



Ana Lúcia Rodrigues Resende Gomes
Carlos Cunha Gomes
Indelécio Garcia Chaves

LESÕES PALPÁVEIS DA MAMA

Rev bras Mastol 2000; 10 (3): 132-137

*Setor de Mastologia do Serviço de
Ginecologia e Obstetrícia da Universidade
Federal de Minas Gerais (UFMG).*

UNITERMOS

Doenças da mama;
Lesões palpáveis.

Aceito para publicação em janeiro de 2000

RESUMO

O encontro de uma lesão palpável da mama, seja pela paciente ou pelo médico, determina a realização de exames complementares no intuito de esclarecer a sua natureza, se benigna ou maligna. Relatamos a experiência de nosso serviço, no qual as doenças mamárias são responsáveis por cerca de 30% das consultas entre as mulheres que procuram o Ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas da UFMG.

INTRODUÇÃO

As afecções mamárias podem ter origem congênita, inflamatória, traumática, neoplásica ou hormonal, entretanto a etiologia de grande parte dessas doenças é obscura. Não há definição se certas condições são o resultado de infecção, inflamação química, alterações degenerativas da idade ou metaplasia. Há ainda a possibilidade dessas anomalias estarem ligadas a influências genéticas e a agentes infecciosos como vírus¹⁶.

Histologicamente, os tumores malignos e benignos são divididos em epiteliais, mistos e outros, na classificação da Organização Mundial de Saúde, a mais citada na literatura.

A presença de uma lesão palpável da mama determina a necessidade de um adequado diagnóstico para que se possa estabelecer a conduta a ser seguida. O objetivo desse artigo é mostrar parte da experiência por nós acumulada e a conduta adotada, associada à uma revisão da literatura.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O diagnóstico se inicia com uma história clínica cuidadosa que inclua a data de exame, a idade da paciente e a queixa principal. São importantes a data de início, a duração e as características dos sintomas, a presença e

as características da dor e de descarga papilar, se bilateral, espontânea ou provocada, a história familiar, principalmente dos casos de câncer de mama e os antecedentes obstétricos. Estudo caso-controle realizado em nosso serviço demonstrou que a história familiar de câncer de mama e ser nulípara ou ter menos de 6 filhos são os mais importantes fatores de risco em 300 mulheres portadoras de câncer de mama⁹.

O exame físico bem feito é essencial para um correto diagnóstico e a indicação do tratamento apropriado. A presença de nódulos, eritema, edema, retração e ulceração são elementos importantes para o diagnóstico diferencial entre lesões benignas e malignas. A axila e a fossa supra-clavicular poderão ser palpadas com a paciente em pé ou sentada. A grande importância do exame físico completo é reforçar a técnica do auto-exame, já que a maioria dos casos de tumores da mama são encontrados pelas próprias pacientes. É achado usual um espessamento maior do tecido mamário no quadrante súpero-lateral. Na mulher no menacme, a maior parte do tecido mamário se encontra nesse quadrante e ao redor do complexo areolar, aí se localizando a maioria das doenças mamárias. Alguns achados palpatórios, fisiológicos ou não, podem necessitar de reavaliação em outra fase do período menstrual¹³.

A documentação dos achados físicos deve ser cuidadosa, incluindo um diagrama, indicando as características principais como lado acometido, tamanho e condições associadas. O prontuário que utilizamos é único, para doenças benignas e malignas, preenchido em numerais, o que facilita a compilação dos dados para pesquisas.

EXAMES COMPLEMENTARES

Punção-biópsia aspirativa com agulha fina (PAAF)

A PAAF está indicada nos casos de massas mamárias dominantes, não havendo contra-indicações à sua realização. A sensação tátil produzida pela agulha ao atravessar a massa pode trazer informações clínicas. Assim, durante a punção de um cisto, tem-se a impressão de perfurar-se um balão cheio de água. Os tecidos fibrosos e cicatriciais são densos e resistentes. Os fibroadenomas dão a sensação tátil de perfurar uma borracha e seus tecidos tendem a prender-se à agulha de forma que sua retirada exige mais esforço. Os carcinomas, sobretudo os ductais, produzem sensação tátil arenosa, semelhante a “batata crua”. As complicações são raras desde que o local seja compri-

mido¹². A possibilidade de semeadura neoplásica no trajeto da agulha parece ser uma preocupação apenas teórica, uma vez que estudos bem conduzidos não confirmam esse dado, e não há alteração na mamografia, quando os critérios técnicos são respeitados¹². Na Suécia, o índice de acerto das citologias para neoplasias sólidas da mama chega a quase 100%⁶.

