que apresentam aumento de densidade e perda da radiolucência.

Linfonodo torácico lateral

É freqüentemente solitário, unilateral, sem gordura hilar, medindo em torno de 1 cm, sendo visualizado na incidência médio oblíqua lateral.

Dilatação de ducto único

Aparece como estrutura tubular, dilatada e ramificada e pode ser o único e sutil sinal de carcinoma intraductal profundo, ocorrendo em 1% dos casos¹⁹. É mais evidente na mama gordurosa e pode ser uma reação dermoblástica. Quando ocorre isoladamente se enquadra nas IPB, necessitando apenas vigilância.

Assimetria vascular

Quando unilateral deve servir como alerta para processo maligno. Como fator isolado é inespecífico, mas o radiologista deve pesquisar outros sinais sutis.

Densidade difusa

Pode estar relacionada com processos inflamatórios, traumas e uso de TRH, que aumentam a densidade em 20% dos casos. Deve ser lembrada a infiltração dos linfáticos da

pele no carcinoma inflamatório, bem como sua ocorrência nos processos fisiológicos como gravidez, lactação.

Nódulo de contorno regular

São nódulos que apresentam bordas regulares e definidas em toda a sua extensão. Alguns já consideramos regulares quando têm 75% de seu contorno definido. A grande maioria é benigna; são catalogados como IPB representadas pelos fibroadenomas, cistos ou linfonodos intramamários e têm esta condição comprovada em mais de 95% dos casos, necessitando apenas de seguimento, que deve ser semestral inicialmente, passando a ser anual após o segundo ano. Em apenas 2% dos casos estão relacionados com malignidade e podem conter um carcinoma circunscrito com borda ligeiramente irregular de bom prognóstico, sobretudo dos tipos histológicos papilífero, medular e mucinoso.

O diagnóstico é feito pela mamografia de alta resolução, devendo ser complementado com US nos tipos não-calcificados para excluir cistos. Alguns tipos apresentam características típicas de benignidade que dispensam melhor esclarecimento e qualquer controle, por exemplo, os fibroadenomas calcificados, cistos simples e nódulos densos com centro radioluciente.

Nódulo de contorno não-definido

São imagens que apresentam borramento nos contornos, quer seja por superposição de parênquima normal ou por componente infiltrativo de tumor para os tecidos vizinhos. Estão contidas no grupo de imagens

suspeitas. Às vezes apresentam pequenas lobulações que confundem. Neste grupo estão lesões como abscesso, hematoma, fibroadenomas lobulados ou lesões malignas. Tem um potencial baixo de malignidade, mas urge melhor esclarecimento como manobras de compressão localizada para melhor definição de margens, punção biópsia para citologia ou mesmo “core biopsy”, e quase sempre está indicada a cirurgia. Lindfors encontrou 25 a 30% de malignidade nesta condição¹¹.

Massas de contorno irregular e espiculadas

São lesões maldefinidas irregulares, com centro hiperdensos, contendo espículas radiadas em todas as direções, devido ao crescimento centrífugo, que detêm um valor preditivo superior a 70% para malignidade que aumenta com a presença de microcalcificações.

COMENTÁRIOS FINAIS

Cabe ao mastologista a responsabilidade de entender minuciosamente o significado clínico e a fisiopatologia de cada imagem para intervir quando necessário e esperar quando indicado, para reduzir a agressão, o trauma psicológico, e o risco do ato cirúrgico, e para não transformar os benefícios da mamografia numa ação lesiva à saúde da paciente.

Uma alternativa viável, confiável e segura é a biópsia estereotáxica, tecnicamente conhecida como “core biopsy” com acurácia em torno de 95%, que tem contribuído para reduzir o número de cirurgias, já que a grande maioria é condição benigna.

KEY WORDS

Mammographic abnormalities;
Non palpable lesions;
Breast surgery.

