

STROLIGO, C. F.(1); BASTOS, M. C.(2); NEVES FILHO, E. J. L.(3); BERTHOLATO, F. S.(4); SAMPAIO, D. M.(5); ARAÚJO, P. N. B.(6); GUIMARÃES, L. S.(7); GALENDE, D. C. H.(8). INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, RIO DE JANEIRO – RJ – BRASIL.



RELATO DE MALIGNIDADE EM **MAMA ACESSÓRIA**

- A descrição de um caso e uma revisão da literatura •

OBJETIVOS

- ❑ Contribuir com o enriquecimento de uma *database* ainda escassa – 48 relatos (MEDLINE) / 0 (EMBASE) / 2 (LILACS) / 1 (SciELO) / 0 (RadioGraphics).
...
- ❑ Fornecer dados epidemiológicos básicos e uma noção geral de prevalência do achado sobre diferentes coletividades.
...
- ❑ Abordar as particularidades acerca dos achados malignos em mama acessória.
...
- ❑ Discutir técnicas de rastreamento favoráveis ao diagnóstico precoce e o que esperar com relação ao prognóstico da doença.



MÉTODOS

- ...
- ❑ Estudo de prontuário;
...
- ❑ Entrevista com paciente;
...
- ❑ Registro fotográfico dos exames de diagnóstico por imagem;
...
- ❑ Revisão simples da literatura.
...

INTRODUÇÃO

□ Incidência de tecido mamário ectópico* na população geral: 0,4–6%. (1–3% ♂ / 2–6% ♀) ↑ amarelos / ↓ caucasianos.

*¹Polimastia: glândula (Kajava 1–4)

*²Politelia: aréola e/ou papila

*³Aberrante: fora da linha láctea

- Pode estar associada a outras anomalias congênitas, principalmente do trato urinário.

- Frequentemente considerada um Problema meramente estético.

Class I	Complete breast with nipple areola and glandular tissue
Class II	Nipple and glandular tissue but no areola
Class III	Areola and glandular tissue but no nipple
Class IV	Glandular tissue only
Class V	Nipple and areola but no glandular tissue (psuedomamma)
Class VI	Nipple only (Polythelia)
Class VII	Areola only (Polythelia areolaris)
Class VIII	Patch of hair only (Polythelia pilosa)

INTRODUÇÃO

□ Tecido mamário ectópico responde às variações hormonais fisiológicas, assim como estão sujeitas aos mesmos agentes carcinógenos.

• O câncer em mama ectópica representa até 0,3%* dos casos de malignidade mamária.

