

ADENOSE ESCLEROSANTE: CAUSA DE MASTALGIA ASSOCIADA A AUMENTO DO VOLUME MAMÁRIO UNILATERAL

Mama

Dados do Caso

Data submissão:	25/01/2020
Data publicação:	25/05/2020
Seção :	Selecionado
Tipo de Caso :	Tipo Caso 1
Autor:	Matheus L. Repolês - Hospital das Clínicas da FMRP-USP Tatiane Mendes G de Oliveira - Hospital das Clínicas da FMRP-USP
Autor correspondente:	-
Dados do paciente :	Feminino , 25 anos
Palavras-Chave :	Doença da Mama Fibrocística, Neoplasias da Mama, Mamografia, Ultrassonografia Mamária
URL:	http://bradcasesold.brad.org.br/pt/Cases/CaseDetails/41
Link do Abstract no PUBMED:	
DOI :	Ahead of DOI

Resumo

Descreve-se a investigação de um caso de mastalgia e aumento de volume mamário, em paciente jovem, cujo diagnóstico final foi de adenose esclerosante.

Histórico Clínico

Paciente feminina, 25 anos, com aumento de volume da mama esquerda e mastalgia há 18 meses. Negava história familiar de neoplasia de mama ou ovário. O exame físico revelava mamas assimétricas, maior à esquerda, com área endurecida nos quadrantes laterais, sem sinais flogísticos ou linfonodopatia axilar.

Achados Radiológicos

A mamografia bilateral nas incidências craniocaudal e mediolateral-oblíqua revelou assimetria global do parênquima e aumento de volume da mama esquerda (Figura 1). A ultrassonografia mostrou alteração difusa da ecotextura do parênquima com áreas hipoecóicas confluentes à esquerda, sem delimitação de nódulos (Figura 2). A ressonância magnética das mamas evidenciou realce não nodular heterogêneo, difuso, com curva cinética em platô à esquerda sem outros achados secundários (Figura 3). Foi realizada biópsia percutânea, seguida de biópsia cirúrgica, ambas com análise histológica e imunohistoquímica, que ratificaram o diagnóstico final de adenose esclerosante (AE) (Figura 4). Estabilidade de 3 anos foi confirmada no seguimento clínico e por imagem.

Discussão

A AE é uma lesão proliferativa benigna da unidade ducto-lobular terminal, fazendo parte do grande espectro das alterações fibrocísticas mamárias. É caracterizada por aumento do número de ácinos (preservação das células mioepiteliais), que são envolvidos/obliterados por esclerose estromal (1). Embora, na maioria das vezes, haja preservação da arquitetura do lóbulo mamário, pode apresentar padrão invasivo e expansivo, mimetizando neoplasia. Também é conhecida sua associação periférica com hiperplasia ductal atípica, carcinoma in situ e invasivo. Mais comum em mulheres na perimenopausa se relacionando a discreto aumento no risco de câncer de mama, pelo aumento da expressão de receptores de estrogênio e de genes como o Ki67, ambos relacionados à proliferação celular (2). Na maioria das vezes é representada por nódulo, com margens indistintas/ espiculadas ou assimetria focal. Mas em até 40% dos casos aparece como calcificações amorfas, pleomórficas finas ou puntiformes. No caso descrito, a AE mostrou-se difusa e extensa, com crescimento rápido, um aspecto pouco comum mesmo para essa patologia com apresentação tão variável. O diagnóstico final da AE é histopatológico e também pode ser um desafio para o patologista. A marcação imunohistoquímica para actina de músculo liso contribuir para identificação das células mioepiteliais, presentes na AE, ajudando na diferenciação com carcinoma invasivo, principalmente o tubular. Quando há discordância entre apresentação clínica e por imagem ou dúvida na análise histológica, a biópsia cirúrgica deve ser realizada (3).

Lista de Diferenciais

- Adenose esclerosante
- Carcinoma invasivo da mama

Diagnóstico

- Adenose esclerosante

Aprendizado

Esta é uma apresentação atípica de AE. Na maioria das vezes a AE é representada por nódulo, com margens indistintas/ espiculadas ou assimetria focal. Em alguns casos, apresenta-se como calcificações amorfas, pleomórficas finas ou puntiformes. A forma difusa e extensa, é aspecto pouco comum, mesmo para esta condição com apresentação tão proteiforme.