ABSTRACT

MANAGEMENT OF ABNORMAL MAMMOGRAPHY AND NON-PALPABLE BREAST LESIONS

The author makes comments about benefits and sortileges in mammography and concluded that 10% of mammography detect abnormalities in which 33% are submitted to biopsy, and only 1/3 of the biopsies shows positive results to malignancy. It is concluded that there is an exaggeration in surgical treatment. Mammographic alterations are classified in 4 groups: known benign (benign for sure), probably benign, suspicious and probably malignant with different probabilities for malignancy. The author also emphasizes the necessity of a high quality mammography to evaluate the breast cancer risk, so he recommends attention to not let the benefits of mammography turn into sortilege.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON J. Mammography. screening and mortality from breast cancer. The Malmo screening. Brit Med J 1988; 297:944-948.
2. BREEN. N. Increases in screening mammography. J Nat Cancer Inst 1992; 84: 1549-1556.
3. DAKIR LD. Radiologia da mama, Medsi. Porto Alegre. 1994.
4. DUPONT WD, PAGE DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J Med 1985; 312: 146-151.
5. FEIG AS. Rastreamento em mulheres de 40-49 anos. Clin Gin Obst Am Norte 1994; 4: 599-620.
6. FRASSON AL. Microcalcificações Rev bras Mastol 1996; 6: 53-55.
7. GUINEBRETIERE JM. Breast microcalcifications: a histopatological correlation. In: Figueira Fº ASS, Silva HMS, Dias HN Barros ACSD. Mastology-Breast diseases. Amsterdam: Elsevier. 1995.
8. HALL FM. Nonpalpable breast lesions. Radiology 1988; 167: 353-361.
9. HALL FM. Nonpalpable breast lesions. N Engl J Med 1988; 314: 35-55.
10. KOPANS DB. The positive predictive value of mammography. AJR 1992; 158: 521-526.
11. LINDFORS K. The occult lesions. A practical approach to breast disease. Howell & Rippon: Sacramento. 1995.
12. LUNA M. Rev bras Mastol 1995; 5: 5-7
13. MANIERO M. Stereotaxic core needle biopsy of breast microcalcifications. Radiology 1996; 198: 665-669.
14. MARANHÃO N, COSTA LMG LIMA MCCA. A biópsia estereotática no diagnóstico de microcalcificações mamárias. III Congresso Luso-Brasileiro de Mastologia. Recife, 1996.
15. MORROW M, TELAMONTI, MS. The abnormal mammogram. In: Harris J, Morrow M. Hellman S. Diseases of the breast. Lippincott-Raven: Philadelphia. 1996.
16. PAGE DL, DUPONT WD. Intraductal carcinoma of the breast after biopsy only. Cancer 1982; 49: 751-758.
17. SICKLES EA. Management of probable benign lesions. Radiology 1995; 194: 912-914.
18. SICKLES EA. Mammography follow-up of probable benign lesions. Radiology 1991; 181: 905-912.
19. SICKLES EA. Indirect mammographic signs of malignancy. In: Figueira Fº ASS, Silva HMM, Dias EN, Barros ACSD. Mastology-Breast diseases. Amsterdam: Elsevier. 1995.
20. VARAS X, LEBORNE F, LEBORNE JH. Non palpable benign lesions. Radiology 1992; 184: 409-414.
21. WINSTON JS. Calcium oxalate is associated with benign breast tissue. Am J Pat Clin 1993; 100: 488-492.

Endereço para correspondência:

Alcides Ferreira Santos
Av. Agamenon Magalhães, 4264 - Derby
52010-040 - Recife - PE



Milzen J. L. Giatti
Rogério Bonassi Machado
Cristina Stephan
Álvaro da Cunha Bastos

TUBERCULOSE MAMÁRIA

Rev bras Mastol 1997; 7:139-141

*Trabalho realizado na Faculdade
de Medicina de Jundiaí.*

UNITERMOS

Tuberculose;
Mastite tuberculosa;
Fístula mamária.

RESUMO

Os autores relatam dois casos de tuberculose mamária e discutem a mastite tuberculosa, patologia relativamente incomum, sob aspectos etiopatogênicos, diagnósticos e terapêuticos.

INTRODUÇÃO

A tuberculose mamária foi descrita pela primeira vez em 1829, por Astley Cooper, como "edema escrofuloso da mama". Representa entidade rara, com incidência mundial variando entre 0,006 a 4%³. Em nosso meio, Nazário e col.⁵ e Freitas Jr. e col.² descreveram três casos, sendo dois em São Paulo e um no Rio de Janeiro, respectivamente. Delliveneri e col.¹ também tratam do assunto, publicando sua casuística em 1953.