Biópsia de fragmento

A biópsia de fragmento ou biópsia percutânea ou *core biopsy* consiste na retirada de cinco a oito fragmentos de uma lesão mamária cuja natureza histológica quer se conhecer. Realizada por uma pistola especial, pode ser dirigida por ultra-som ou estereotaxia¹⁴. Possui especial importância na indicação do tratamento definitivo para as pacientes com diagnóstico de carcinoma de mama. Em uma avaliação de 64 pacientes com nódulos maiores que 1 cm, constatamos 97,6% de sensibilidade e 100% de especificidade para essa amostra, comparada ao exame anátomo-patológico da peça operatória³.

Mamografia e ultra-sonografia

Apesar da mamografia não demonstrar aproximadamente 10% dos cânceres mamários, ela é fundamental no estudo dos demais locais da mama afetada bem como da outra mama, quanto às lesões não palpáveis. As características importantes para as massas sólidas são densidade, tamanho, forma, margens, orientação, localização, presença de halo e calcificação. Dentre as técnicas radiológicas auxiliares disponíveis estão a compressão localizada e a magnificação. As outras incidências, a ultra-sonografia, a tomografia e a ressonância magnética podem ser complementares^{8,11}.

A ultra-sonografia contribui com a mamografia avaliando massas localizadas ou circunscritas, não palpáveis, principalmente nas pacientes jovens. Realizada com um transdutor de arranjo linear, de campo próximo, manual, de 7,5 MHz, pode diferenciar as massas císticas das sólidas com o mesmo grau de confiabilidade observado em relação aos ovários^{8,11}.

TIPOS HISTOLÓGICOS

Tumores malignos

Dentre os tumores malignos de mama, o carcinoma é o mais freqüente. Em 1996, foram diagnosticados

184.300 novos casos nos EUA. A incidência do câncer aumenta com a idade e cerca de 77% dos novos casos ocorrem em mulheres com mais de 50 anos. Toda neoplasia se desenvolvendo em mulheres pós-menopáusicas deve ser vista como suspeita, até prova em contrário. Estudo realizado nessa instituição constatou que a maioria dos casos de câncer de mama encontrava-se em estádios clínicos mais avançados, diminuindo a possibilidade de cura, ao contrário do que ocorre nos países desenvolvidos¹⁰.

Clinicamente, os tumores malignos apresentam importantes características ao exame físico. Geralmente, a consistência tende a ser endurecida, os limites mal definidos, podendo haver acometimento da pele com retrações, edema e até ulcerações. Os tumores malignos palpáveis tendem a ser bem identificados na mamografia sendo em geral representados por um tumor espiculado. Todavia, os tumores bem circunscritos como os carcinomas medulares, mucinosos ou papilares podem ser confundidos com tumores benignos⁸.

As características à ultra-sonografia são ditas primárias e secundárias. As primárias são: massa muito hipoeecóica em relação ao tecido adiposo ou com ecos heterogêneos no interior; contornos irregulares ou borrados; margens geralmente angulares com o diâmetro ântero-posterior maior que os diâmetros longitudinais e transversais, lesão mais alta que larga; parede posterior em geral com atenuação acústica. As características secundárias mostram: invasão da camada anterior da fáscia superficial e do tecido glandular interpretadas por borramento do espaço subcutâneo adiposo adjacente ao tumor; linhas ecogênicas na superfície do tumor por invasão dos ligamentos de Cooper; dilatação ductal por invasão tumoral e espessamento da pele. A dilatação dos linfáticos da derme é encontrada no carcinoma inflamatório. Ainda alguns testes dinâmicos como a não compressibilidade, a persistência da sombra acústica, a imobilidade da massa e do halo. Deverá ser pesquisada a presença de adenomegalia^{8,11}.