Referências

- 1. Gill HK, Ioffe OB, Berg WA. When Is a Diagnosis of Sclerosing Adenosis Acceptable at Core Biopsy? *Radiology* 2003, 228(1), 50–57
- 2. Visscher DW, Nassar A, Degnim AC et al. Sclerosing adenosis and risk of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2014, 144(1), 205–212
- 3. Cucci E, Santoro A, Di Gesù C, Di Cerce R, Sallustio G. Sclerosing Adenosis of the Breast: Report of Two Cases and Review of the Literature. *Polish Journal of Radiology* 2015; 80:122–127

Imagens

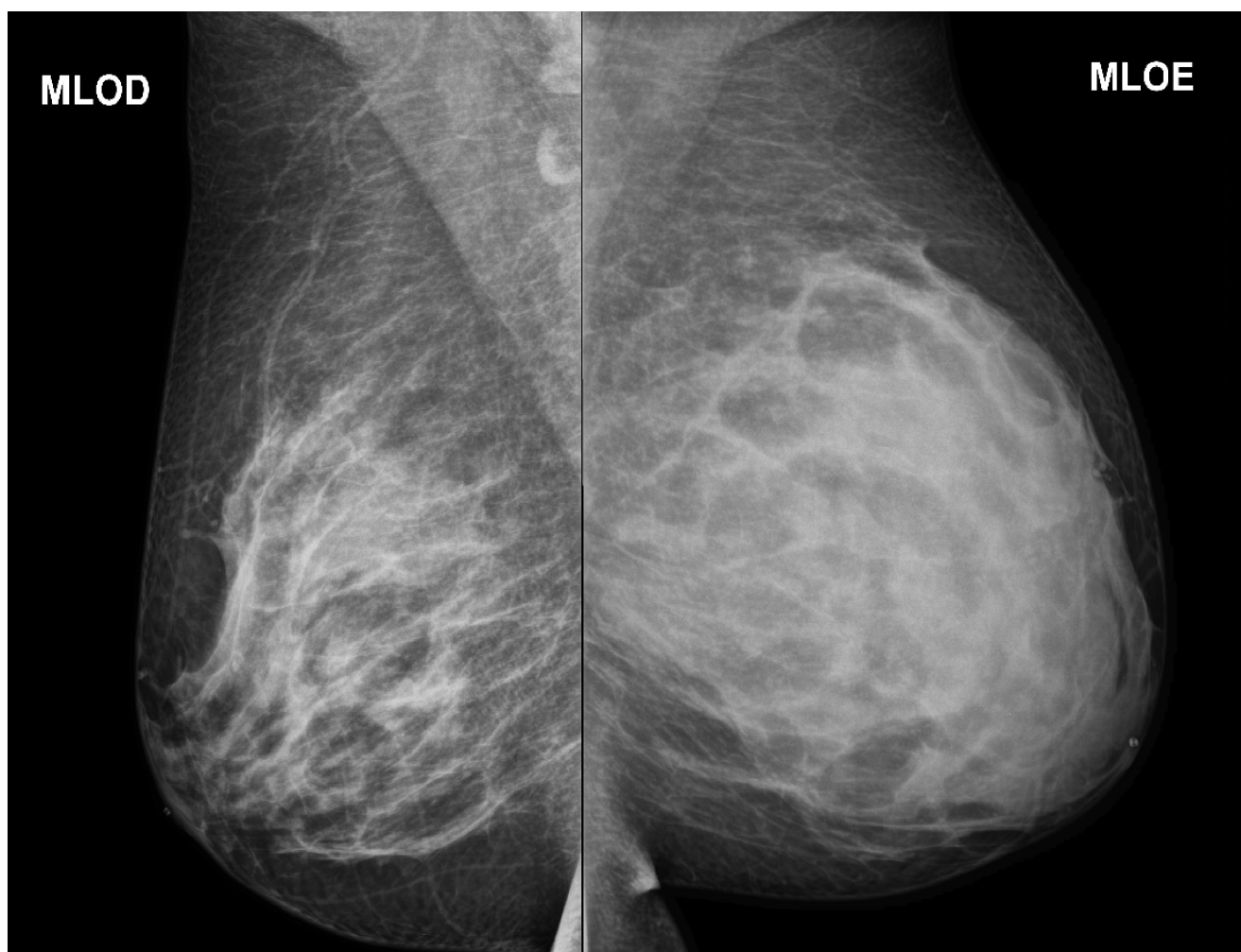


Fig. 1 Mamografia digital diagnóstica em incidência mediolateral oblíqua evidenciando assimetria global e aumento de volume na mama esquerda.