O acometimento do tecido mamário pelo bacilo de Koch é manifestação infrequente, podendo se apresentar de formas que variam desde abscesso fistulizado a tumorações de limites imprecisos, simulando o carcinoma de mama.

O presente estudo tem por finalidade relatar dois casos recentemente conduzidos em nosso serviço.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Caso I - MSS, 31 anos, natural de São Paulo, atendida no ambulatório de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí, com queixa de úlcera em mama esquerda há 4 anos, negando outros sintomas.

Antecedentes: menarca aos 13 anos, ciclos regulares com duração de 3 a 4 dias e fluxo menstrual normal. Como método anticoncepcional, fazia uso de condom ou coito interrompido. Fez uso de anticoncepcional oral por 1 ano e parou 9 meses. A primeira relação sexual foi com 27 anos; relacionou-se com um único parceiro até hoje. Primigesta, sendo o parto uma cesariana há 3 anos. Não amamentou devido às fístulas mamárias.

Não sabe referir contato com pessoas infectadas por tuberculose; nega antecedentes mórbidos ou uso de drogas. Em tratamento de "mastite crônica", sem sucesso, há 4 anos.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, pesando 63,5 kg, sem febre e com ausculta pulmonar normal. Apresentava em mama esquerda lesão fistulizada, no quadrante ínfero-lateral.

A paciente foi tratada por 2 meses com tetraciclina associada a antiinflamatório. Exames pré-operatórios normais. Raio X de tórax sem alterações. Pela hipótese de mastite crônica inespecífica, foi realizada exérese da lesão. O anatomopatológico revelou mastite crônica supurativa e fistulizada.

Pela má resposta ao tratamento e recidiva de fístula em quadrante inferior de mama esquerda justa-areolar, foi feita a hipótese de mastite tuberculosa e solicitado PPD que revelou forte reator (mais de 24 mm).

Introduzido esquema tríplice por 6 meses e, após esse período, a paciente retornou com saída de secreção purulenta bilateralmente em mamas, de ocorrência cíclica. O exame mamário permaneceu inalterado. Foi prolongado o tratamento por mais 3 meses, tendo sido solicitada ecografia mamária. A paciente apresentou evolução satisfatória e obteve alta após 3 meses.

Caso II - NSS, 28 anos, natural de São Paulo, atendida em nosso serviço com queixa de caroço em mama esquerda há 2 meses. Negava qualquer outro sintoma.

Antecedentes: menarca aos 13 anos, ciclos regulares com duração de 3 a 4 dias e fluxo menstrual normal. Como método anticoncepcional atual fazia uso de condom. Três gestações, sendo 3 partos normais a termo, sem intercorrências. Amamentou os filhos por aproximadamente 6 meses.

Nega contato com pessoas infectadas por tuberculose; nega antecedentes mórbidos ou uso de drogas. Encontrava-se em bom estado geral, ao exame físico, pesando 65,3 kg, sem febre, ausculta pulmonar negativa e sem outras alterações.

Apresentava um nódulo em quadrante súpero-interno de mama esquerda, com cerca de 6 cm de diâmetro, doloroso, irregular, limites pouco nítidos e de consistência endurecida. Axilas livres, com 2 fístulas em axila esquerda.

Feita hipótese diagnóstica de carcinoma mamário. A mamografia revelou velamento em quadrante súpero-interno da mama esquerda sem individualização de nódulos. Após avaliação pré-operatória, a paciente foi submetida à quadrantectomia de mama esquerda.

O resultado do exame anatomopatológico foi de mastite crônica granulomatosa supurativa (abscedada e fistulizada). Apesar da pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes ter sido negativa, a possibilidade de se tratar de mastite tuberculosa foi investigada. A intradermorreação de Mantoux foi negativa.

Iniciada terapêutica de prova com esquema tríplice e, pela boa resposta ao tratamento, o esquema foi completado. A lesão regrediu, e a paciente recebeu alta do tratamento.

