

HM is the most common manifestation of GTD (85%) and by definition noninvasive and confined to the endometrium. A HM that invades the myometrium is termed invasive mole, and is composed of HM villi within the myometrium. Chorioadenoma destruens is a locally invasive (myometrium) manifestation of complete HM that represents 13% of cases of GTD. Two percent of complete HM cases are described as choriocarcinoma, which is locally invasive and potentially metastasizing. These three entities produce peculiarly high levels of β -hCG, while placental site trophoblastic tumor causes a rise in human placental lactogen levels, and less elevated β -hCG levels^(3,4). Clinical assessment is difficult early in the course of the disease, as few clinical characteristics are present to distinguish it from a normal pregnancy.

Pelvic MRI is often used as a problem-solving tool in equivocal or complicated cases of GTD, especially in the first trimester, or to assess the degree of myometrial invasion and surrounding tissues^(2,5). Early manifestations appear as a soft tissue cystic mass with high T2 signal intensity⁽⁶⁾. In the second trimester these lesions tend to distend the endometrium giving a “cluster of grapes appearance”. Typically HMs are similar or slightly higher in T1 signal intensity than the adjacent myometrium. Contrast-enhanced MRI show areas of focal enhancement that relate to the amount of active trophoblastic tissue and also to β -hCG levels⁽⁷⁾. Marked early enhancement indicates active disease in the form of viable trophoblastic tissue.

In the setting of GTD, identification of myometrial invasion is crucial for diagnosis and staging. Uterine tumors associated with high serum β -hCG have a high incidence of myometrial contractions⁽⁸⁾. Myometrial contractions are seen as a bulge of the myometrial wall usually along with a region of low T2 signal intensity in the myometrium. They are transient and tend to disappear on subsequent data acquisitions⁽⁹⁾, as observed in our case. In the setting of endometrial tumor, radiologists should be aware of this

phenomenon to avoid over-diagnosis and over-staging by misdiagnosing uterine contraction with myometrial extension or invasion.

REFERENCES

1. Seckl MJ, Sebire NJ, Fisher RA, et al. Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013;24 Suppl 6:vi39–50.
2. Kani KK, Lee JH, Dighe M, et al. Gestational trophoblastic disease: multimodality imaging assessment with special emphasis on spectrum of abnormalities and value of imaging in staging and management of disease. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012;41:1–10.
3. Berkowitz RS, Goldstein DP. Diagnosis and management of the primary hydatidiform mole. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1988;15:491–503.
4. Ngan HY, Bender H, Benedet JL, et al. Gestational trophoblastic neoplasia, FIGO 2000 staging and classification. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;83 Suppl 1:175–7.
5. Allen SD, Lim AK, Seckl MJ, et al. Radiology of gestational trophoblastic neoplasia. *Clin Radiol.* 2006;61:301–13.
6. Green CL, Angtuaco TL, Shah HR, et al. Gestational trophoblastic disease: a spectrum of radiologic diagnosis. *Radiographics.* 1996;16:1371–84.
7. Yamashita Y, Torashima M, Takahashi M, et al. Contrast-enhanced dynamic MR imaging of postmolar gestational trophoblastic disease. *Acta Radiol.* 1995;36:188–92.
8. Hatakenaka M, Yoshimitsu K, Adachi T, et al. Transient uterine myometrial contraction associated with moles. *J Magn Reson Imaging.* 2004;19:182–7.
9. Ozsarlak O, Schepens E, de Schepper AM, et al. Transient uterine contraction mimicking adenomyosis on MRI. *Eur Radiol.* 1998;8:54–6.

Sriluxayini Manikkavasakar¹, Amrutha Ramachandram¹, Miguel Ramalho¹, António P. Matos¹, Richard C. Semelka¹

1. Department of Radiology, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA. Mailing address: Richard C. Semelka, MD. UNC Department of Radiology. 101 Manning Drive CB#7510 – 2001 Old Clinic Bldg. Chapel Hill, NC 27599-7510, USA. E-mail: richsem@med.unc.edu.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0057>

Leiomioma da mama: um tumor incomum

Leiomyoma of the breast: an uncommon tumor

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 59 anos de idade, sem antecedentes de importância, foi encaminhada por médico clínico geral