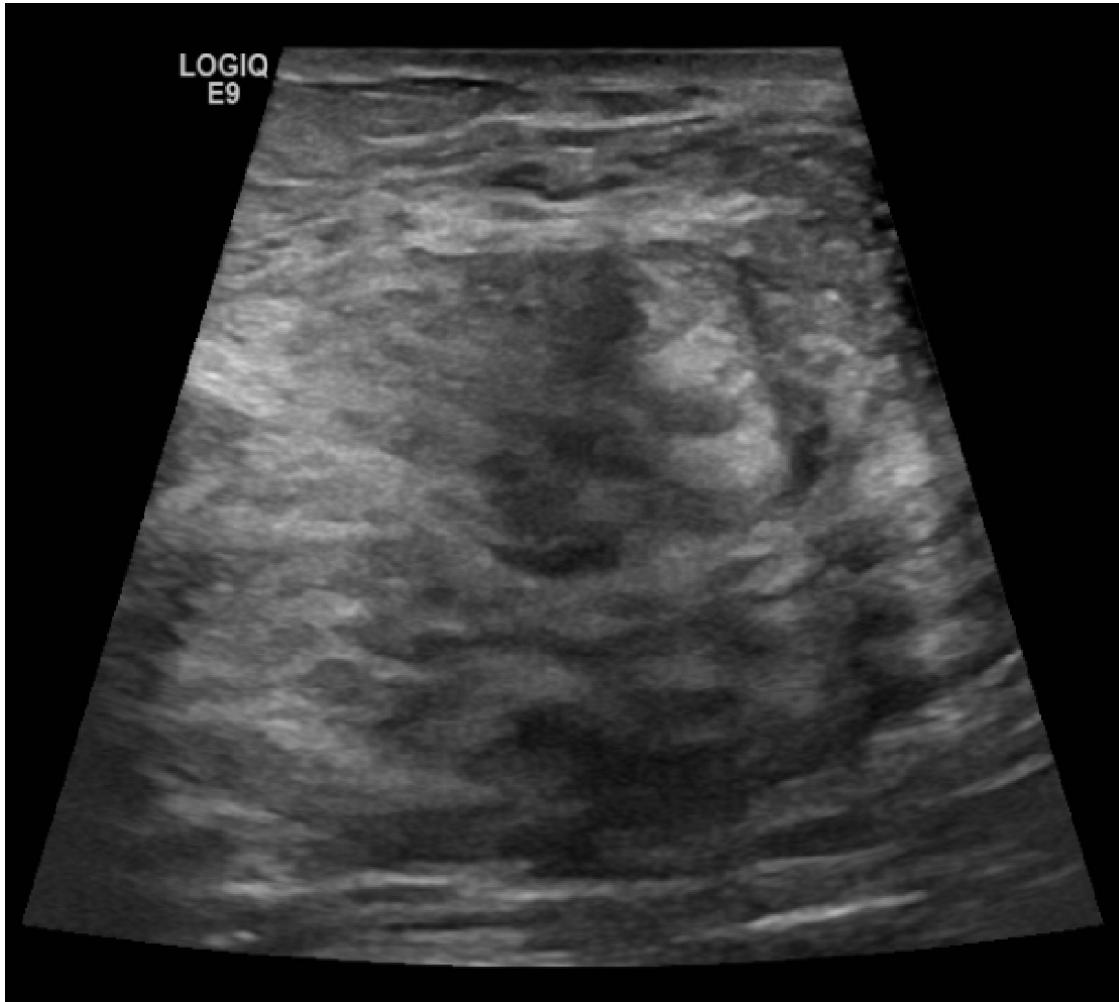


Fig. 2. Imagens de ultrassonografia de mamas. (A) Mama esquerda evidenciando alteração difusa da ecotextura do parênquima, sem definição de nódulos. (B) comparação da ecotextura do parênquima mamário direito e esquerdo.

