

RELATO DE CASO

# Manifestações incomuns do carcinoma ductal *in situ*: relato de caso

*Uncommon ductal carcinoma in situ presentations: case report*

Tais Auxiliadora Rotoli Baldelin<sup>1</sup>

## Descritores

Neoplasias da mama  
Carcinoma in situ  
Mamografia  
Ultrassonografia mamária  
Imagem por Ressonância Magnética

## Keywords

Breast neoplasm  
Carcinoma in situ  
Mammography  
Ultrasonography, mammary  
Magnetic Resonance Imaging

## RESUMO

Relatamos um caso de uma paciente assintomática, cuja mamografia demonstrou nódulo contendo calcificações e ultrassonografia, imagem semelhante a agrupamento de pequenos cistos. Este achado é inespecífico, mas pode ser encontrado em vários transtornos proliferativos benignos ou fibrocísticos e também no carcinoma ductal *in situ*. Foi também obtida a tomossíntese e a ressonância magnética, que confirmaram os achados.

## ABSTRACT

It was related a case of an asymptomatic patient, whose mammography presented a nodule with calcification and the ultrasound images showed a group of small cysts. This is a nonspecific finding, but can be found in several benign or fibrocystic proliferative diseases, and even in ductal carcinoma *in situ*. The findings confirmation was made by digital breast tomosynthesis and magnetic resonance.

## Introdução

Atualmente, o carcinoma ductal *in situ* (CDIS) é responsável por mais de 20% dos novos casos diagnosticados de câncer de mama e sua incidência tem aumentado<sup>1</sup>. Nesse contexto, torna-se essencial conhecermos suas diferentes formas de manifestação na imagem, a fim de tentarmos interromper o curso dessa doença em um estágio ainda precoce.

## Relato do caso

Mulher de 63 anos, assintomática, foi realizar mamografia em uma clínica especializada em imagem. A mamografia digital de campo total mostrou um nódulo oval, isodense, indistinto, contendo calcificações redondas, medindo 2,0 cm, localizado na união dos quadrantes inferiores da mama esquerda (Figura 1).

A ultrassonografia foi realizada em seguida, na tentativa de identificar o nódulo para guiar a biópsia. Nesse exame foi evidenciado um aglomerado de ductos discretamente dilatados, com forma oval e margens circunscritas (Figura 2). A elastografia *shearwave* mostrou padrão não homogêneo (Figura 3).

Trabalho realizado na Clínica Mama Imagem – São José do Rio Preto (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Clínica Mama Imagem – São José do Rio Preto (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Tais Auxiliadora Rotoli Baldelin – Rua Dr. Raul Silva, 759 – Redentora – CEP: 15015-020 – São José do Rio Preto (SP), Brasil – E-mail: taisbaldelin@ig.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 27/01/2015. Aceito em: 27/01/2015

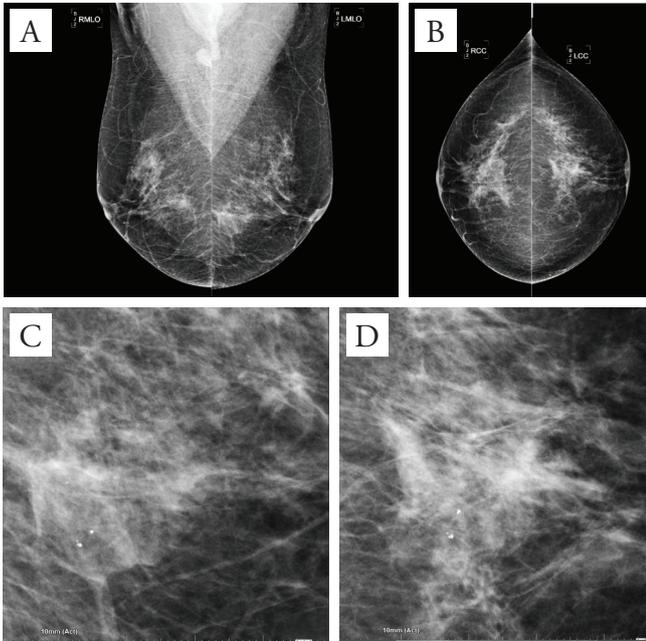
Foi então colocado um reparo metálico cutâneo sobre o agrupamento de cistos obtida a tomossíntese. Esta comprovou que o achado na ultrassonografia correspondia àquele visto na

mamografia e ainda que as margens do nódulo realmente eram indistintas (Figura 4).

