

Necrose gordurosa multinodular mamária

Diagnóstico diferencial com o carcinoma da mama através da citologia por punção aspirativa¹

Lucio Luzzatto, Newton Brücker, Luiz Osório Aguiar, Marta Recktenvald, Hugo Müller

Resumo

A necrose gordurosa da mama é um processo de desintegração de células adiposas, acompanhado de uma reação granulomatosa de intensidade variável. É decorrente do reconhecimento de lipídios extravasados do citoplasma de adipócitos como substâncias estranhas ao meio extracelular. O quadro clínico-radiológico pode ocasionar dificuldades no diagnóstico diferencial com neoplasias mamárias. Neste relato é descrito um caso de necrose gordurosa multinodular mamária sendo enfatizada a importância da citologia por punção aspirativa com agulha fina para a confirmação do diagnóstico.

Unitermos: necrose gordurosa; câncer de mama; punção aspirativa com agulha fina.

Introdução

A necrose gordurosa ou liponecrose da mama é um processo inflamatório não supurativo caracterizado pela destruição de tecido adiposo seguida por uma reação granulomatosa de tipo corpo estranho ou pela formação de cistos com conteúdo oleico.

Clinicamente pode ser assintomática ou resultar em uma massa endurecida acompanhada de dor, retração, espessamento e eritema da pele superposta à lesão. Esta situa-se geralmente próxima à pele e aréola mamária e acomete com maior frequência pacientes obesas de meia idade com mamas pendulares⁽¹⁾. Mamograficamente a necrose gordurosa produz, em alguns casos, imagens que, quando associadas aos sinais clínicos previamente descritos, podem dificultar o diagnóstico diferencial com o carcinoma da mama.

No presente relato descrevemos um caso em que esta diferenciação foi possibilitada através do auxílio da citologia por punção aspirativa com agulha fina (P.A.A.F.).

Relato de caso

Z.P., feminina, 45 anos, apresentou há oito anos "mastite" (sic) que iniciou na mama direita e se

estendeu para a mama esquerda. Após este episódio surgiram, em ambas as mamas, vários nódulos de consistência firme (Fig. 1). Uma mamografia evidenciou focos assimétricos de calcificação mamária que foram considerados como "esteatonecrose" não sendo excluída a possibilidade de carcinoma mamário. A paciente referiu que a mãe e a irmã de 42 anos apresentaram o mesmo quadro.

Consultou médico que indicou uma P.A.A.F., a qual foi realizada em 4 nódulos (2 à direita e 2 à esquerda). A citologia dos esfregaços revelou à microscopia muitos histiócitos multinucleados contendo vacúolos lipofágicos em seu citoplasma (Fig. 2). O diagnóstico de lipogranulomas múltiplos relacionados à necrose gordurosa foi estabelecido. A biópsia confirmou os achados citológicos (Fig. 3). Após a mesma os nódulos persistiram sem modificação apreciável de volume.

Discussão

Várias etiologias têm sido postuladas para explicar o surgimento da necrose gordurosa, por vezes erroneamente denominada de "esteatonecrose", uma vez que esta última é um processo decorrente da degeneração enzimática do tecido adiposo.

¹Trabalho realizado no Instituto de Patologia de Porto Alegre.