Tumores benignos

Fibroadenoma

Constituem os tumores mais comuns da mama, acometendo principalmente mulheres abaixo de 25 anos. Podem ser observados em mulheres menopausadas, mas, nesse grupo etário, o mais provável é que eles tenham surgido antes da menopausa e se tornado visíveis após a instalação desta, devido à involução dos tecidos que o cercam.

O fibroadenoma resulta do crescimento do epitélio e do estroma periductal, consistindo de uma formação nodular, pseudo-encapsulada. A etiologia não é claramente conhecida, no entanto, em função da ocorrência mais freqüente em mulher jovem, atribui-se a sua origem ao estímulo estrogênico. O crescimento, durante a gravidez, a variação de tamanho, durante o ciclo menstrual, e a existência de receptores de estrogênios reforçam essa hipótese. As características muito típicas desse tumor, bem delimitados, indolores, móveis e de contornos arredondados ou lobulados, tornam o diagnóstico essencialmente clínico. Frequentemente são únicos, porém, em 15% dos casos, surgem múltiplos na mesma mama ou mesmo bilaterais. Embora ocasionalmente alcancem grandes volumes, na maioria das vezes o seu diâmetro se situa entre 2 cm e 4 cm. Aparecem à mamografia como massas bem definidas, arredondadas ou ovaladas e de densidade intermediária. Em mamas muito densas, podem apresentar um halo luzente e também diversos tipos de calcificações. Nas jovens, a sua visibilização é dificultada devido à radiosensibilidade semelhante entre o fibroadenoma e o parênquima mamário. À ultra-sonografia apresentam-se como imagens nodulares hipoeecogênicas de limites nítidos e regulares, podendo, às vezes, ser indistinguíveis de uma neoplasia maligna. Em 92% dos casos tem ecos internos e mais de 70% deles tem ecotextura homogênea. A transmissão retrotumoral pode ser isoeecóica, levemente reforçada ou atenuada. Em geral, não se deformam à compressão e também não evidenciam alterações do seu padrão ecogênico interno^{1,4,15}.

Uma vez que não tendem a regredir espontaneamente e podem aumentar de volume com o passar do tempo, a excisão simples é o tratamento de escolha. Os fibroadenomas muito pequenos, perceptíveis apenas ao exame mamográfico, podem, por vezes, ser observados sem a necessidade de retirá-los dependendo de sua duração clínica. Em pacientes com idade inferior a 20 anos admite-se a simples observação periódica, postergando-se a decisão cirúrgica, a ser discutida entre o médico e sua paciente, uma vez que a transformação maligna é extremamente rara e nunca ocorre antes dessa idade. Um tipo especial é o fibroadenoma juvenil que ocorre na puberdade, crescendo rapidamente, deformando a mama, podendo ser confundido com tumores ou com hipertrofia virginal.

Cistossarcoma Phyllodes

Embora consagrada pelo uso a denominação é inadequada. A denominação foi adotada devido ao aspecto macroscópico do tumor, ao ser descrito, em 1838, por Müller, na Alemanha. Cisto em *phyllodes*, que significa folha em grego, pelas projeções em forma de folhas no

interior de cavidades císticas observadas nessa neoplasia. O termo sarcoma foi utilizado para demonstrar o aspecto carnososo do tumor, já que Müeller sabia tratar-se de tumor benigno. Mais recentemente, a OMS propôs o termo fibroadenoma hiper celular em função da intensa celularidade do conjunto.

Neoplasia rara, de origem histológica mista epitelial e conjuntiva, como o fibroadenoma comum. Corresponde a menos de 5% de todos os fibroadenomas e a menos de 1% de todos os tumores da mama. Incide mais freqüentemente em torno da quinta década de vida, sendo assintomáticos no início, podendo tornar-se dolorosos quando o crescimento é importante. Em alguns casos atingem proporções inusitadas, deformando a mama⁵.

