

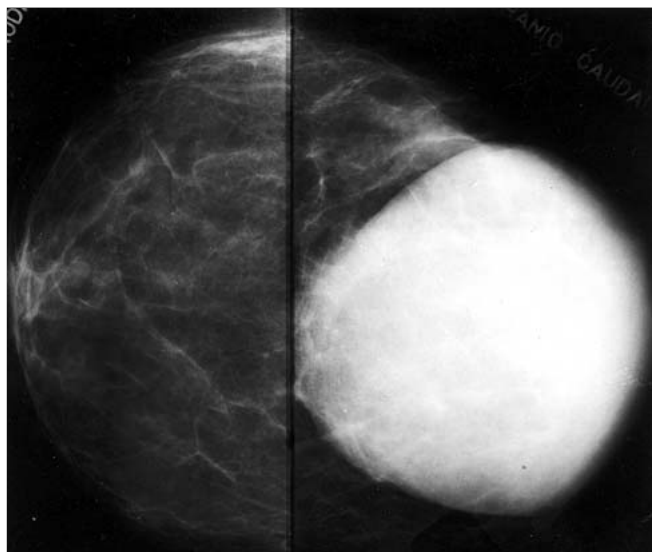
QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Lauro César Maito Filho¹, Simone Caetano², João Saldanha³, Ana Lúcia Kefalas O. Melo⁴

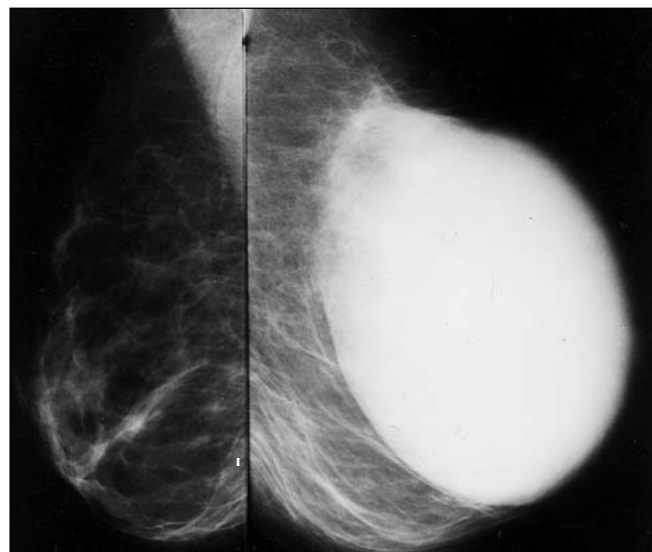
1. Acadêmico de Medicina do VIII Período da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), Uberaba, MG. 2. Acadêmica de Medicina do X Período da FMTM. 3. Médico Patologista da FMTM. 4. Professora Adjunta da Disciplina de Imagenologia da FMTM. Endereço para correspondência: Profa. Dra. Ana Lúcia Kefalas O. Melo. Rua Santo Antônio, 15, Centro. Uberaba, MG, 38010-140.

Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, referindo tumoração na mama esquerda há dois anos, com crescimento progressivo, sem dor ou descarga papilar. Ao exame físico,

apresentava mamas assimétricas, com mama esquerda maior que a mama direita e tumoração na mama esquerda, de consistência fibroelástica, ocupando quase toda a mama.



A



B

Figura 1. Mamografia bilateral crânio-caudal (A) e oblíquas (B).



Figura 2. Ultra-som da mama esquerda.

Análise das imagens

A mamografia (Figura 1) demonstra nódulo com radiodensidade maior que a do parênquima, parcialmente circunscrito, ocupando quase a totalidade da mama esquerda, com macrocalcificação única no seu interior, medindo 11,5 × 11,0 cm. A ultra-sonografia (Figura 2) evidencia imagem sólida hipoeecóica heterogênea, com área cística central e discreto reforço acústico posterior, medindo 10,4 × 10,3 cm.

Diagnóstico: Após a exérese da tumoração, o diagnóstico histológico foi de hiperplasia pseudo-angiomatosa do estroma mamário.

COMENTÁRIOS

De acordo com Ibrahim *et al.*⁽¹⁾, a hiperplasia estromal pseudo-angiomatosa (PASH) é uma entidade clínico-patológica, variando de achados microscópicos incidentais focais até massa clínica e mamograficamente evidente.

No estudo de Ibrahim *et al.*⁽¹⁾, de 200 espécimes de mama avaliados consecutivamente, 46 casos (23%) demonstraram este achado à histologia. Em contraste, a forma tumoral da PASH é rara, com somente 71 casos relatados previamente na literatura⁽¹⁻⁶⁾.