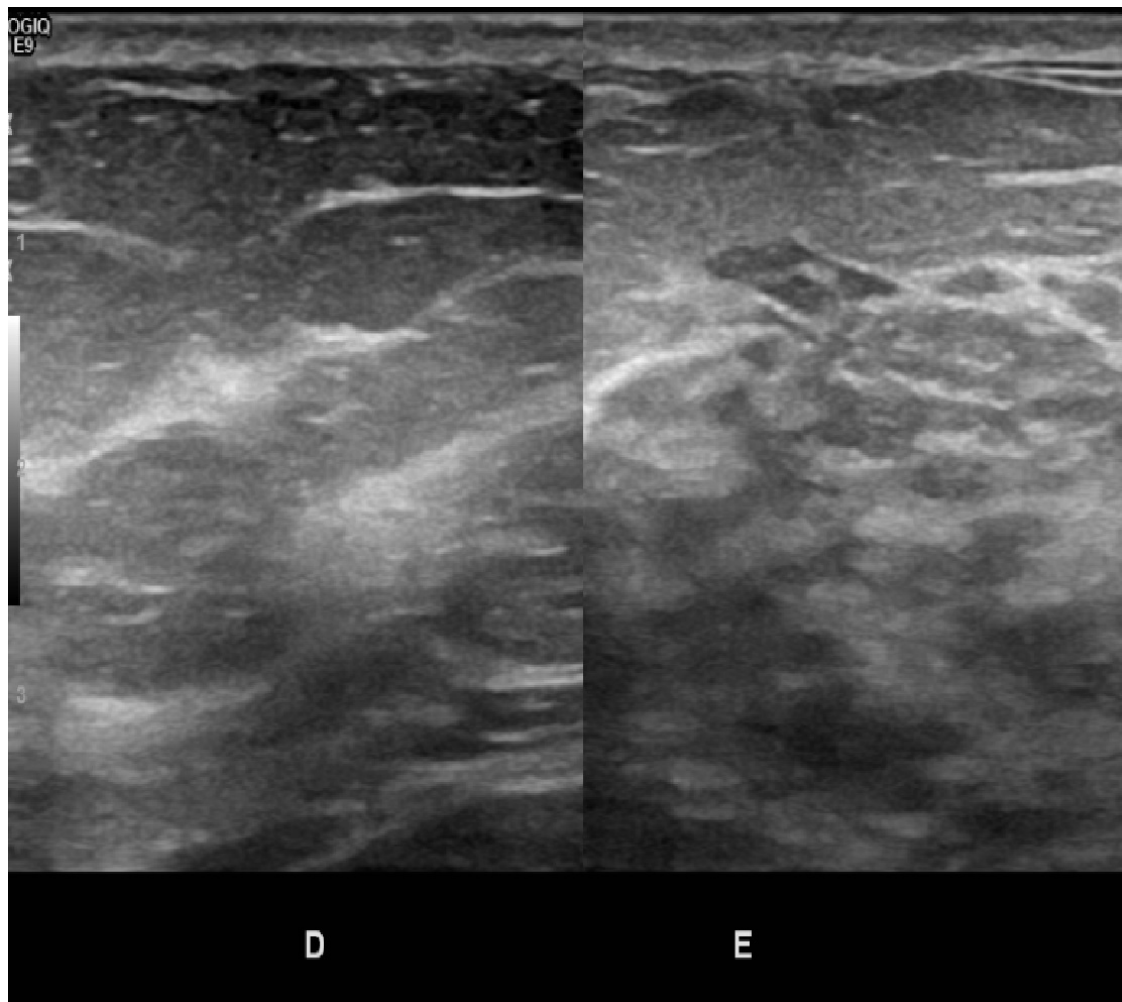


Fig. 2. Imagens de ultrassonografia de mamas. (A) Mama esquerda evidenciando alteração difusa da ecotextura do parênquima, sem definição de nódulos. (B) comparação da ecotextura do parênquima mamário direito e esquerdo.