Aparecem como lesões arredondadas ou ovaladas e de margens lisas, circunscritas, podendo ser multilobuladas, tanto à mamografia quanto à ultra-sonografia. O padrão ecogênico pode ser homogêneo ou heterogêneo e à compressão não há alteração de forma. A intensidade da atenuação retrotumoral é variável.

É o tumor benigno da mama com maior potencial de malignização (cerca de 17% a 27%). O tratamento é eminentemente cirúrgico com margens cirúrgicas amplas; em casos que atinge grandes dimensões, pode ser necessária a mastectomia subcutânea, com inclusão de prótese de silicone, ou a mastectomia simples quando acomete toda a mama.

Macrocistos

Os cistos macroscópicos, ou macrocistos, são com os fibroadenomas a causa mais comum de nódulos dominantes mamários. Podem ocorrer em mulheres jovens, mas são mais comuns na faixa etária entre 35 a 50 anos. Após a menopausa, quando a maioria desaparece, poderá desenvolver-se ocasionalmente, sobretudo com o uso da terapia de reposição estrogênica.

A consistência depende da pressão do líquido contido no interior e da quantidade de tecido mamário normal circundante. São flutuantes e de consistência amolecida, quando a pressão é baixa, ou podem ser percebidos como tumores sólidos, quando tensos e profundos. Geralmente são isolados e únicos, às vezes, múltiplos, de aparecimento súbito ou de forma gradual, podendo desaparecer tão rapidamente quanto surgiram. A dor localizada é a principal queixa em cistos de crescimento rápido, decorrente da distensão dos tecidos vizinhos ou do escape de líquido para os tecidos circun-jacentes, causando uma reação inflamatória estéril. As

descargas papilares associadas a cistos macroscópicos são pouco comuns.

Aparecem à mamografia como nódulos ovalados ou arredondados, densidade alta, delimitados e de bordas lisas. Ocasionalmente o líquido pode conter calcificações e à mamografia, quando realizada posição ortostática, pode apresentar o aspecto característico de “xícara de chá”. O diagnóstico definitivo é realizado pela ultra-sonografia, com visibilização de imagem anecóica, margens lisas e demarcadas, reforço acústico posterior, podendo ser visível também o sombreamento bilateral das bordas.

A retirada completa do líquido do interior poderá ser não apenas diagnóstica como terapêutica. A área deverá ser palpada após a aspiração do conteúdo, para se verificar a existência de tumores residuais ou subjacentes. A citologia do líquido não é considerada um procedimento custo-eficaz e, apenas raramente, no caso de ser hemorrágica, tem algum valor clínico. Mesmo quando existe um carcinoma intracístico, raramente a citologia consegue definir o diagnóstico.

A ressecção está indicada nas seguintes situações: citologia suspeita, tumor residual após punção, cistos recidivantes e gigantes com mais de 50 ml de líquido. A incidência de carcinomas intracísticos está em torno de 1/1.000 cistos palpáveis, mas a relação dos macrocistos com o câncer é controversa.

Cisto sebáceo

Cisto de inclusão intracutânea, bem demarcado, contíguo à pele e possuindo aspecto mamográfico tipicamente benigno, podendo ocorrer calcificação. Surgem, à ultra-sonografia, como tumores superficiais, bem demarcados e de margens lisas, contendo ecos em seu interior. Podem ou não ter transmissão acústica. A conduta é a exérese cirúrgica.

Lipoma

É uma neoplasia benigna do tecido adiposo, de consistência macia e grande mobilidade. À mamografia apresentam uma cápsula fina, podendo deslocar o tecido mamário normal quando atingem grandes proporções. À ultra-sonografia, aparecem como tumor de densidade adiposa com reforço acústico posterior, ecos internos homogêneos e margens lisas demarcadas. À compressão, a forma desses tumores se altera e o padrão ecogênico interno se torna mais homogêneo. Deve ser feito o diagnóstico diferencial com certas neoplasias que apresentam consistência amolecida, como o sarcoma. O tratamento é a exérese cirúrgica.

