

Avaliação com Imagem da Mulher Sintomática

CBR Responde

- 1) Explique a diferença entre mastalgia cíclica e não cíclica.
- 2) Paciente jovem com dor cíclica e difusa, sem alteração palpável, necessita de exames de imagem complementares?
- 3) Quais os exames utilizados na avaliação de pacientes com dor mamária clinicamente significativa (focal e não cíclica)?
- 4) Após anamnese e exame físico, quais exames de imagem devem ser solicitados em pacientes com queixa de nódulo palpável?
- 5) A ressonância magnética está indicada na avaliação de nódulos palpáveis?
- 6) Qual a diferença entre fluxo papilar fisiológico e patológico?
- 7) Quais os métodos de imagem para avaliação de fluxo papilar patológico?
- 8) Em pacientes com fluxo papilar patológico, a mamografia normal exclui malignidade?
- 9) Qual o papel da ressonância magnética na avaliação de fluxo papilar patológico?
- 10) Paciente do sexo feminino, 48 anos, apresentando prurido e descamação da papila direita. Realizou mamografia e ultrassonografia que não apresentaram alterações. Quais são os principais diagnósticos diferenciais e qual a conduta?

Avaliação com Imagem da Mulher Sintomática

Respostas

- 1) A mastalgia cíclica é responsável por cerca de 2/3 dos casos de dor mamária, com pico de incidência entre 20-30 anos. Em geral, apresenta-se como dor difusa, bilateral, comumente com irradiação para os prolongamentos axilares. Está relacionada a alterações hormonais ao longo do ciclo, observando-se maior sensibilidade mamária durante a fase lútea, com melhora logo após o início da menstruação. A fisiopatologia exata é desconhecida. Dietas ricas em gordura, tabagismo, consumo de bebidas contendo cafeína e uso de medicações podem agravar os sintomas.

Na mastalgia não cíclica, não se observa correlação temporal com a menstruação. Em geral, acomete pacientes mais velhas, na peri e pré-menopausa, pode ser constante ou intermitente, habitualmente unilateral e focal, em pontadas ou queimação. As causas da mastalgia não cíclica podem ser de origem mamária ou extramamária.
- 2) Não. Mulheres com dor mamária clinicamente insignificante (não focal, difusa ou cíclica), sem outro achado clínico suspeito, de qualquer faixa etária, nenhum exame de imagem é indicado, além das recomendações usuais de rastreamento.
- 3) A ultrassonografia é a escolha para mulheres com idade inferior a 30 anos.

Para mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, a mamografia e a tomossíntese são alternativas apropriadas e complementares à ultrassonografia.

Mulheres com idade entre 30 e 39 anos: mamografia (incluindo tomossíntese) e ultrassonografia são apropriados e alternativas equivalentes.
- 4) Pacientes com idade igual ou superior a 40 anos a mamografia, preferencialmente associada à tomossíntese quando disponível, deve ser a primeira modalidade de escolha para avaliação de lesões palpáveis. Na identificação de achados tipicamente benignos que justifiquem a queixa, ou nos casos de pacientes com mamas adiposas e mamografia normal, não é necessária investigação adicional. Achados como nódulos ou outras alterações, sejam provavelmente benignos ou suspeitos, assim como mamografia normal em mamas densas requerem avaliação adicional com ultrassonografia.

Pacientes com idade abaixo de 30 anos, a ultrassonografia é o exame de primeira linha. Essa modalidade também está indicada para gestantes e lactantes devido à redução da sensibilidade da mamografia pela alta densidade do tecido fibroglandular.

Pacientes com idade entre 30-39 anos, não existem evidências que suportem o uso primário da mamografia ou ultrassonografia na avaliação de queixa palpável. Para tal, a mamografia diagnóstica, com tomossíntese se disponível, ou US podem ser úteis como exames de imagem iniciais.
- 5) A ressonância magnética não está indicada para a avaliação de nódulo palpável, uma vez que raramente traz informações adicionais quando a avaliação adequada com mamografia e ultrassonografia é realizada. No entanto, ainda existem casos em que a RM é indicada para solucionar problemas em pacientes com queixa de nódulo palpável e mamografia e US normais o que leva, muitas vezes, ao aumento das taxas de falso-positivos. Cenários de exceção, tais como exame clínico suspeito em pacientes com antecedente de cirurgia conservadora e mamografia e US inconclusivas, podem justificar a indicação de ressonância magnética visando diferenciar recorrência e fibrose cicatricial.

Avaliação com Imagem da Mulher Sintomática

- 6)** Os fluxos papilares fisiológicos são usualmente bilaterais, mult ductais, não espontâneos, de coloração amarelada, esverdeada ou leitosa. Ocorrem com maior frequência em mulheres na puberdade e durante os anos reprodutivos.

Os fluxos papilares patológicos normalmente ocorrem de maneira espontânea e persistente, unilaterais, uniductais, com ponto de gatilho perceptível, sanguinolentos, serossanguinolentos ou translúcidos (“água de rocha”).
- 7)** Ultrassonografia independente da faixa etária e mamografia associada para pacientes com idade igual ou superior a 30 anos. A sensibilidade da ultrassonografia para a avaliação de fluxo papilar patológico é maior do que a da mamografia, variando entre 56-80%. No entanto, a mamografia é importante na detecção de calcificações suspeitas, achado frequente no carcinoma ductal in situ, que é a malignidade mais comumente associada ao derrame papilar patológico.
- 8)** A mamografia apresenta baixa sensibilidade para a avaliação de fluxo papilar (20–25%), uma vez que as lesões encontradas são geralmente pequenas, subareolares, intraductais e não calcificadas. Dada a baixa sensibilidade deste exame, uma mamografia negativa não exclui a malignidade.
- 9)** A RM não está indicada como exame inicial e pode ser utilizada em casos de fluxo papilar suspeito com mamografia e ultrassonografia negativos, devido à sua alta sensibilidade e valor preditivo negativo. Além disso, possibilita melhor avaliação da localização e extensão da lesão quando comparada à mamografia e US, bem como identificação de pequenas lesões inicialmente despercebidas no exame ultrassonográfico ou até mesmo na mamografia, especialmente na região retroareolar.
- 10)** A principal causa de prurido na região do complexo areolopapilar é o eczema, condição inflamatória associada ao ressecamento cutâneo. A doença de Paget é o principal diagnóstico diferencial do eczema e caracteriza-se pela infiltração da epiderme da papila pelas células malignas de Paget. Essa última, cursa com malignidade associada em 85 a 90% dos casos, seja carcinoma in situ ou carcinoma invasor, motivo pelo qual deve ser indicado biópsia da pele, mesmo com mamografia e ultrassonografia negativos.