*¹Axila: 58%

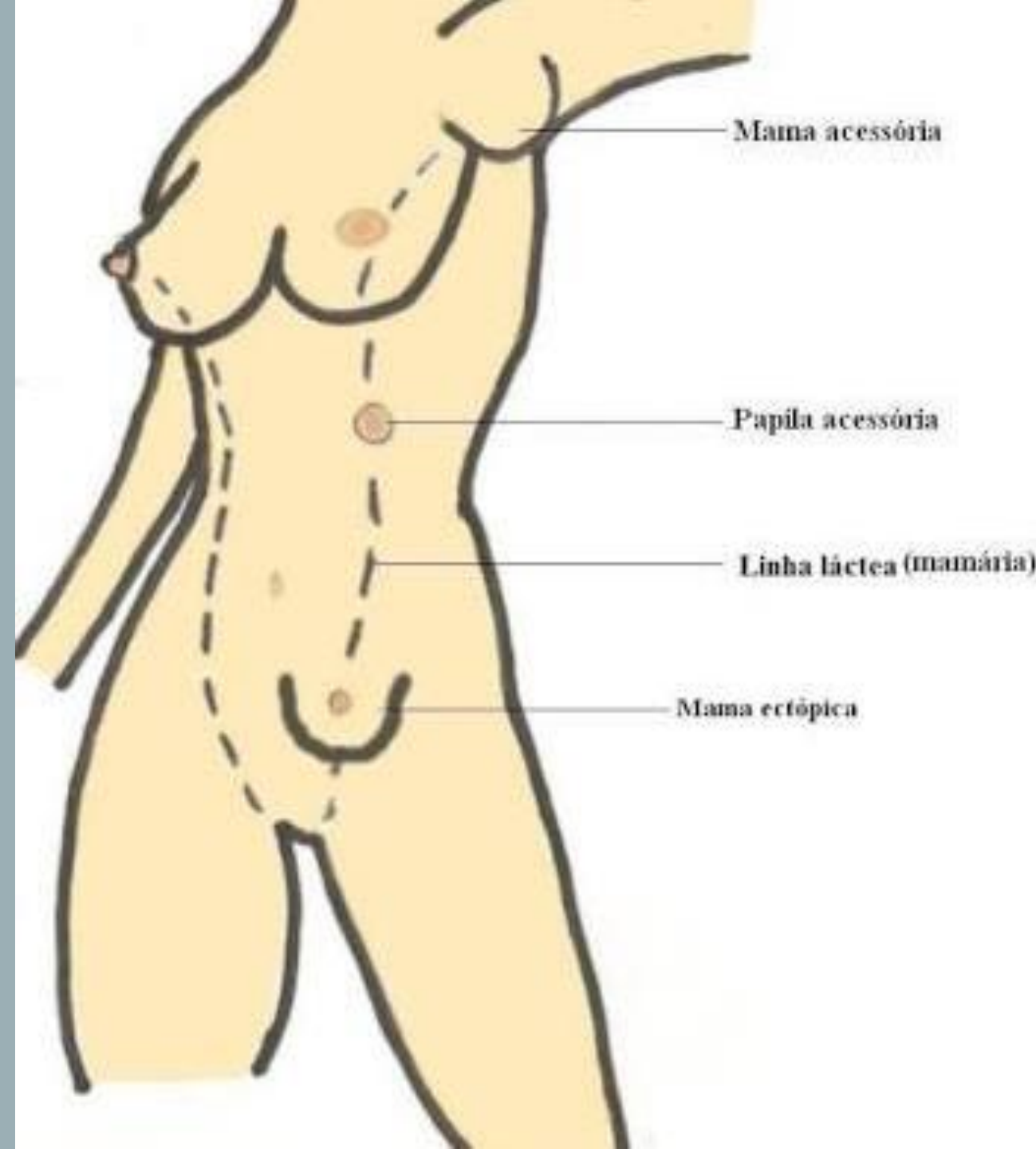
*²Paraesternal: 18,6%

*³Subclavicular: 8,6%

*⁴Submamária: 8,6%

*⁵Vulva: 4%

**Histotipo mais comum: CDI





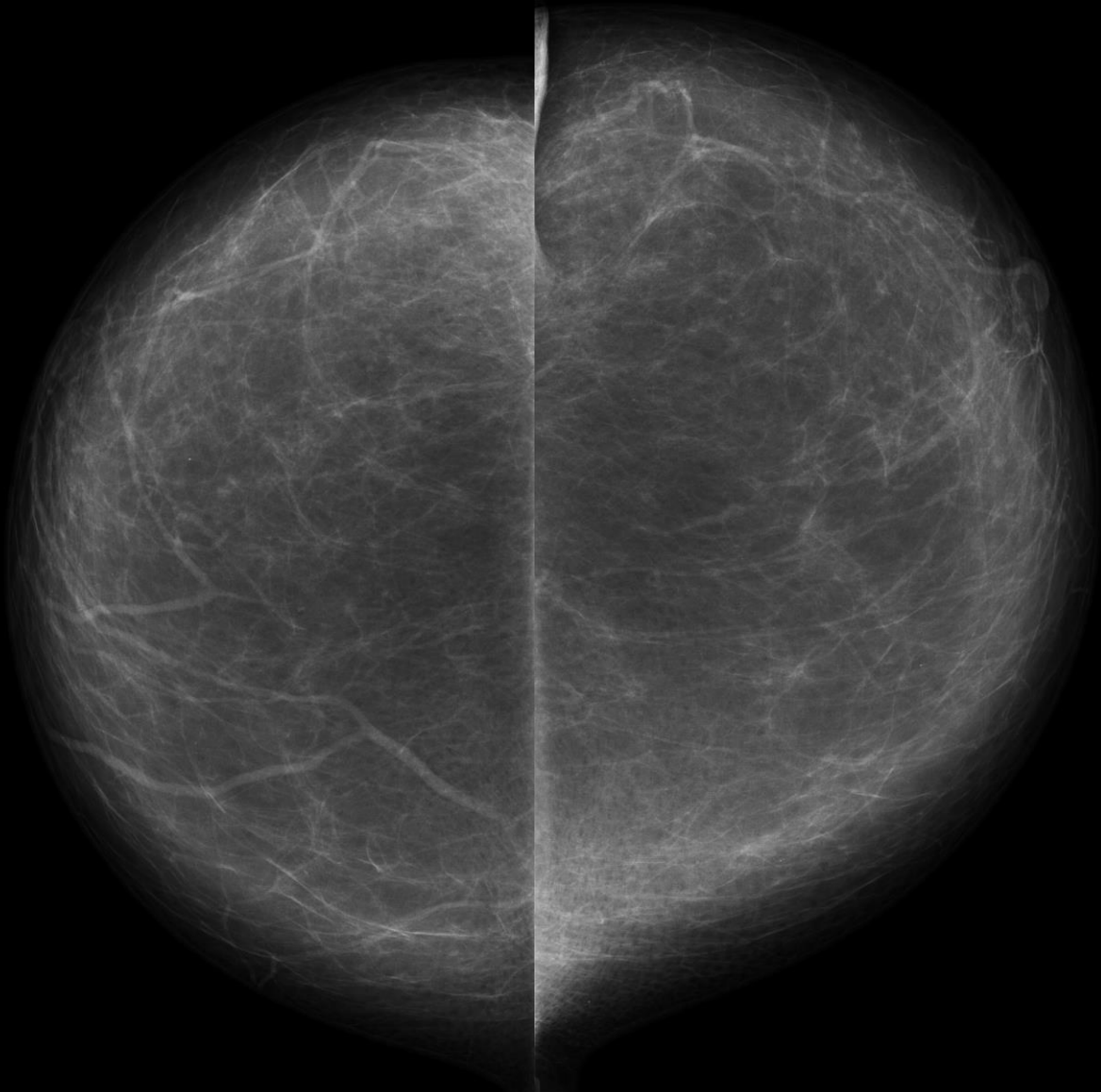
RESUMO

Paciente ♀, 60 anos, parda, portadora de tecido mamário ectópico axilar bilateral com volume considerável, apresenta-se ao setor de Radiologia do Hospital do Câncer III (unidade do INCA dedicada a Mama) referindo nódulo palpável em mama acessória à esquerda. A lesão havia sido alvo de biópsia fora do INCA, com análise histopatológica resultante sugestiva de carcinoma invasivo. Segundo protocolo para seguimento dentro da nossa Instituição, são realizados os novos exames diagnósticos retratados a seguir:

MAMMOGRAFIA

CCD

CCE

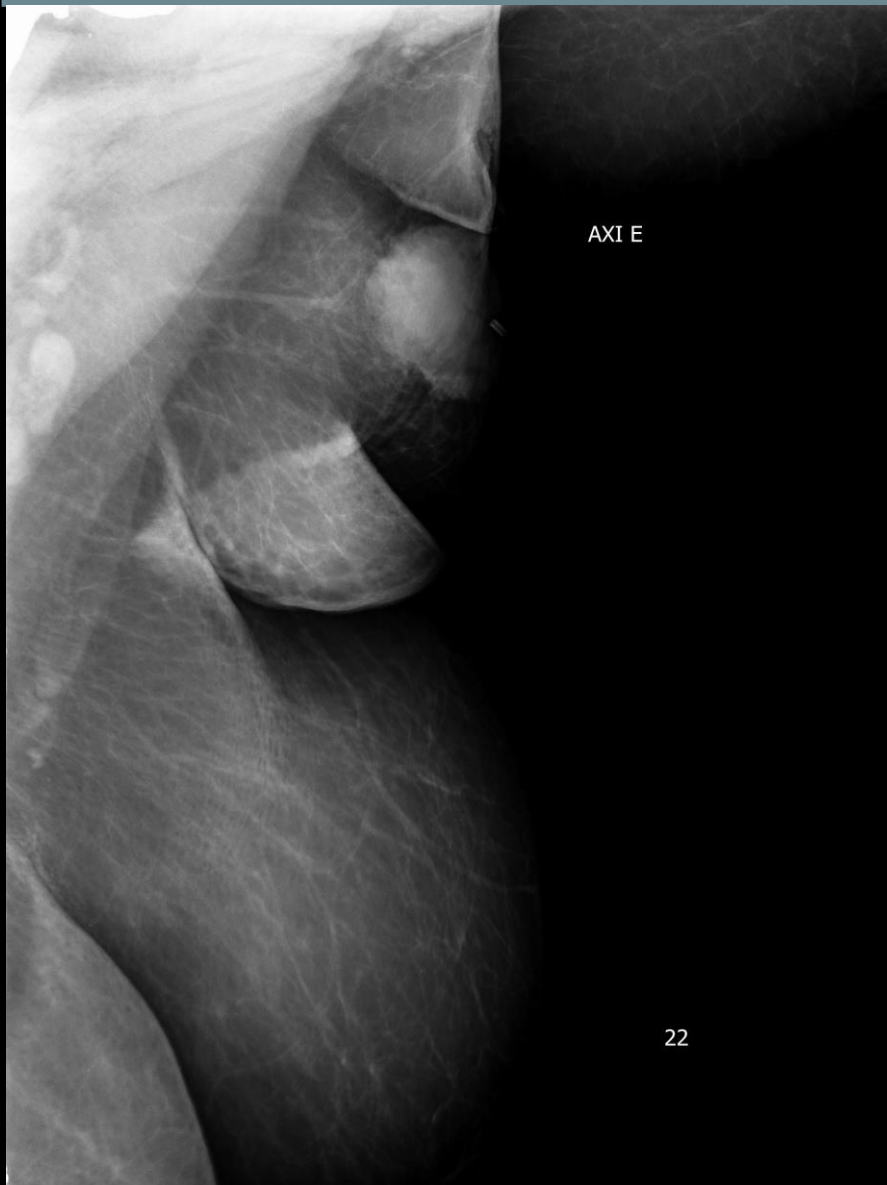


MAMOGRAFIA

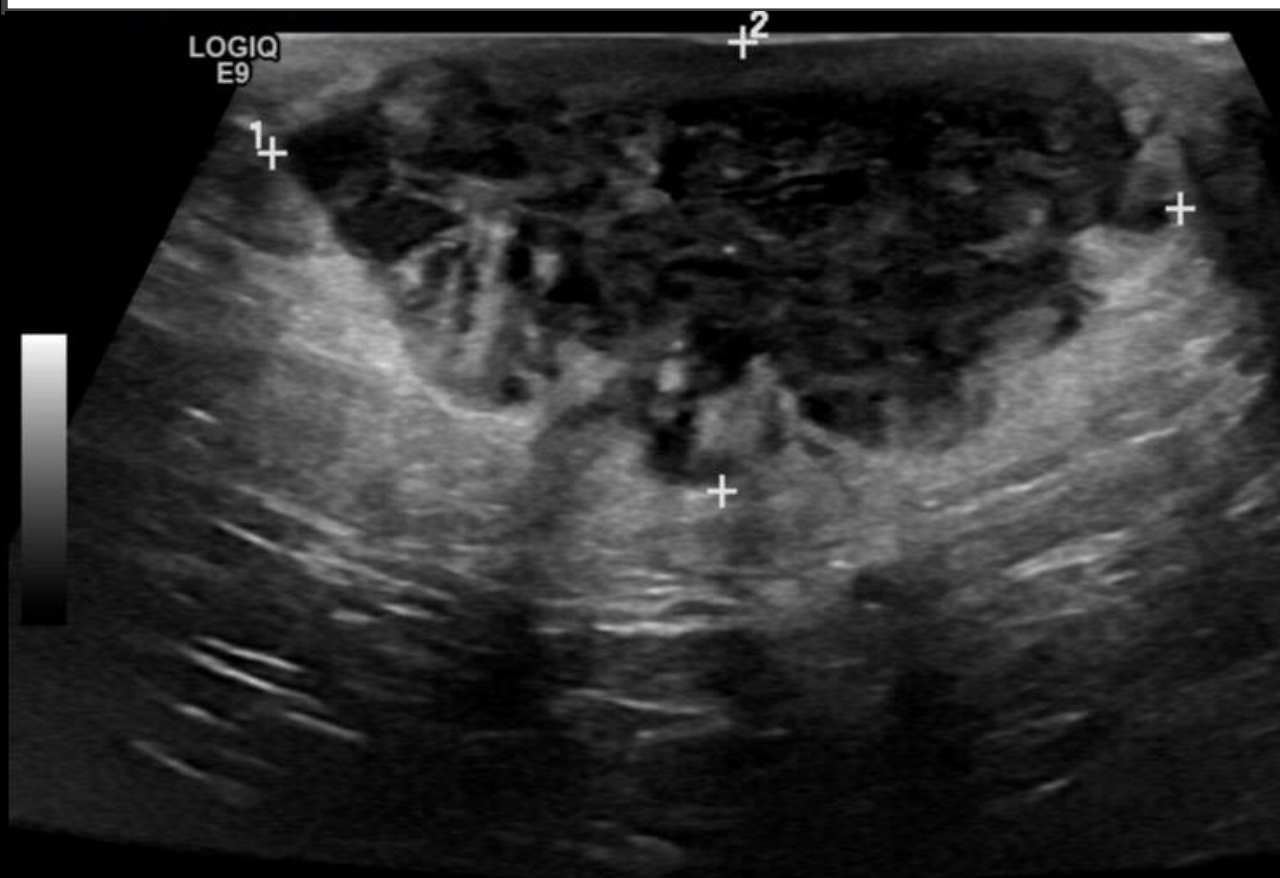
MLOD

MLOE

MAMMOGRAFIA

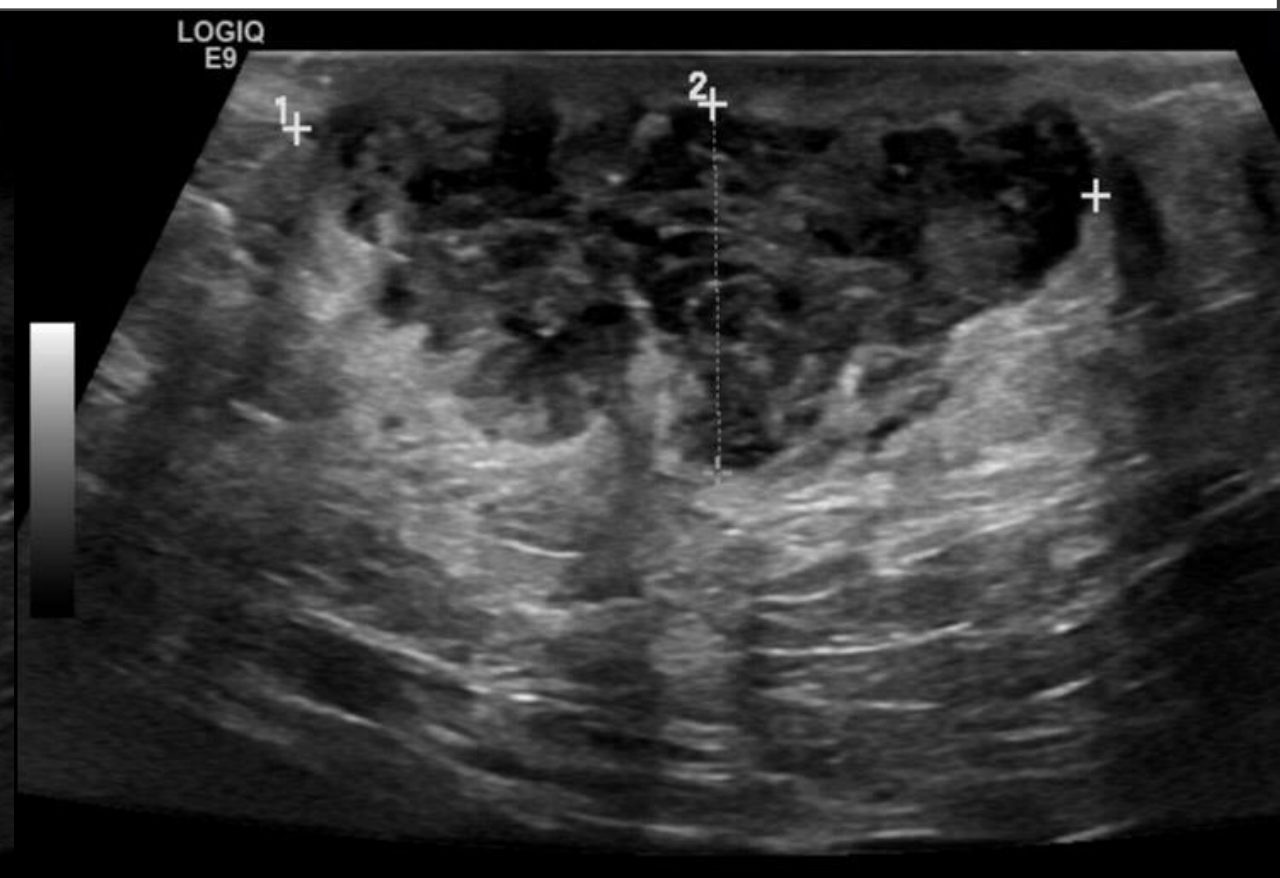


USG COMPLEMENTAR



● LOGIQ E9
1 L 4.74 cm
2 L 2.35 cm

AXILA ESQUERDA NIVEL I



● LOGIQ E9