DISCUSSÃO

A incidência de mastite tuberculosa é baixa, mesmo em países nos quais a tuberculose é endêmica. Predomina na faixa etária entre 20 a 50 anos⁴, e os homens são raramente acometidos, estabelecendo-se a proporção de 22 mulheres afetadas para cada homem⁴.

O diagnóstico raramente é feito pelo exame clínico e deve ser diferenciado para abscesso mamário inespecífico, mastite crônica inespecífica e carcinoma de mama. Existem dois tipos principais de manifestação da lesão tuberculosa mamária. O mais comum – o tipo nodular – apresenta-se com escassas áreas de fibrose, evoluindo para fistulização. O menos comum, histologicamente representado por elevado grau de fibrose, raramente se fistuliza, sendo, no entanto, o mais confundido com o carcinoma da mama.

O diagnóstico definitivo é dado pelo exame histológico do material biopsiado que revelará, por visualização direta ou por cultura, a presença de bacilos álcool-ácido resistentes na maioria dos casos. Entretanto, como observado em nosso primeiro caso, o exame histológico foi inconclusivo, sendo necessária a realização do teste de Mantoux para confirmação diagnóstica.

O isolamento do bacilo de Koch nas lesões foi possível em 25, 6% dos 126 casos estudados por Ikard e Perkins³. Dessa maneira, pode-se observar a dificuldade no diagnóstico da mastite tuberculosa, tornando-se necessária em alguns casos a prova terapêutica, como relatado em nosso segundo caso.

Para o tratamento, utilizamos o esquema tríplice preconizado pelo Ministério da Saúde⁴, tendo de ser prolongado por mais tempo devido à resposta mais lenta à terapêutica.

.....

KEY WORDS

Tuberculosis;
Tuberculous mastitis;
Breast fistula.

.....

ABSTRACT

TUBERCULOSIS DISEASE OF THE BREAST

The authors report two cases of tuberculosis of the breast and discuss ethiopatogenic, diagnostic and therapeutic aspects of tuberculous mastitis.

.....

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DELLIVENERI A, DELASCIO D, GIORDANO C, AMARAL, VT. Tuberculose da glândula mamária. Rev Ginec Obstet 1953; 2: 783.
2. FREITAS Jr R, FAGMNANI MP, STERBLITCH G. Diagnóstico citológico de mastite tuberculosa. Rev Paul Med 1989; 107: 125-128.
3. MCKEOWN KC, WILKINSON, KW. Tuberculous disease of the breast. Br J Surg 1952; 157: 420-9.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle da tuberculose: uma proposta de integração social ensino/serviço. Rio de Janeiro, 1989.

5. NAZÁRIO ACP, GEBRIM, L, BARBOZA V. Tuberculose mamária: relato de dois casos. Rev Paul Med 1988; 106: 6-8.

Endereço para correspondência:

*Milzen J.L. Giatti
Rua Anchieta, 670 - sala 12
13200-200 - Jundiaí - SP*



Júlio Roberto de M. Bernardes Jr.
Cláudio Kemp
Afonso Celso Pinto Nazário
Osvaldo Giannotti Filho
Luiz Henrique Gebrim

*Trabalho realizado na Escola
Paulista de Medicina (UNIFESP),
em São Paulo.*

CARCINOMA LOBULAR DE MAMA EM HOMEM

Rev bras Mastol 1997; 7:142-144

UNITERMOS

Carcinoma lobular;
Carcinoma de mama
masculina.

RESUMO

Os autores relatam raro caso de carcinoma lobular invasivo diagnosticado em homem no Setor de Mastologia na Disciplina de Ginecologia da UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. Discutem vários aspectos relativos a essa neoplasia, em particular, sua etiologia, histopatologia e conduta.

INTRODUÇÃO

O carcinoma de mama no homem é pouco freqüente. Representa entre 0,5 a 1,0% de todos os cânceres mamários. A média de idade no diagnóstico é de 60 anos, ou seja, 10 anos mais tarde em relação ao encontrado nas mulheres⁵.

Trabalhos recentes mostram que a sobrevida em mulheres e homens é a mesma, desde que comparados dentro de um mesmo estágio e entre pacientes com idades semelhantes^{3,4}. Ouriel e col.³ demonstraram que a taxa de sobrevida em 5 anos, foi de 80% para pacientes no estágio I e 67% para aqueles no estágio II. Em contraste, foi de apenas 25% para os pacientes no estágio III e virtualmente nula no estágio IV.