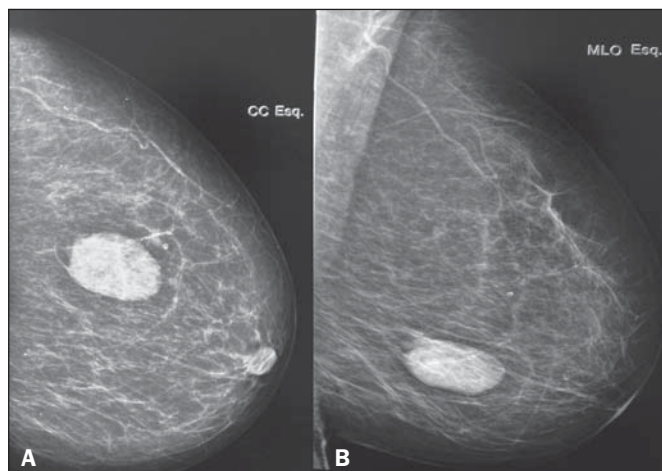


Figura 1. Em A, mamografia de alta resolução na incidência craniocaudal esquerda, e em B, mamografia de alta resolução na incidência mediolateral oblíqua esquerda, ambas demonstrando nódulo denso, de contornos lobulados, limites definidos, localizado no quadrante inferior externo da mama esquerda.

para o serviço de radiologia para realização de mamografia de rotina. Não referia queixas clínicas, e no exame físico foi detectado um nódulo indolor, móvel e bem delimitado. Foi realizada mamografia de alta resolução, que identificou nódulo oval denso, de contornos bem definidos, localizado no quadrante inferior externo da mama esquerda (4 horas), medindo 5,5 x 3,0 cm (Figura 1). Exame ecográfico demonstrou nódulo de forma ovalada, contornos bem definidos, com orientação paralela à pele, hipoeicoico, sem fluxo ao Doppler, localizado no quadrante inferior externo da mama esquerda, medindo 3,5 x 1,7 x 3,5 cm (Figura 2).



Figura 2. Exame ecográfico da mama esquerda demonstrando nódulo de forma ovalada, margens lobuladas e limites precisos, hipoeicoica, localizado no quadrante inferior externo da mama esquerda.

A paciente foi submetida a biópsia percutânea por agulha grossa guiada por ultrassonografia, e o estudo anatomopatológico do material obtido mostrou tumor de músculo liso de caráter benigno. Na imuno-histoquímica demonstrou-se positividade da lesão para actina de músculo liso e vimentina e negatividade para S100, sendo confirmado o diagnóstico de leiomioma.

Leiomioma é um tumor benigno formado de tecido muscular liso, sendo considerado uma das neoplasias mesenquimais mais frequentes em órgãos do trato gastrointestinal e útero⁽¹⁾. Quando presente na mama, é originado a partir do estroma da glândula, sendo extremamente raro⁽²⁾.

Estudos mamográficos e ecográficos são comumente utilizados como rastreamento. No entanto, a avaliação histopatológica é o método definitivo para o diagnóstico. Alguns diagnósticos diferenciais a serem considerados são os carcinomas, os sarcomas, os tumores benignos e as condições pseudotumorais⁽³⁻⁶⁾. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão, sendo a recorrência incomum⁽⁷⁾.

Os tumores de músculo liso são incomuns, particularmente se sua localização é na glândula mamária. Estes tumores equivalem a menos de 1% das neoplasias da mama. As lesões parenquimatosas profundas são extremamente infrequentes e parecem afetar somente mulheres. Leiomiomas acometem mulheres com idades variando de 30 a 60 anos (média de idade de 47,6 anos)⁽⁸⁾. Eles ocorrem frequentemente próximo do complexo areolopapilar e isto está relacionado com a abundância de células de músculo liso ao redor do mamilo e aréola⁽⁹⁾. O músculo liso é um componente que pode estar presente com outras lesões, como os fibroadenomas ou os hamartomas. Os leiomiomas localizados no parênquima (caso da paciente) são circunscritos e variam de 1,0 cm a 14,0 cm^(1,2).

Não existem critérios radiológicos que permitam o diagnóstico de certeza, sendo necessário, para o diagnóstico definitivo, o estudo histopatológico e imuno-histoquímico da lesão⁽⁷⁻¹⁰⁾. O diagnóstico diferencial histopatológico se faz com fibroadenoma, tumor filodes, adenomioepitelioma e leiomiossarcoma de mama. Este último apresenta, na histopatologia, atipia celular proeminente, mitoses atípicas, invasão vascular e necrose⁽¹¹⁾. Comumente, os pacientes são assintomáticos, no entanto, podem apre-

sentar prurido, aumento do volume mamário, dor, endurecimento do mamilo ou nódulo⁽²⁾.