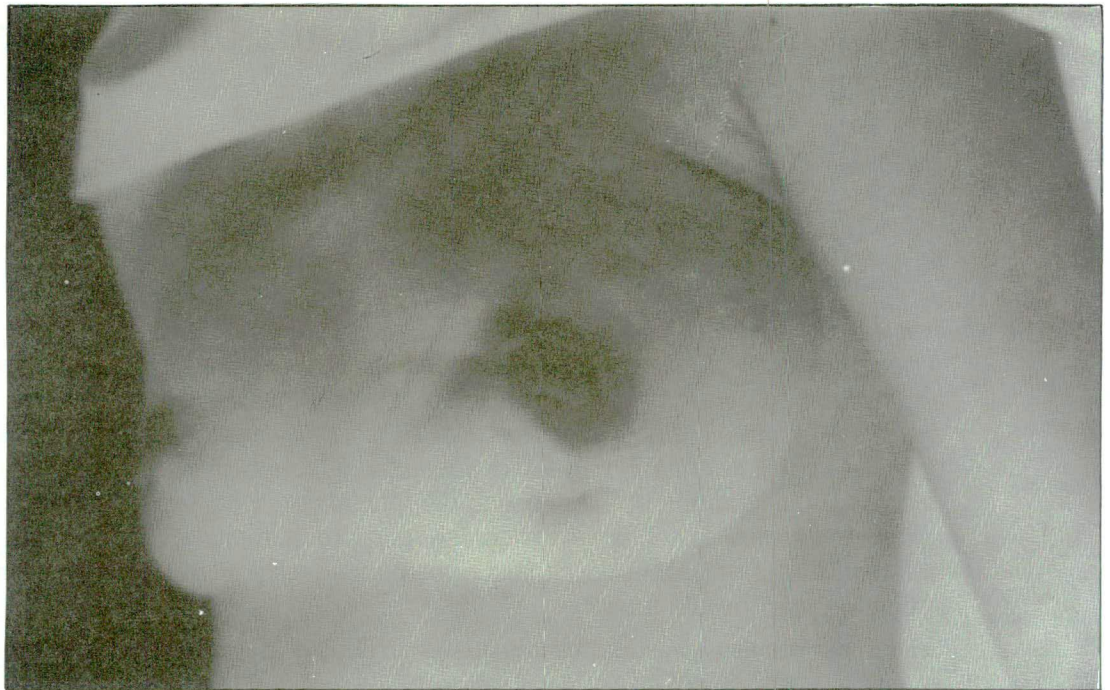


Fig. 1 – Mamas da paciente exibindo nódulos proeminentes e áreas de retração na pele.

O trauma é um fator estabelecido na patogenia da lesão e, apesar de ser relatado por apenas 40% das pacientes, a maioria dos casos tem origem traumática provavelmente esquecida^(2,3,4). Dentre os eventos responsáveis pelo quadro podem ser citados os traumatismos acidentais e os procedimentos cirúrgicos como as mamoplastias redutoras e as biópsias, tumorectomias e cirurgias conservadoras para o câncer de mama⁽¹⁻¹²⁾. Nos casos de cirurgias oncológicas prévias, especial atenção deve ser dada ao diagnóstico diferencial visto que essas lesões podem tanto simular como obscurecer uma recorrência da malignidade.

A radioterapia também tem um papel importante como causadora da necrose gordurosa pois produz dano em pequenos vasos levando a obstrução luminal dos mesmos e isquemia subsequente. Além disso é possível que a radiação danifique o epitélio ductal causando ulceração, perfuração e extravasamento das secreções para os tecidos vizinhos, iniciando assim um processo inflamatório com necrose secundária à liberação de lipases teciduais⁽⁶⁾.

Os processos infecciosos da mama, a ectasia ductal e a hiperplasia mamária com infarto também são prováveis causadores da liponecrose mamária⁽¹³⁻¹⁵⁾.