A incidência dos vários tipos histológicos em ambos os sexos é bastante similar, com uma notável exceção, o carcinoma lobular. Trata-se de variedade histopatológica

extremamente rara no homem, sendo na mulher responsável por 10% dos casos⁴. Até o presente, apenas 16 casos foram documentados². Em virtude de sua infreqüência, relata-se caso de carcinoma lobular de mama em homem.

APRESENTAÇÃO DO CASO

V.C.P., 72 anos, sexo masculino e raça branca, foi encaminhado ao Setor de Mastologia do Hospital São Paulo, em outubro de 1996, com queixa de nódulo em mama direita há 10 meses.

Não havia antecedente familiar de câncer. Negava administração exógena de estrógeno, disfunção hepática, alcoolismo ou orquite.

O exame físico revelou nódulo de 4,0 x 5,0 cm, indolor, endurecido, de limites maldefinidos, subjacente à

aréola da mama direita. A pele contígua ao tumor apresentava-se infiltrada e com pequena ulceração. O tumor foi estadiado clinicamente como IIb (T4b N0 M0).

Como propedêutica complementar, realizou-se mamografia que revelou imagem nodular hiperdensa, de limites imprecisos e com 3 cm de diâmetro. O exame citológico do material obtido por punção aspirativa com agulha fina (PAAF) foi inconclusivo devido à escassez de células.

O paciente foi então submetido à biópsia por congelção que revelou carcinoma invasivo, grau II de diferenciação histológica. Em face do comprometimento cutâneo pouco extenso, procedeu-se à mastectomia radical modificada com linfadenectomia axilar total.

O exame microscópico da peça demonstrou carcinoma lobular invasivo, composto por pequenas células homogêneas que se dispunham em fila indiana ao redor de poucos ductos e estroma mamário (figura 1). A neoplasia estendia-se até pele e mamilo, com infiltração do tecido adiposo e perineural. As margens cirúrgicas encontravam-se livres de comprometimento, e nenhum linfonodo dentre os 18 ressecados estavam comprometidos. Estudo imuno-histoquímico demonstrou positividade para receptores de estrogênio e progesterona.

O tratamento locorregional foi complementado com radioterapia (4500 cGy). Como tratamento sistêmico adjuvante foi indicada quimioterapia (CMF- 6 séries) e, posteriormente, hormonioterapia (tamoxifeno - 20 mg/dia).

DISCUSSÃO

A mama masculina não apresenta diferenciação lobular, sendo constituída apenas por dispersos ductos e tecido fibroso⁴. Isso explica a raridade do diagnóstico de carcinoma lobular no homem.

O tecido mamário feminino é composto, além dos ductos, por ácinos e lóbulos; sendo estes formados a partir do estímulo hormonal que se inicia com a puberdade. Essas estruturas apresentam uma camada epitelial interna e uma mioepitelial externa. Acredita-se que a partir destas se desenvolva o carcinoma lobular, em que as células caracterizam-se por serem pequenas, uniformes e com núcleos angulados, densos, com nucléolos proeminentes. Preenchem os ácinos e invadem o tecido adjacente com uma clássica aparência de fila indiana. Algumas podem apresentar aspecto em anel de sinete devido à secreção de muco².

Em algumas situações a mama masculina pode sofrer diferenciação semelhante à feminina, possibilitando

a transformação maligna de estruturas fisiologicamente ausentes no homem. Como fatores de risco para essa transformação, citam-se a exposição ao estrogênio (hormonioterapia do carcinoma de próstata, disfunção hepática, obesidade) e alterações testiculares (síndrome de Klinefelter, orquites, exposição crônica ao calor). A ginecomastia não é considerada, isoladamente, fator de risco para carcinoma de mama, apesar da frequente associação⁵.

Semelhante a outros casos de carcinoma lobular em homem descritos na literatura, não encontramos o carcinoma *in situ*; fato que comprovaria a origem lobular do tumor⁴.