REFERÊNCIAS

1. Sidoni A, Lüthy L, Bellezza G, et al. Leiomyoma of the breast: case report and review of the literature. *Breast*. 1999;8:289–90.
2. Minami S, Matsuo S, Azuma T, et al. Parenchymal leiomyoma of the breast: a case report with special reference to magnetic resonance imaging findings and an update review of literature. *Breast Cancer*. 2011;18:231–6.
3. Valentim MH, Monteiro V, Marques JC. Primary neuroendocrine breast carcinoma: a case report and literature review. *Radiol Bras*. 2014;47:125–7.
4. Bitencourt AGV, Lima ENP, Chojniak R, et al. Correlation between PET/CT results and histological and immunohistochemical findings in breast carcinomas. *Radiol Bras*. 2014;47:67–73.
5. Pinheiro DJPC, Elias S, Nazário ACP. Axillary lymph nodes in breast cancer patients: sonographic evaluation. *Radiol Bras*. 2014;47:240–4.
6. Campos GCP, Castro MVK, Mattos VFE, et al. Lymphocytic mastopathy mimicking breast malignancy: a case report. *Radiol Bras*. 2014;47:256–8.
7. Heyer H, Ohlinger R, Schimming A, et al. Parenchymal leiomyoma of the breast – clinical, sonographic, mammographic and histological features. *Utraschall Med*. 2006;27:55–8.
8. Vecchio GM, Cavaliere A, Cartagine F, et al. Intraparenchymal leiomyoma of the breast: report of a case with emphasis on needle core biopsy-based diagnosis. *Pathologica*. 2013;105:122–7.
9. Rad FS, Zangivand AA. Breast leiomyoma: a case report and review of the literature. *Comp Clin Pathol*. 2014;23:483–5.
10. Yalta T, Bekar E, Balaban F. Leiomyoma of the breast: a case report. *Dicle Medical Journal*. 2012;39:283–5.
11. Munitiz V, Rios A, Canovas J, et al. Primitive leiomyosarcoma of the breast: case report and review of the literature. *Breast*. 2004;13:72–6.

George Pereira Sampaio¹, Melissa Vieira Koch², Márcia Boechat², Viviane Esteves Matos², Alair Augusto Sarmet Moreira Damas dos Santos³

1. Complexo Hospitalar de Niterói, Niterói, RJ, Brasil. 2. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. George Pereira Sampaio. Complexo Hospitalar de Niterói – Radiologia. Rua La Salle, 12, Centro. Niterói, RJ, Brasil, 24020-096. E-mail: gorgesampaio@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0136>

Câncer de mama masculino com metástase esplênica

Breast cancer with splenic metastasis in a male patient

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 53 anos de idade, admitido no Hospital Alemão Oswaldo Cruz em 2014 com dor lombossaca intensa há três meses e piora progressiva. Foi realizada tomografia computadorizada (TC), que mostrou lesões ósseas na coluna e bacia, compatíveis com comprometimento secundário. Prosseguiu-se a investigação com biópsia de bacia orientada por TC, com resultado de adenocarcinoma metastático, e imuno-histoquímica mostrando receptores de estrógeno e progesterona positivos, condizente com sítio primário da mama.

O paciente relatou um nódulo palpável na mama direita há três anos, de consistência endurecida, medindo 2,0 cm. A ultrassonografia mostrou nódulo sólido, hipocogênico, irregular e espiculado na região retroareolar, adjacente à papila (Figura 1A), categorizado como BI-RADS 5⁽¹⁾, cuja biópsia de fragmento mostrou carcinoma invasivo de tipo não especial (carcinoma ductal invasivo) (Figura 1B), com receptores hormonais positivos e HER2 negativo.

O tumor de mama foi classificado como estágio clínico IV, com metástase para pulmão (linfangite carcinomatosa à TC) e ossos, sem indicação de cirurgia para a lesão mamária. Quimioterapia seguida de hormonioterapia foi o tratamento de escolha. Após um ano o paciente foi reestadiado. A TC de abdome superior mostrou nódulos parenquimatosos sugestivos de implantes secundários no baço, também vistos no ultrassom (Figura 2A). Biópsia percutânea esplênica orientada por ultrassom diagnosticou metástase de carcinoma mamário (Figura 2B), iniciando-se novo esquema quimioterápico por progressão exclusiva esplênica.

O câncer de mama masculino é raro, representando 0,6% dos cânceres de mama e menos de 1% dos carcinomas em homens. A idade média ao diagnóstico é de 65 anos⁽²⁾. A queixa mais frequente é nódulo palpável, geralmente > 2,0 cm⁽³⁾. Mamografia e ultrassonografia são utilizadas para o diagnóstico, seguindo critérios de malignidade do câncer de mama feminino^(2,4-6). O subtipo histológico mais comum é o carcinoma ductal invasivo, frequentemente positivo para estrógeno e progesterona⁽²⁾.

O tratamento de escolha é mastectomia e possível esvaziamento axilar ipsilateral (envolvimento linfonodal de 50–60%)⁽³⁾. Quimioterapia e radioterapia extrapolam indicações utilizadas para