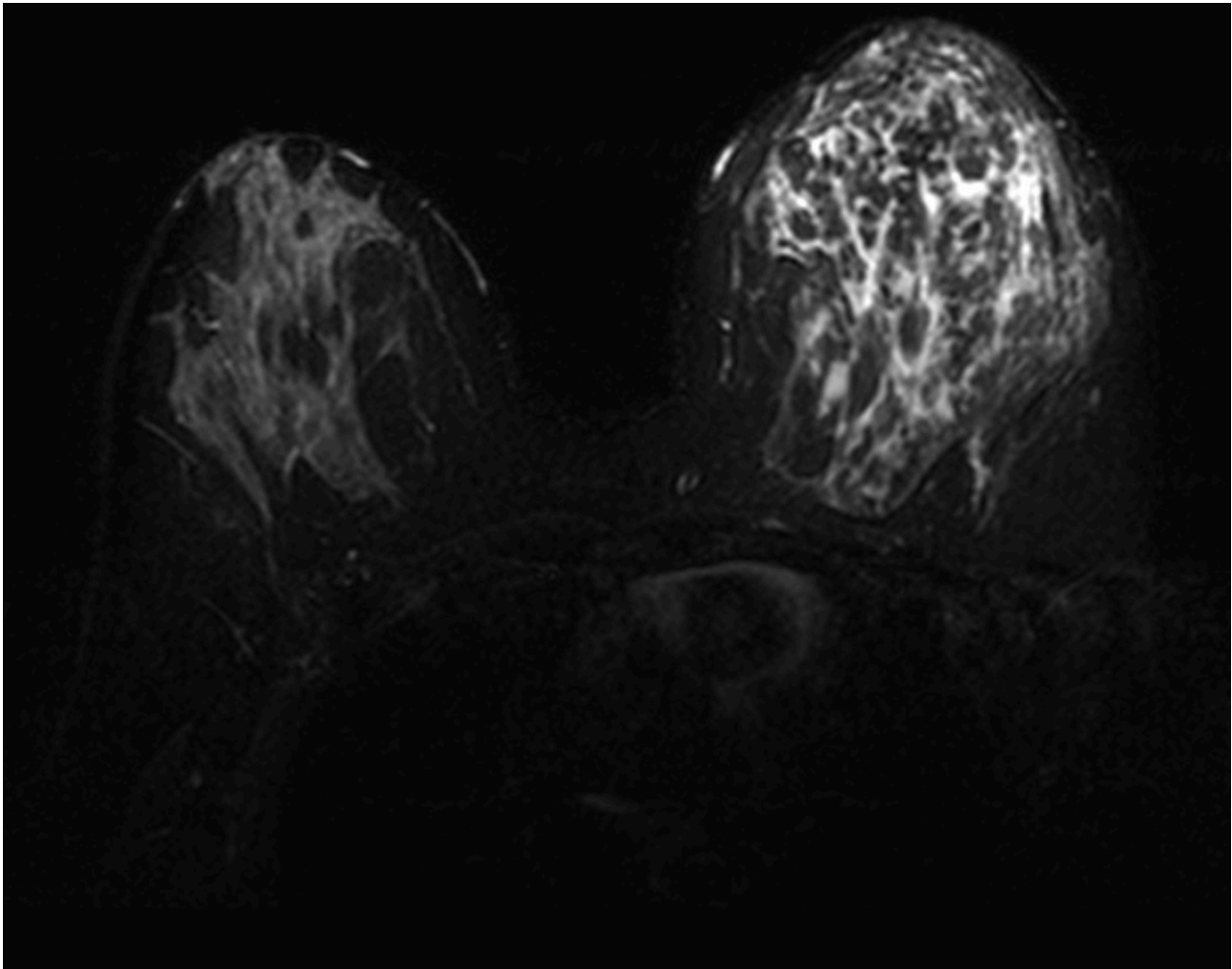


Fig. 3. Imagens de ressonância (A) Axial T2 fat sat evidencia mamas extremamente fibroglandulares, com aumento do volume mamário à esquerda. (B) Axial T1 fat sat após contraste dinâmico 1ºmin e (C) com subtração notando-se realce não-nodular heterogêneo e difuso à esquerda.

