

Papiloma Intraductal

Gabriela Boufelli de Freitas¹, Carlos Alberto Ruiz², José Roberto Filassi³, Filomena Marino Carvalho⁴

Na mama as lesões papilíferas são compostas por: papiloma intraductal, papiloma intraductal com hiperplasia atípica, carcinoma papilífero intraductal, carcinoma papilífero encapsulado e carcinoma papilífero sólido, estas duas últimas formas correspondentes a carcinoma invasivo, embora com comportamento biológico equivalente aos carcinomas papilíferos intraductais. A lesão mais encontrada é o papiloma intraductal central (ou solitário), geralmente único e localizado em regiões de ductos maiores na região subareolar da mama.

O aumento da realização de exames de imagem ampliou também os diagnósticos de lesões papilíferas e isso gerou o questionamento sobre o que deve ser feito nessas situações.

A maior preocupação é com a subestimação, que na literatura varia de 0 a 25%. Existe um consenso de que se deve realizar biópsia cirúrgica em todos os casos de papilomas com hiperplasia atípica na biópsia de fragmento; porém, os papilomas benignos completamente removidos pela biópsia percutânea aparentemente podem ser acompanhados sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Ueng et al.¹ realizaram uma revisão na literatura e não encontraram achado clínico ou por imagem que fosse específico para determinar quais lesões deveriam ser operadas por apresentarem maior risco de subestimação.

A subestimação avaliada por Renshaw et al.² foi de 38% (12 em 62 casos avaliados); porém, quando foram revisados, os casos subestimados eram aqueles que apresentavam atipia na biópsia percutânea. Lewis et al.³ encontraram um risco relativo para câncer de mama de 5,1, 7,0, 2,0 e 3,0 nos papilomas solitários com atipia, nos papilomas múltiplos com atipia, nos papilomas solitários sem atipia e nos múltiplos com atipia, respectivamente. Isso demonstra que o fator mais relacionado à subestimação é a presença de atipia na biópsia inicial. Com a evolução dos métodos de imagem e de biópsia, Lu et al.⁴ encontraram, em 66 papilomas sem atipia, 12 casos de subestimação (19,1%), sendo 4 carcinoma ductal *in situ* (CDIS) e 8 hiperplasia ductal com atipia. Cuneo et al.⁵, avaliando 116 papilomas sem atipia, encontraram 5 casos de subestimação (4,3%).

A partir desses estudos mostrando que os papilomas sem atipia talvez não precisassem ser operados, Swapp et al.⁶ seguiram por 36 meses 100 pacientes com papilomas centrais sem atipia que haviam sido completamente removidos na biópsia e não encontraram nenhum caso de malignidade neste período. Andrew Mosier et al.⁷ seguiram 86 casos de papilomas sem atipias medindo menos que 1,5 cm também completamente removidos na biópsia, e, no seguimento de 2 anos, não houve diagnóstico de lesões suspeitas. Wenjun Yi et al.⁸ acompanharam 103 papilomas sem atipias por 33 meses e também não encontraram alterações suspeitas no seguimento desses casos.

Esses últimos trabalhos revelam que os papilomas sem atipia que forem completamente removidos pela mamotomia não precisam de excisão cirúrgica e podem ter seguimento clínico com exames de imagem.

Rakha et al.⁹, estudando lesões Birads 3 e 4, concluíram que mesmo com lesão residual pequena a possibilidade de seguimento também pode ser considerada desde que haja concórdia clínica/imagiológica/anatomopatológica com amostra representativa e sem fatores

¹Medica Colaboradora do Setor de Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – São Paulo (SP), Brasil.

²Mastologista, Assistente Doutor da Disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da FMUSP – São Paulo (SP), Brasil.