1 L 4.10 cm
2 L 1.83 cm

AXILA ESQUERDA NIVEL I

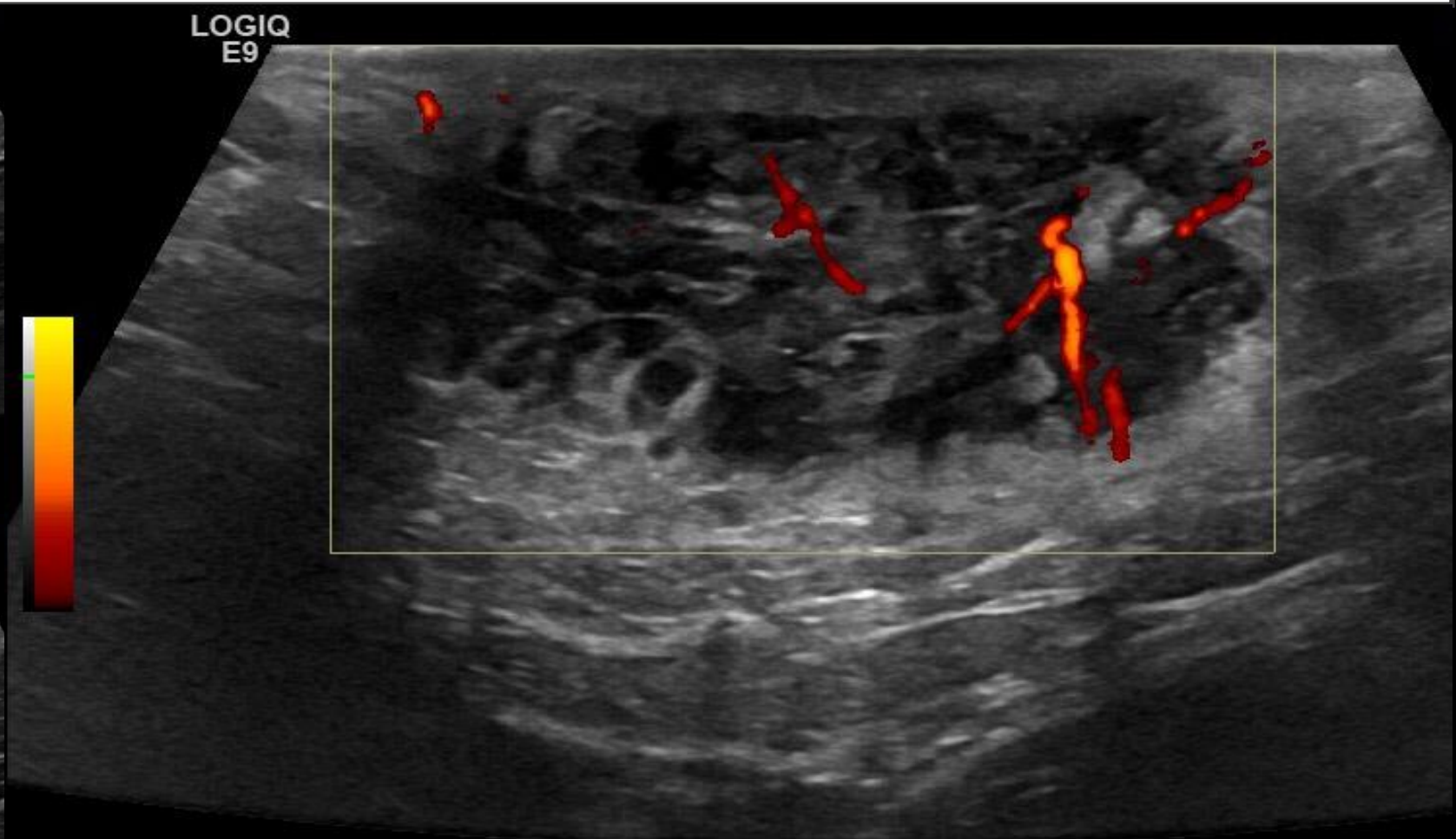
USG COMPLEMENTAR



1 L 0.12 cm



1 L 0.41 cm



AXILA ESQUERDA

LAUDO – MMG + USG COMPLEMENTAR

MAMA DIREITA

- Pele normal.
- Mama adiposa
- Linfonodos axilares normais

ACHADO – CATEGORIA

MAMA DIREITA: Cat. 1 (BI-RADS™)
MAMA ESQUERDA: Cat. 6 (BI-RADS™)

MAMA ESQUERDA

- Pele normal.
- Mama adiposa.
- Nódulo denso e irregular, medindo cerca de 4,5 cm no seu maior eixo, localizado em mama acessória à esquerda, que à USG corresponde a nódulo sólido, hipoecóico, irregular e microlobulado, com fluxo ao Doppler colorido, medindo cerca de 4,7 x 2,3 x 4,1 cm, alvo de biópsia fora do INCA com HP de carcinoma invasivo da mama.

LAUDO – HISTOPATOLÓGICO

MATERIAIS: 1 lâmina e 1 bloco, representando *Core-Biopsy* de mama esquerda.