A biópsia percutânea com agulha grossa guiada por ultrassom revelou carcinoma ductal *in situ* grau nuclear 2 do tipo histológico cribriforme, sólido e micropapilífero, com necrose e invasão estromal não observadas nos fragmentos.

A ressonância magnética mamária evidenciou o nódulo, que apresentava forma e margens irregulares e realce heterogêneo após a administração endovenosa do meio de contraste paramagnético (Figura 5). Houve intensa e rápida captação pelo meio de contraste com posterior *washout* (Figura 6).

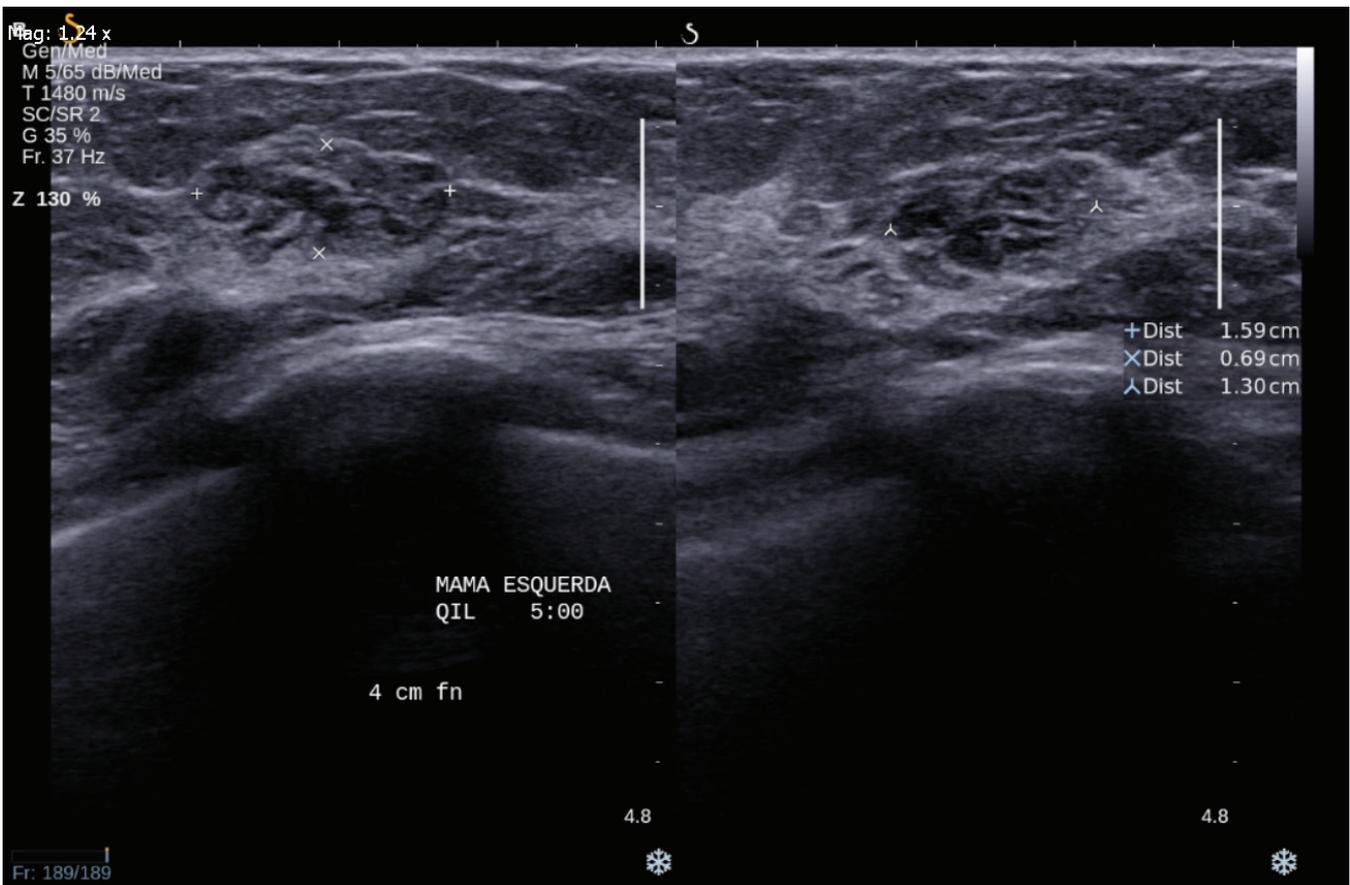
Como tratamento cirúrgico, foi realizada a quadrantectomia esquerda. O anatomopatológico cirúrgico foi de carcinoma ductal *in situ* grau nuclear 3, com linfonodo sentinela axilar esquerdo negativo para metástase. O exame imuno-histoquímico revelou carcinoma ductal *in situ* positivo para receptores de estrogênio e progesterona, ausência de imunopositividade para HER-2 e índice de proliferação celular estimado em 25% Ki-67.