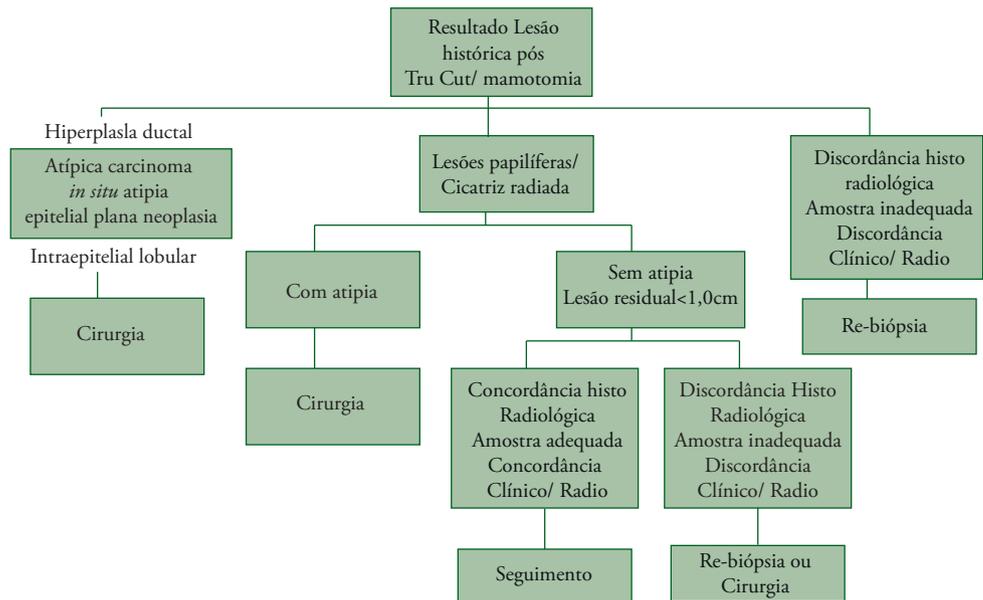
³Professor livre docente da Disciplina de Ginecologia da FMUSP e Chefe do Setor de Mastologia do Hospital das Clínicas e Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Professora Associada do Departamento de Patologia da FMUSP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Gabriela Boufelli de Freitas – Praça Campos da Cunha, 41, apto. 102 – Vila Ipojuca – CEP 05054-130 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: gabi_boufelli@yahoo.com.br

de risco adicionais. O seguimento em lugar da excisão cirúrgica vem cada vez mais sendo a melhor opção para as lesões papilíferas sem atipias diagnosticadas por biópsias percutâneas, sobretudo aquelas sem microcalcificações¹⁰, sem massa palpável¹¹ e sem modificação das características da imagem¹².

Segue fluxograma sugerido atualmente nesses casos pelo Setor de Mastologia da Disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.



Referências

1. Ueng SH, Mezzetti T, Tavassoli FA. Papillary neoplasms of the breast: a review. Arch Pathol Lab Med. 2009;133(6):893-907.
2. Renshaw AA, Derhagopian RP, Tizol-Blanco DM, Gould EW. Papillomas and atypical papillomas in breast core needle biopsy specimens: risk of carcinoma in subsequent excision. Am J Clin Pathol. 2004;122(2):217-21.
3. Lewis JT, Hartmann LC, Vierkant RA, Maloney SD, Shane Pankratz V, Allers TM, et al. An analysis of breast cancer risk in women with single, multiple, and atypical papilloma. Am J Surg Pathol. 2006;30(6):665-72.
4. Lu Q, Tan EY, Ho B, Chen JJ, Chan PM. Surgical excision of intraductal breast papilloma diagnosed on core biopsy. ANZ J Surg. 2012;82(3):168-72.
5. Cuneo KC, Dash RC, Wilke LG, Horton JK, Koontz BF. Risk of invasive breast cancer and ductal carcinoma in situ in women with atypical papillary lesions of the breast. Breast J. 2012;18(5):475-8.
6. Swapp RE, Glazebrook KN, Jones KN, Brandts HM, Reynolds C, Visscher DW, et al. Management of benign intraductal solitary papilloma diagnosed on core needle biopsy. Ann Surg Oncol. 2013;20(6):1900-5.
7. Mosier AD, Keylock J, Smith DV. Benign papillomas diagnosed on large-gauge vacuum-assisted core needle biopsy which span <1.5 cm do not need surgical excision. Breast J. 2013;19(6):611-7.
8. Yi W, Xu F, Zou Q, Tang Z. Completely removing solitary intraductal papillomas using the Mammotome system guided by ultrasonography is feasible and safe. World J Surg. 2013;37(11):2613-7.
9. Rakha EA, Ho BC, Naik V, Sen S, Hamilton LJ, Hodi Z, et al. Outcome of breast lesions diagnosed as lesion of uncertain malignant potential (B3) e suspicious of malignancy (B4) on needle core biopsy, including detailed review of epithelial atypia. Histopathology. 2011;58:626-32.
10. Hawley JR, Lawther H, Erdal BS, Yildiz VO, Carkaci S. Outcomes of benign breast papillomas diagnosed at image-guided vacuum-assisted core needle biopsy. Clin Imaging. 2015;[Epub ahead of print].
11. Nakhli F, Ahmadiyeh N, Lester S, Raza S, Lotfi P, Golshan M. Papilloma on core biopsy: excision vs. observation. Ann Surg Oncol. 2014;[Epub ahead of print].
12. Yamaguchi R, Tanaka M, Tse GM, Yamaguchi M, Terasaki H, Hirai Y, et al. Management of breast papillary lesions diagnosed in ultrasound-guided vacuum-assisted and core needle biopsies. Histopathology. 2015;66(4):565-76.