Não obstante o estágio avançado da doença (III b), o paciente não apresentava comprometimento linfonodal (0 em 18). A presença de metástase regional também foi infrequente nos relatos anteriores². A mastectomia radical modificada é a cirurgia de escolha na terapêutica locorregional em homens⁵.

Como consequência da exigüidade do tecido mamário no homem, as indicações de radioterapia e quimioterapia no carcinoma masculino são semelhantes as adotadas para as mulheres².

O estudo imuno-histoquímico demonstrou positividade para receptores de estrogênio e progesterona; corroborando dados cotejados na literatura que apontam positividade de 85% para esses receptores no câncer de mama em ambos os sexos^{1,3}.

Atualmente, o tamoxifeno é a primeira opção na terapia sistêmica do câncer de mama, especialmente nos tumores em estágio inicial com positividade para receptores estrogênicos⁵.

Mercê da raridade do carcinoma lobular de mama no homem, persistem várias indagações quanto à melhor conduta e seu real prognóstico³.

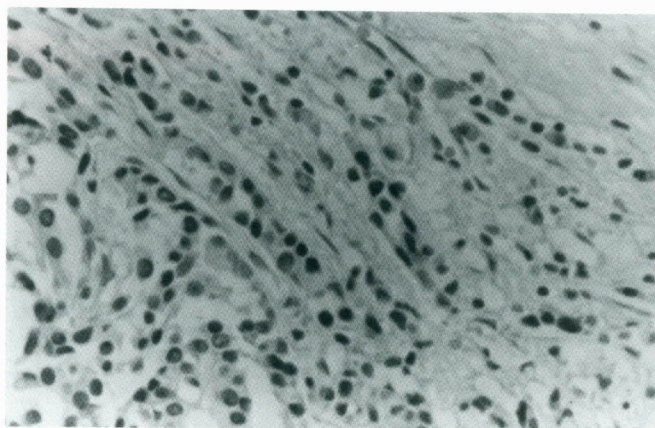


Figura 1 - Carcinoma lobular

KEY WORDS

Lobular carcinoma;
Male breast carcinoma.

ABSTRACT

LOBULAR CARCINOMA OF THE MALE BREAST

The authors report a rare case of male invasive lobular carcinoma, diagnosed in the Mastology, Discipline of Gynecology, UNIFESP-EPM. They discuss several aspects related to this neoplasm such as ethiology, histopathology and treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GEBRIM LH, LIMA GR, SANTOS HB, GUIANGLI JN, GRABART HH. Relação entre tipo histológico e dosagem bioquímica dos receptores de estradiol e progesterona em mulheres com carcinoma primário de mama. Rev Paul Med 1987; 105(4): 195-200.
2. MICHAELS BM, NUNN CR, ROSES DF. Lobular carcinoma of the male breast. Surgery 1994; 115: 402-405.
3. OURIEL K, LOTZE MT, HINSHAW JR. Prognostic factors of the carcinoma of the male breast. Surg Gynecol Obstet 1984; 159: 373-376.

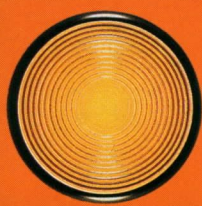
4. YOGORE MG, SAGHAL S. Small cell carcinoma of the male breast. Cancer 1977; 39: 1748-1751.
5. WAGNER JL, THOMAS Jr CR, KHO W, RUDOLF RH. Carcinoma of the male breast: update 1994. Med Pediatric Oncol 1995; 24: 123-132.

Endereço para correspondência:

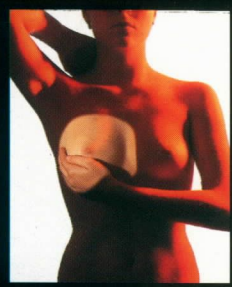
*Júlio Roberto de M. Bernardes Jr.
Rua Borges Lagoa, 710 - ap. 61
04038-001 - São Paulo - SP*