**Figura 1.** Mamografia bilateral demonstrando o nódulo na mama esquerda (A e B). A ampliação eletrônica evidencia melhor as calcificações redondas em seu interior (C e D)

### Discussão

O achado de nódulo não costuma ser a manifestação usual do CDIS. Isso ocorre em 10% dos casos na mamografia<sup>2,3</sup>. A maioria

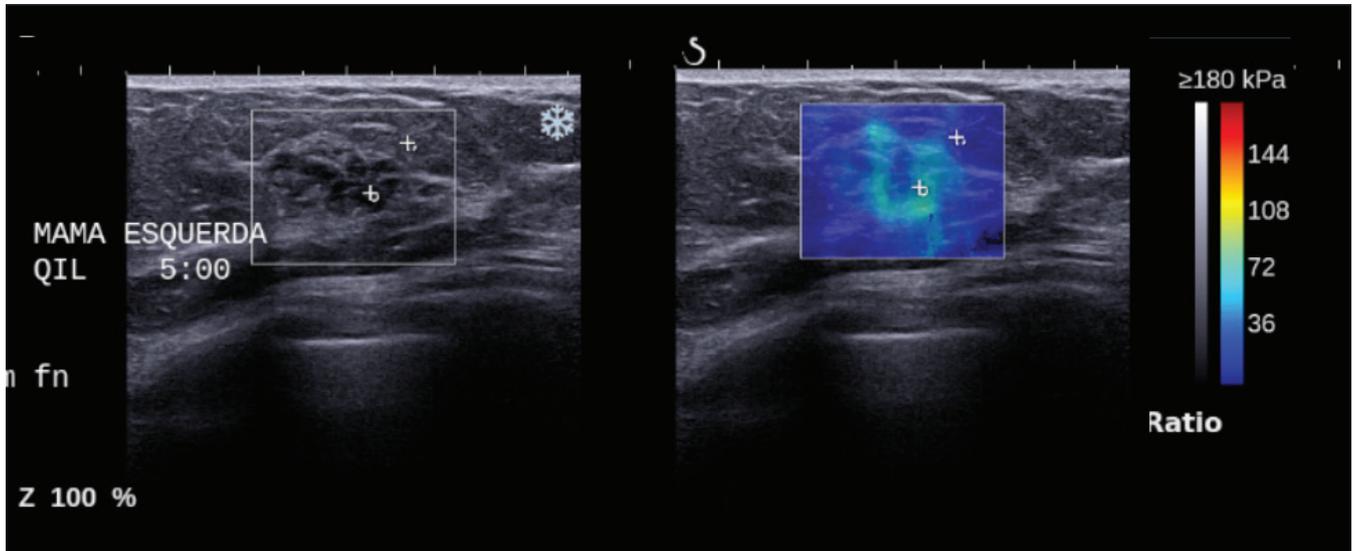


**Figura 2.** Ultrassonografia mostrou um aglomerado de ductos dilatados

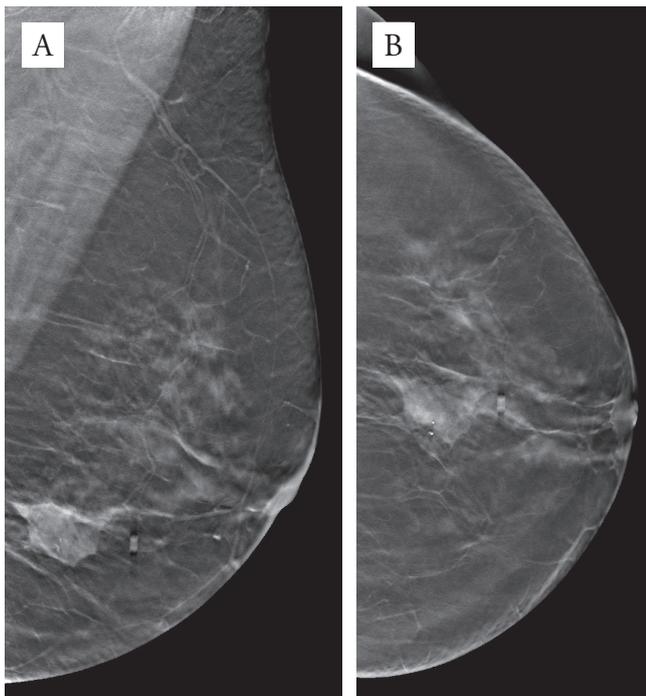
se manifesta como microcalcificações. Nódulo contendo calcificações detectado na mamografia, desde que não represente fibroadenoma em involução ou cisto com “leite de cálcio”, necessita de prosseguimento na investigação de sua natureza.

Em geral, a mamografia é mais efetiva do que a ultrassonografia para detecção do CDIS, porque a primeira demonstra e caracteriza melhor as microcalcificações. No entanto, isso não significa que o ultrassom não exerça seu papel. Quando o tumor leva a uma distensão de ductos, estes passam a ser mais facilmente vistos neste método

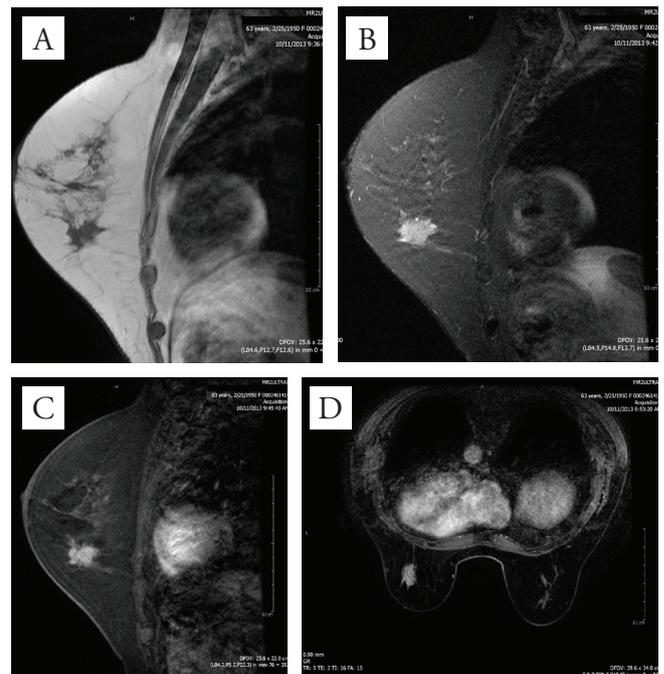
de imagem. Às vezes, é possível observar pequenos ecos brilhantes representando as calcificações. O dilema é que o CDIS não representa o único processo histopatológico que dilata os ductos e a unidade ducto-lobular terminal. Praticamente todo o espectro de alteração fibrocística benigna e transtorno proliferativo benigno pode distender tais estruturas. Deve-se sempre levar em conta se a dilatação é difusa, sugerindo mais um processo proliferativo benigno ou se o comprometimento é mais focal, levantando maior suspeita. A idade e o estado hormonal da paciente também devem ser levados em consideração<sup>4</sup>.



**Figura 3.** Elastografia *shearwave* mostrando um padrão não homogêneo do agrupamento de cistos



**Figura 4.** Tomossíntese nas incidências médio-lateral oblíqua (A) e craniocaudal (B) evidenciando as margens indistintas do nódulo e comprovando que o achado mamográfico correspondia ao ultrassonográfico



**Figura 5.** A ressonância magnética mamária na sequência ponderada T1 sem contraste (A) e na sequência ponderada em T2 com supressão de gordura já revelaram o nódulo (B). Este apresentou realce heterogêneo após o uso do contraste nas sequências T1 com supressão de gordura (C) e no axial tardio (D)