Conclusão A: Carcinoma invasivo da mama de tipo não-especial, grau histológico II (formação tubular: 3; pleomorfismo nuclear: 2; índice mitótico: 1). Presença de necrose. Desmoplasia estromal: moderada. Infiltrado inflamatório linfocitário: moderado. Não foi observada invasão muscular vascular e perimetral.

LAUDO SUPLEMENTAR: Estrogênio positivo em > 95% das células neoplásicas infiltrantes. *Allred* 8 (5+3)
Progesterona negativo. Sem imunorreatividade. *Allred* 0.
Avaliação de expressão de HER2 por imuno-histoquímica: positivo (3+).
Ki67 positivo em cerca de 60% das células neoplásicas infiltrantes.

DECISÃO TERAPÊUTICA

- ❑ O Serviço de Oncologia optou por quimioterapia neoadjuvante, a ser seguida por nova avaliação pré-cirúrgica. → Opção com menos estudos disponíveis.
- Não encontramos, na literatura, um protocolo bem definido para o tratamento específico do câncer em mama acessória. Em geral:
Tratamento similar ao de qualquer CA primário da mama: Cirúrgico* + QTP (neo e/ou pós-adjuvante) / RTP / Endócrino.
*Ressecção com margens estendidas, incluindo pele e linfonodos regionais.
- Remoção da mama ortotópica ipsilateral: Controverso!
Proximidade com tecido acometido / Extensão do acometimento linfonodal.

DISCUSSÃO

- 1) Baixa suspeição de neoplasia no tecido ectópico, aliada à dificuldade de abordar adequadamente a região axilar através da mamografia.
- 2) Inúmeros diagnósticos diferenciais: linfoma, hidradenite, cisto folicular, linfadenopatia associada a doença maligna ou benigna.
- 3) É relatado que o carcinoma nas mamas axilares usualmente acomete pessoas mais jovens, abaixo dos 45 anos.
- 4) Literatura escassa e controversa → Alguns autores acreditam que a mama acessória esteja mais sujeita a malignização que o tecido mamário ortotópico, por localização que facilitaria ocorrência de trauma.
- 5) O câncer em mama axilar costuma apresentar aspecto histopatológico mais indiferenciado e disseminação mais precoce → Localização especialmente íntima aos gânglios axilares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 1) Médicos devem incluir a pesquisa de ectopia mamária tanto na anamnese quanto no exame físico, enfatizando a existência da alteração ao solicitarem os exames de rastreamento para câncer da mama.
- 2) Na condução de um caso de mama supranumerária, a paciente e a família devem ser cuidadosamente informadas da significância da anomalia.
- 3) É necessária investigação detalhada da mama acessória pelo radiologista, com devida documentação das características e abundância de tecido, além de eventuais alterações suspeitas.
- 4) Uma vez ressecado por implicâncias estéticas ou psicológicas, é fundamental que o tecido mamário ectópico seja enviado à Patologia e não desprezado, devido à possibilidade da existência de lesões malignas subclínicas.

REFERÊNCIAS

1. Kajawa Y (1915) The proportions of supernumerary nipples in the Finnish population. *Duodecim* 31:143–170.
2. Williams W (1891) Polymastism, with special reference to mammae erratae and the development of neoplasms from supernumerary mammary structures. *J Anat Physiol* 25 (pt 2): 225–255.
3. Marshall M, Moynihan J (1994) Ectopic breast cancer: a case report and literature review. *Surg Oncol* 3:295–304.
4. Francone, Elisa (2013) Ectopic Breast Cancer: Case Report and Review of the Literature. *Aesth Plast Surg* 37:746–749.
5. SHUO ZHANG, YONG-HUA YU, [...], and JIA LI (2015) Diagnosis and treatment of accessory breast cancer in 11 patients.
6. VIDAL, Célio da Silva Rocha et al. Carcinoma Primário de Mama Acessória Axilar: Relato de Caso. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 307-310, June 2000.