Na revisão feita por Polger *et al.*⁽²⁾, foram analisadas sete pacientes com pseudo-angiomatose de mama biopsiadas: seis pacientes estavam na pré-menopausa e uma estava na pós-menopausa, fazendo terapia de reposição hormonal. As sete pacientes apresentavam massa ou massas visíveis à mamografia, três das quais eram palpáveis. As massas mediam de 1,1 a 11 cm. Em três pacientes as bordas das lesões eram bem circunscritas, em duas eram parcialmente circunscritas e em duas as bordas eram indistintas. Apenas uma das lesões tinha borda lobulada. A característica mamográfica mais comum na PASH foi de massa circunscrita ou parcialmente cir-

cunscrita, revelando, ao ultra-som, massa hipoeecóica, levemente heterogênea. Em outros estudos, como os de Cohen *et al.*⁽³⁾ e Powell *et al.*⁽⁴⁾, mamograficamente as massas com o diagnóstico de PASH são, usualmente, não calcificadas e de aparência bem circunscrita ou parcialmente circunscrita. Bordas obscuras ou indistintas também têm sido descritas. Ao ultra-som, essas massas são vistas como massas sólidas hipoeecóicas, levemente heterogêneas, segundo a ecotextura. Um componente cístico foi relatado em um caso, semelhante ao apresentado no presente estudo⁽²⁾.

Uma característica importante da pseudo-angiomatose é que ela apresenta crescimento ao longo do tempo; além disso, pode ocorrer recorrência após biópsia excisional. No entanto, segundo Polger *et al.*⁽²⁾, “a pseudo-angiomatose de mama não está associada com malignidade nem é considerada pré-maligna”. Em análises histológicas, segundo Vuitch *et al.*⁽⁵⁾, este tumor benigno do estroma mamário tem “característica padrão de miofibroblastos proliferativos que formam fendas”. Acredita-se que os miofibroblastos têm reação aberrante aos hormônios (particularmente à progesterona), que começa com acentuada alteração mamária focal, que é fisiológica durante o ciclo menstrual. Fatores hormonais contribuem, provavelmente, para a PASH de mama, já que a idade média das pacientes com esta entidade tem sido relatada como sendo de 40 anos. Segundo Anderson *et al.*⁽⁷⁾, a PASH de mama pode ocorrer em pacientes na pós-menopausa que estejam fazendo terapia de reposição hormonal.

O mais importante diagnóstico diferencial considerado pelos patologistas é o angiossarcoma de baixo grau. As células do estroma da pseudo-angiomatose usualmente têm núcleos de aparência benigna, em contraste à aparência altamente atípica das células endoteliais de um angiossarcoma⁽⁶⁾. Quanto aos diag-

nósticos diferenciais clínicos, mamográficos, ultra-sonográficos e histológicos, a PASH de mama também pode ser confundida com o tumor filóide e com o fibroadenoma⁽⁶⁾.

Quanto ao diagnóstico histológico definitivo, é possível ser realizado por biópsia excisional ou por “core”-biópsia. No estudo de Cohen *et al.*⁽³⁾, quatro dos sete casos foram diagnosticados histologicamente através da “core”-biópsia, indicando que, se os achados de imagem forem consistentes com a PASH de mama, a confirmação com biópsia cirúrgica não é necessária. Uma opção é o acompanhamento mamográfico, e se há mais tumor crescendo a biópsia cirúrgica pode então ser feita.

É importante que os radiologistas estejam atentos a essa entidade para sugerir o seu diagnóstico. O radiologista também deve estar atento para o fato de que a lesão não é maligna, mas tem propensão para crescer ao longo do tempo e apresentar recorrência local.

REFERÊNCIAS

1. Ibrahim RE, Sciotto CG, Weidner N. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma: some observations regarding its clinicopathologic spectrum. *Cancer* 1989;63:1154-60.
2. Polger MR, Denison CM, Lester S, Meyer JE. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic and sonographic appearances. *AJR* 1996; 166:349-52.
3. Cohen MA, Morris EA, Rosen PP, Dershaw DD, Liberman L, Abramson AF. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic, sonographic, and clinical patterns. *Radiology* 1996;198:117-20.
4. Powell CM, Cranor ML, Rosen PP. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH): a mammary stromal tumor with myofibroblastic differentiation. *Am J Surg Pathol* 1995;19:270-7.
5. Vuitch MF, Rosen PP, Erlanson RA. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. *Hum Pathol* 1986;17:185-91.
6. Cyrlak D, Carpenter PM. Breast imaging case of the day. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia. *RadioGraphics* 1999;19:1086-8.
7. Anderson C, Ricci A Jr, Pedersen CA, Cartun RW. Immunocytochemical analysis of estrogen and progesterone receptors in benign stromal lesions of the breast: evidence for hormonal etiology in pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. *Am J Surg Pathol* 1991;15:145-9.