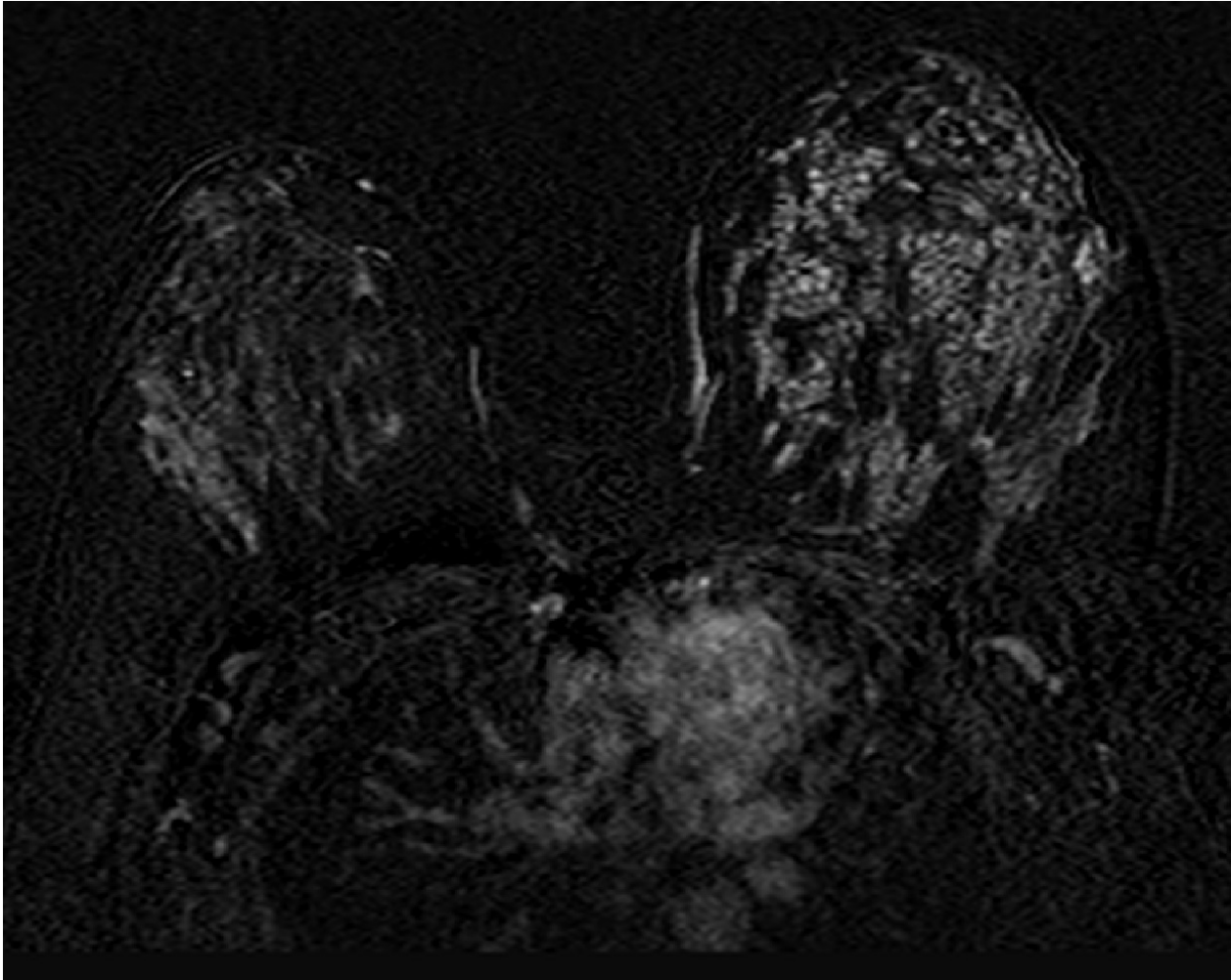


Fig. 3. Imagens de ressonância (A) Axial T2 fat sat evidencia mamas extremamente fibroglandulares, com aumento do volume mamário à esquerda. (B) AxialT1 fat sat após contraste dinâmico 1ºmin e (C) com subtração notando-se realce não-nodular heterogêneo e difuso à esquerda.