Fibroadenolipomas ou hamartomas

São tumores histologicamente benignos e bem circunscritos que não possuem uma cápsula verdadeira e que se compõem de quantidades variáveis de gordura e de tecidos glandulares e conjuntivos fibrosos. Estas lesões são raras. Na mamografia surgem como tumores bem definidos, compostos por quantidades variáveis de gordura e tecido glandular e com diâmetros máximos de 15 cm. Na sua visibilização mamográfica, há densidades muito baixas (gordura) até muito altas (parênquima)⁸. Evans encontrou 8 casos em 8 mil mamografias realizadas⁸.

Galactocele

Uma galactocele significa um cisto cheio de leite, provavelmente formado pela superdistensão de um ducto lactífero. Quase sempre se apresenta como um tumor mamário firme e indolor, localizado com maior frequência nos quadrantes superiores além dos limites da aréola. As galactoceles surgem em mulheres jovens, logo após lactação e contêm leite no seu interior. Costumam ser pequenas, arredondadas e subareolares aparentando-se, na mamografia, como tumores radioluzentes em uma mama lactante de alta densidade. A ultra-sonografia revela tumor anecóico de limites nítidos, sem reforço posterior^{8,11}. A compressão pode alterar a forma do tumor. A aspiração diagnóstica costuma ser curativa. Após a aspiração é comum recomendar-se bolsas de gelo nas áreas circunjacentes à lesão. Alguns casos raros necessitam de até quatro punções, mas a cirurgia raramente é necessária.

Tumores raros

Tumores de células granulares. Quando presentes, simulam carcinoma clínica e radiologicamente. Ocorrem durante menacme, implicando hormônios na sua etiopatogenia, sendo mais comuns em negras e nos quadrantes súpero-mediais. Histologicamente, são iguais aos de outros sítios, sendo a característica predominante a granulosidade do citoplasma. Acreditava-se que a origem era miogênica, entretanto, hoje, admite-se a origem neurogênica.

Hemangiomas. Raros, geralmente achados incidentalmente, não originando tumor. A importância se resume na diferenciação com o angiossarcoma.

Leiomiomas. Geralmente são vistos na região areolar e raramente ocorrem no parênquima mamário.

Mioepiteliomas. A célula mioepitelial é contrátil, localizada entre a lâmina basal e o epitélio ductal ou acinar. São raros.

Fibromatose. Na literatura, há cerca de 30 casos relatados. Em geral, simulam fibromatose de outros sítios como os tumores dermóides da cavidade abdominal e são caracterizados por uma proliferação invasiva, não encapsulada de fibroblastos bem diferenciados. Esses tumores não se metastatizam, mas têm alta capacidade de recorrência. Radiologicamente, podem simular carcinoma.

Tratamento cirúrgico dos tumores benignos

A cirurgia dos tumores mamários tem uma particularidade importante: a necessidade de atenção ao aspecto estético. A incisão deve ser preferencialmente arciforme, evitando a radiada, deve acompanhar as linhas dinâmicas de Langerhans, que, na mama, são concentricamente circulares em torno da aréola e do mamilo⁷. De acordo com a localização do tumor, quatro vias de acesso podem ser utilizadas: periareolar, axilar, inframamária, para-areolar. A anestesia geral raramente é necessária, podendo-se empregar a infiltração local com lidocaína ou o bloqueio intercostal.

O aspecto psicológico, além do estético, da portadora de tumor da mama deve merecer especial atenção. Essas pacientes temem o câncer e portanto é necessário amenizar a ansiedade.

CONCLUSÃO

Um tumor mamário palpável e persistente exige investigação. A mamografia isolada não descarta a possibilidade da lesão ser maligna em pacientes com tumores palpáveis. A ultra-sonografia mamária ou a mamografia ampliada da área que contém o tumor podem fornecer informações adicionais e identificar estruturas císticas ou variáveis da arquitetura mamária normal, responsáveis pela alteração palpatória.