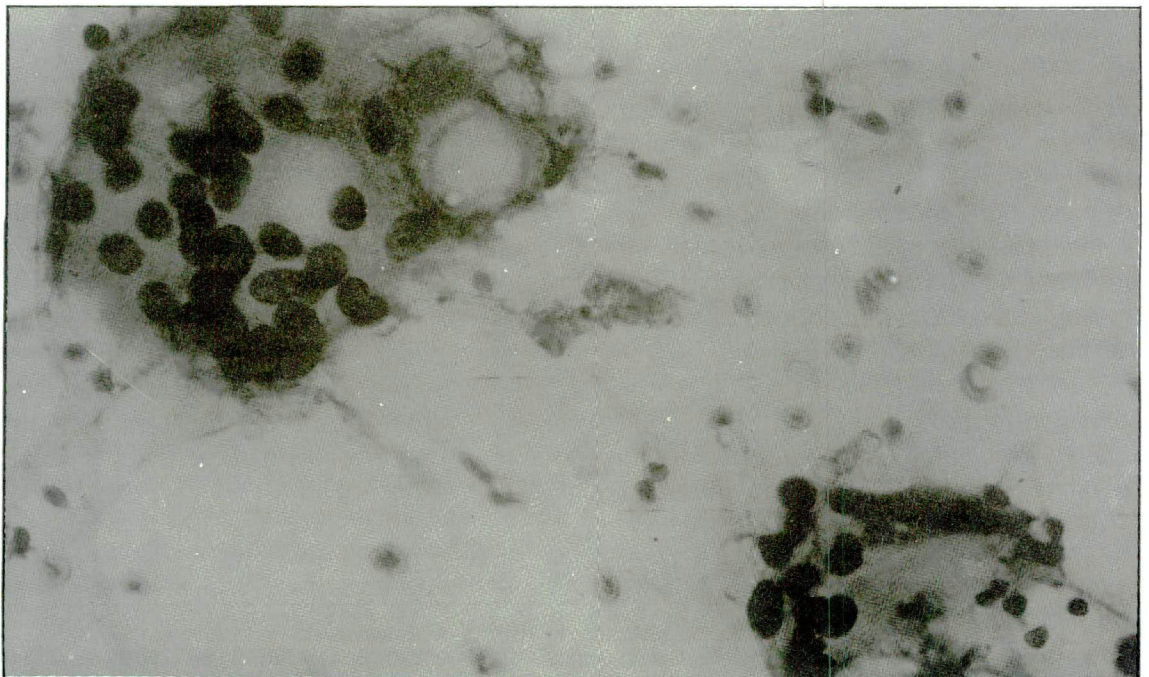


Fig. 2 – Aspirado dos nódulos mamários com histiócitos multinucleados contendo gotículas lipídicas no citoplasma. (P.P. 450 x)