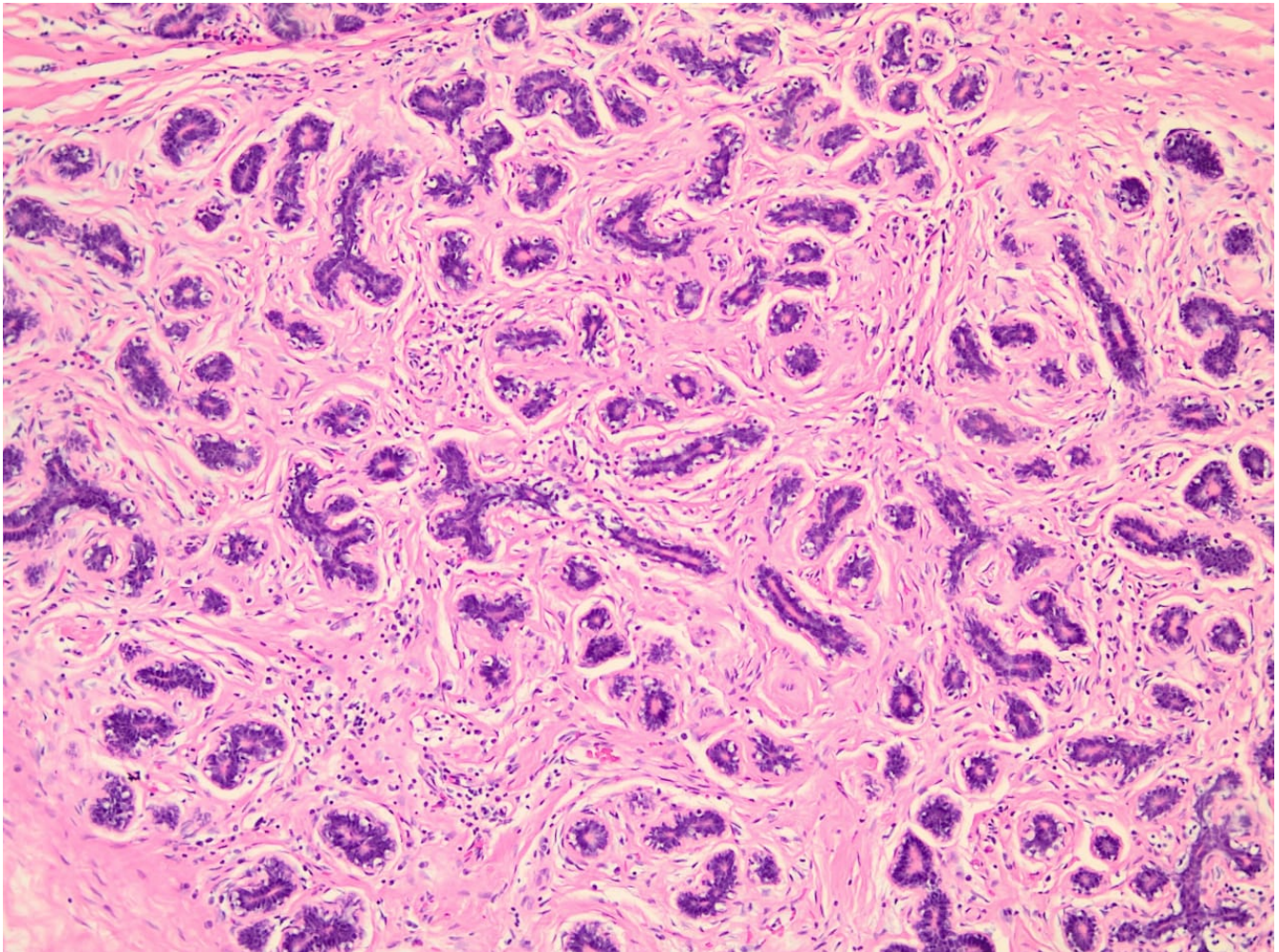


Fig. 4: tecido mamário corado em hematoxilina e eosina mostrando aumento do número de ácinos (cabeça de seta) e esclerose estromal (asterisco).

Vídeos

Nenhum resultado encontrado