Arimidex*

COMPOSIÇÃO: Comprimidos com 1 mg de anastrozol. **INDICAÇÕES:** Tratamento do câncer de mama avançado em mulheres pós-menopáusicas. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Gravidez, período de amamentação, pré-menopausa, insuficiência renal severa e doença hepática moderada a severa. **PRECAUÇÕES:** Uso não recomendado em crianças. Procedimentos que exijam atenção devem ser efetuados com cautela quando surgir astenia e sonolência com o uso deste medicamento. **REAÇÕES ADVERSAS:** Rubores, secura vaginal e adelgaçamento dos cabelos, distúrbios gastrintestinais (anorexia, náuseas, vômitos e diarreia), astenia, sonolência, cefaléia e exantema. Em pacientes com câncer de mama avançado podem ocorrer alterações hepáticas. Foram observados pequenos aumentos do colesterol total. **POSOLOGIA:** Adultos, incluindo idosos - 1 mg por via oral uma vez ao dia. Insuficiência renal e insuficiência hepática - não se recomenda nenhuma alteração posológica. **ADMINISTRAÇÃO:** Uso oral. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Antes de prescrever, consultar a bula do produto. © Marca Registrada de Zeneca Ltd. Para informações adicionais, consulte o Access net (Serviço de Informação Médica da Zeneca). CPI 9/IF/1022866



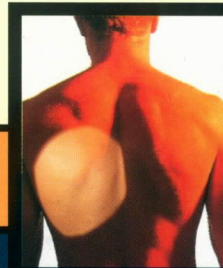
VINO RELBINA

navelbine

Ampliando horizontes em oncologia

Na busca por novos horizontes, a pesquisa oncológica chegou a uma recente conquista: Navelbine, que representa o mais promissor tratamento para câncer de mama e pulmão. Navelbine vem comprovando excelentes taxas de resposta, tanto em monoterapia como em associações. É um tratamento muito bem tolerado, capaz de oferecer uma qualidade de vida superior. Foi o único quimioterápico a obter aprovação do FDA para tratamento de primeira linha em câncer de pulmão, nos últimos 20 anos. E a pesquisa em busca de novas indicações e resultados ainda melhores é incessante e acelerada. A cada novo esquema terapêutico aprovado, novas coordenadas são traçadas. Navelbine vem anunciando uma nova era de grandes descobertas.

Aprovado pelo FDA



Tratamento de 1ª linha

168°

N

C

EDITORIAL

MASTOLOGIA: ESPECIALIDADE DE FATO E DE DIREITO

Henrique Moraes Salvador Silva

ARTIGOS ORIGINAIS

SARCOMA DE MAMA

*Jorge L. N. Saraiva, Nelson Jabour Fiod, Pedro Aurélio O. do Carmo,
Letácio J. S. Freire, Carlos Frederico de F. Lima*

IMPORTÂNCIA SOCIAL E EDUCACIONAL DA CRIAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Olavo Pedroso Cezar Junior, Silvana de Nazaré B. da Costa,
Andrea Boim Ruiz*

CARCINOMA IN SITU DE MAMA: REVISÃO DE CASUÍSTICA

*Lucienne Lima Vianna, Henrique Moraes Salvador Silva,
Maria Letícia Leone Rocha, Bruno Lemos Ferrari,
Jairo Luís Coelho Júnior, José Tadeu Campos de Avelar,
Waldeir José de Almeida Júnior, José Helvécio Kalil de Souza*

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO

RADIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA

Miguel Torres Teixeira Leite, Osvaldo Xavier Gonçalves

PRESERVAÇÃO DO COMPLEXO ARÉOLO-MAMILAR EM FÍSTULA MAMÁRIA – NOVA TÉCNICA CIRÚRGICA DE ABORDAGEM

*Damásio Macedo Trindade, Eunice Beatriz Martin Chaves,
Luciano Hammes*

CONDUTA NAS MAMOGRAFIAS ANORMAIS E LESÕES MAMÁRIAS IMPALPÁVEIS

Alcides Ferreira Santos

RELATOS DE CASO

TUBERCULOSE MAMÁRIA

*Milzen J. L. Giatti, Rogério Bonassi Machado, Cristina Stephan,
Álvaro da Cunha Bastos*

CARCINOMA LOBULAR DE MAMA EM HOMEM

*Júlio Roberto de M. Bernardes Jr., Cláudio Kemp, Afonso Celso Pinto
Nazário, Osvaldo Giannotti Filho, Luiz Henrique Gebrim*