Sempre que os resultados forem concordantes, a tríade diagnóstica, o exame clínico, a PAAF e a mamografia, tem condições de estabelecer um diagnóstico clínico bastante confiável. A maioria das doenças benignas da mama pode ser adequadamente investigada apenas com o auxílio dessa tríade, permitindo o acompanhamento e o tratamento futuro de forma confiável. A biópsia de fragmento tem suas indicações nos casos em que se deseja esclarecer a natureza da lesão. No entanto, em caso de nódulo dominante, sempre que alguma dúvida permanecer no diagnóstico, ou caso o médico ou a paciente estejam inseguros ou ansiosos em relação à tríade diagnóstica, será preciso proceder a uma biópsia a céu aberto para o estabelecimento do quadro histopatológico exato.

KEYWORDS

Breast diseases;
Palpable lesions.

ABSTRACT

PALPABLE BREAST LESIONS

The clinical finding of a palpable breast lesion by the physician or even by the patient, will determine complementary exams in order to identify if the lesion is benign or malign. This study describes the experience in a Breast Clinic with this kind of lesion. Breast diseases are responsible for 30% of appointments among women at gynecological clinic of Clinical Hospital of UFMG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARCURI RA, ALVES EC, CASTRO AAOL. Patologia das lesões benignas da mama. In: Franco JM. Mastologia. Formação do especialista. Rio de Janeiro: Atheneu. 1999; 50-7.
2. BERG JW, ROBBINS GF. A late look of the safety of aspiration cytology. Cancer 1962; 15: 826-7.
3. CANÇADO AV. Análise da validade da biópsia de fragmento guiada por ultra-som no pré-operatório de pacientes com suspeita clínica de câncer de mama. Belo Horizonte: 1998. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
4. CHAGAS CA, SOARES A, PEREIRA AS, LUNA M, OLIVEIRA C. Conduta para os nódulos mamários. Femina 1999; 27: 195-202.
5. DECKES PJ, RICCI A. Pain and lumps in the female breast. Hosp Practice 1992; 28: 67-94.
6. DIXON JM, ANDERSON TJ, LAMB BJ. Fine needle aspiration cytology in relationship to clinical examinations and mammography in the diagnosis of a solid breast mass. Br J Surg 1984; 71: 593-6.
7. DUDA RB. Indicações e técnicas de biópsia da mama. In: Ariel IM, Cahan AC. Tratamento das lesões pré-malignas e do carcinoma inicial da mama. Rio de Janeiro: Revinter. 1994; 73-81.
8. EVANS WP. Breast masses. Radiol Clin N Am 1995; 33: 1085-99.
9. GOMES ALRR, GUIMARÃES MDC, GOMES CC, CHAVES IG, GOBBI H, CAMARGOS AFC. A case-control study of risk factors for breast cancer in Brazil, 1978-1987. Int J Epidemiol 1995; 24: 292-9.
10. GOMES ALRR, GUIMARÃES MDC, GOMES CC, CHAVES IG, GOBBI H, CAMARGOS AFC. Avaliação anatomopatológica e clínica de 300 casos de câncer de mama. Ars Cv 1999; 5: 3-10.
11. HALL FM. Probably benign breast nodules: follow-up of selected cases without initial full problem solving imaging. Radiology 1995; 194: 305.
12. HINDLE WH. Tratamento atual das doenças da mama. Avaliação diagnóstica. Clin Obstet Ginecol Am N 1994; 4: 509-27.
13. MARCHANT DJ. Tratamento atual das doenças da mama. Clin Obstet Ginecol Am N 1994; 3: 497-559.
14. PARKER SP. A practical approach to minimally invasive breast biopsy. Radiology 1996; 200: 11-20.
15. SILVA SZC. Doenças benignas da mama. In: Chaves IG. Mastologia. Rio de Janeiro: Medsi. 1999; 39-83.
16. SMALLWOOD JA. The normal breast. In: Smallwood JA, Taylor I. Benign breast disease. London: British Library. 1990; 1-12.

Endereço para correspondência:

Ana Lúcia Rodrigues Resende Gomes
Rua José Joaquim Queiróz Júnior, 577 – Centro
Caixa Postal 325 – 36400-000
Conselheiro Lafaiete, MG
E-mail: gomes@utranet.com.br