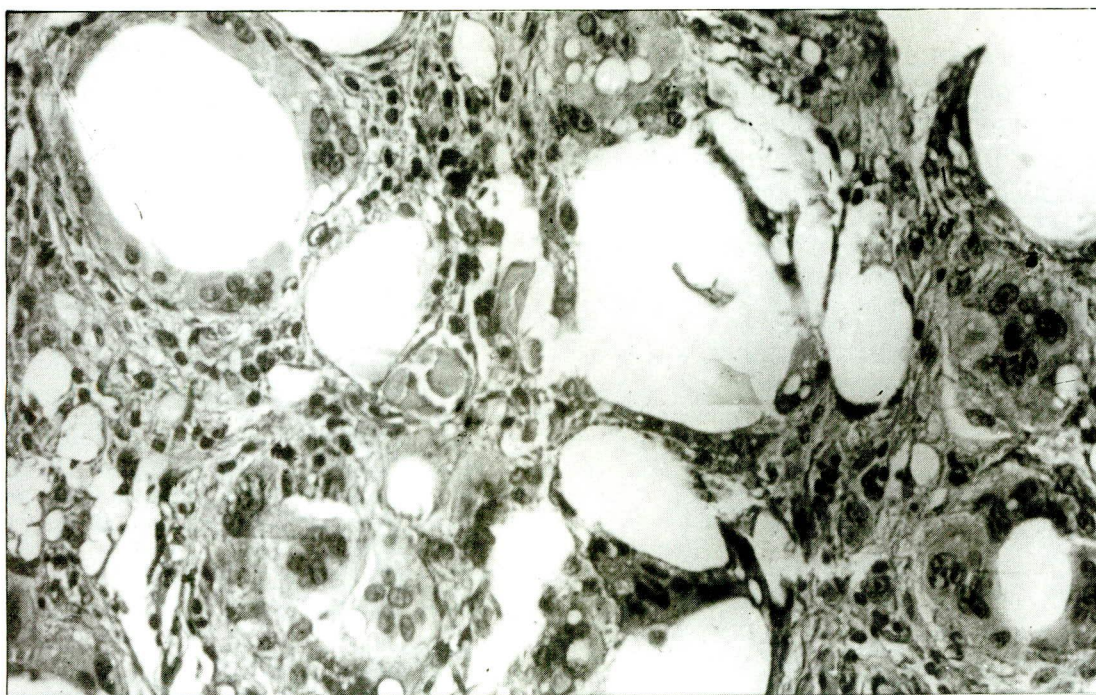


Fig. 3 – Corte de um dos nódulos excisados revelando vários histiócitos contendo lipídio citoplasmático em uma reação granulomatosa de tipo corpo estranho. (H.E. 250 x)

A doença tromboembólica e a terapia com anti-coagulantes têm sido associadas a uma maior incidência de necrose gordurosa da mama^(16,17). Mais freqüentemente acometem mulheres com idade média de 54 anos durante a 2ª semana de tratamento para tromboflebite ou embolia pulmonar. Paradoxalmente um segundo ciclo da droga anticoagulante raramente produz recorrência ou envolvimento de outros sítios⁽¹⁸⁾. Existem evidências de que este distúrbio pode ser prevenido evitando-se regimes com doses altas de anticoagulantes, não sendo esta conduta totalmente protetora. Uma explicação para a patogenia nestes casos seria a de que o uso destes fármacos provocaria uma arterite de pequenos e médios vasos levando a trombose e isquemia de tecido mamário.

Finalmente, apesar de não existirem relatos na literatura, o presente caso parece sugerir uma possível predisposição familiar a esta patologia.

Quanto aos aspectos mamográficos, a variabilidade morfológica é grande, podendo produzir calcificações espiculadas indistinguíveis de neoplasia maligna, por vezes até ramificantes, simulando o comedocarcinoma, e, mais freqüentemente, densidades anelares correspondentes à parede calcificada de cistos com conteúdo lipídico^(1,19). Estes aspectos podem confundir até o mastologista mais experiente, sendo motivos potenciais para intervenções cirúrgicas desnecessárias. Hadfield, em 1929, relatou 45 casos de necrose gordurosa da mama dos quais 26% foram inadequadamente submetidos a mastectomia⁽²⁰⁾. Erros dessa magnitude, embora menos prováveis no presente, podem ser

repetidos, principalmente na população crescente de pacientes com história de carcinoma de mama submetidas a tratamento conservador e radioterapia. O especialista deve estar atento para a diferenciação desta patologia com uma recidiva neoplásica. A biópsia excisional para a confirmação diagnóstica pode ser indicada nestas circunstâncias. A mesma, entretanto, com freqüência demanda anestesia, um ambiente hospitalar para ser realizada e um ônus não desprezível para a paciente⁽²¹⁾.

A punção aspirativa com agulha fina é uma alternativa simples, de baixo custo, podendo ser realizada em ambulatórios ou consultórios, e permite o diagnóstico preciso, em uma amostragem citológica representativa.

Conclusão

O uso da punção aspirativa com agulha fina (P.A.A.F.) diminui o intervalo de tempo necessário para o estabelecimento do diagnóstico das patologias mamárias e reduz o custo da investigação.

O presente relato indica que a utilização da mesma é eficaz para diferenciar as neoplasias de outras entidades que podem simulá-las.

Summary

Fat necrosis of the breast is a process of desintegration of fat cells followed by a granulomatous inflammation of variable degree. It is characterized by a foreign body type of reaction secondary to the spilling of the adipocyte's cytoplasm and recognition of the fat as a foreign substance to the in-

terstitium. The clinical picture and the radiologic findings can cause difficulties in the differential diagnosis with mammary neoplasias. In this paper a case of mammary multinodular fat necrosis is presented and emphasis is given on the importance of cytology by fine needle aspiration to confirm the diagnosis.

Key words: fat necrosis; breast cancer; fine needle aspiration.

Referências Bibliográficas

1. BASSET, L.W.; GOLD, R.H.; COVE, H.C. – Mammographic spectrum of fat necrosis: the fallibility of "pathognomic" signs of carcinoma. *Am J Roentgenol*, 130:119-122, 1978.
2. HAAGENSEN, D.C. – Diseases of the breast. Philadelphia. Saunders, 1971, pp 202-211.
3. ANDERSSON, I.; GEX, G.; PETTERSSON, H. – Oil cyst of the breast following fat necrosis. *Br J Radiol*, 50:143-146, 1977.
4. ADAIR, F.E.; MUNZER, J.T. – Fat necrosis of the female breast. *Amer J Surg*, 74:117-128, 1947.
5. ELEK, E.; FULES, P. – Fat necrosis, caused by seat belt injury, simulating breast cancer in a poly-traumatized patient. *Magy Traumatol Orthop Helyreallito Sebesz*, 29(4):311-313, 1986.
6. DAWES, R.F.; SMALLWOOD, J.A.; TAYLOR, I. – Seat Belt injury to the female breast. *Br J Surg*, 73:106-107, 1986.
7. VON HOFFKEN, W.; LANYI, M. – Rontegenuntersuchung der Brust. Thieme, Stuttgart, 1973.
8. CLARKE, D.; CURTIS, J.L.; MARTINEZ, A., et al. – Fat necrosis of the breast simulating recurrent carcinoma after primaty radiotherapy in the management of early stage breast carcinoma. *Cancer*, 52:442-445, 1983.
9. BABER, C.E.; LIBSHITZ, H.I. – Bilateral fat necrosis of the breast following reduction mammoplasties. *Am J Roentgenol*, 128:508-509, 1977.
10. BROWN, F.E.; SARGENT, S.K.; COHEN, S.R., et al. – Mammographic changes following reduction mammaplasty. *Plast Reconstr Surg*, 80(5):691-698, 1987.
11. BOYAGES, J.; BILOUS, M.; BARRACLOUGH, B., et al. – Fat necrosis of the breast following lumpectomy and radiation therapy for early breast cancer. *Radiother Oncol*, 13(1):69-74, 1988.
12. CHAUDARY, M.M.; GIRLING, A.; GIRLING, S., et al. – New lumps in the breast following conservation treatment for early breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 11(1):51-58, 1988.
13. ORSON, L.W.; CIGTAY, O.S. – Fat necrosis of the breast: characteristic xeromammographic appearance. *Radiology*, 146:35-38, 1983.
14. STEWART, F.W. – Tumors of the breast. In Armed Forces Institute of Pathology. Atlas of tumor pathology. Sect. IX, Fasc. 34. Washington, DC: American Registry of Pathology. pp 99, 1950.
15. HASSON, J.; POPE, C.H. – Mammary infarcts associated with pregnancy presenting as breast tumors. *Surgery*, 49:313-316, 1961.
16. ANDERSSON, I.; ADLER, D.D.; LJUNGBERG, O. – Breast necrosis associated with thromboembolic disorders. *Acta Radiol*, 28(5):517-521, 1987.
17. HAYNES, C.D.; MATEWS, J.W.; GWALTNEY, N., et al. – Breast necrosis complicating anticoagulation therapy. *South Med J*, 76(9):1091-1093.
18. BAHIDIR, I.; JAMES, E.C.; FEDDE, C.W. – Soft tissue necrosis and gangrene complicating treatment with coumadin derivatives. *Surg Gynecol Obstet*, 145:497, 1977.
19. LEBORGNE, R. – Esteatoneocrosis quística calcificada de la mama. *El Tórax*, 16:172-175, 1967.
20. HADFIELD, G. – Fat necrosis of the breast. *Br J Surg*, 17:673, 1929.
21. MEYER, E.J.; SILVERMAN, P.; GANDBHIR, L. – Fat necrosis of the breast. *Arch Surg*, 113:801-805, 1978.