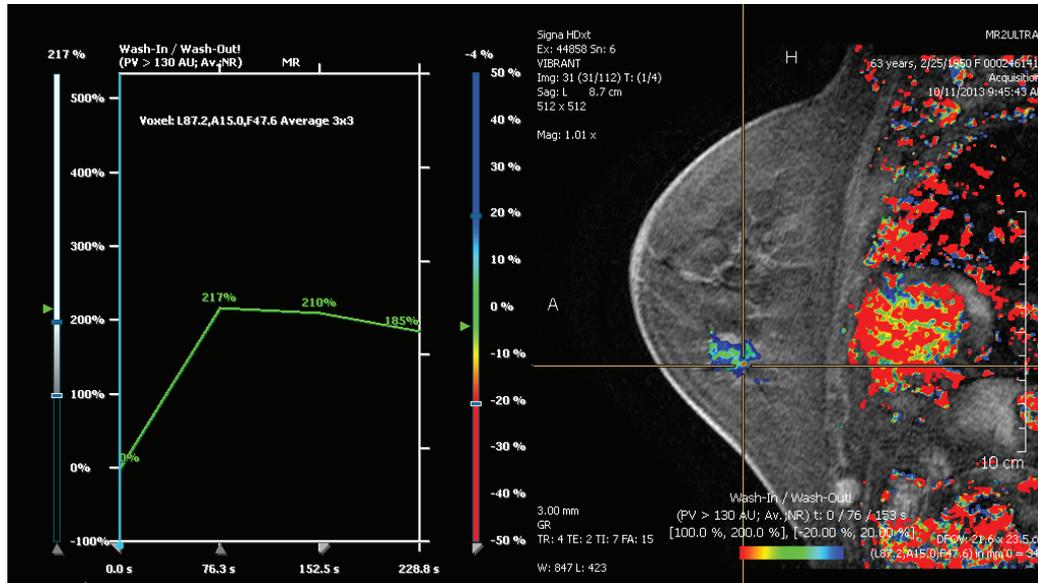


Figura 6. Houve intensa e rápida captação pelo meio de contraste com posterior *washout*

Na ressonância magnética, o CDIS manifesta-se como um nódulo em apenas 14 a 41% dos casos<sup>5-7</sup>. Quando isso acontece, o nódulo aparece irregular, com margens irregulares ou espiculadas e realce heterogêneo. Margens circunscritas são incomuns, aparecendo em 4 a 8% dos casos<sup>6,7</sup>. A manifestação mais comum desse tipo de carcinoma é realce não nodular (60–81%). Destes, o mais frequente é o realce interno do tipo *clumped* (41–64%), com distribuição segmentar (14–77%)<sup>1</sup>. A cinética do CDIS é variável, com uma fase inicial rápida de captação pelo meio de contraste, seguida de uma curva platô (padrão mais comum). Os nódulos mais frequentemente exibem curva *washout* quando comparados a lesões não nodulares<sup>1</sup>. Lembramos que o importante é valorizar mais os achados morfológicos do que a curva cinética.

### Conclusão

Descrevemos este caso de carcinoma ductal *in situ*, cujas características de imagem sugeriam processo invasivo na mamografia, na tomossíntese e na ressonância magnética, mas processo benigno ao ultrassom, apenas com padrão intermediário à elastografia *shearwave*.

É importante basearmos nossa decisão de indicar a biópsia mediante o achado de imagem mais suspeito. Lembramos que essa entidade de destaque, o carcinoma *in situ*, pode ter

apresentações incomuns, inclusive simulando lesões benignas, principalmente ao ultrassom.

### Referências

- Greenwood HI, Heller SL, Kim S, Sigmund EE, Shaylor SD, Moy L. Ductal carcinoma in situ of the breasts: review of MR imaging features. *Radiographics*. 2013;33(6):1569-88.
- Barreau B, de Mascarel I, Feuga C, MacGrogan G, Dilhuydy MH, Picot V, et al. Mammography of ductal carcinoma in situ of the breast: review of 909 cases with radiographic-pathologic correlations. *Eur J Radiol*. 2005;54(1):55-1.
- Stomper PC, Connolly JL, Meyer JE, Harris JR. Clinically occult ductal carcinoma in situ detected with mammography: analysis of 100 cases with radiologic-pathologic correlation. *Radiology*. 1989;172(1):235-41.
- Stavros TA. *Breast Ultrasound*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Kuhl CK, Schrading S, Bieling HB, Wardelmann E, Leutner CC, Koenig R, et al. MRI for diagnosis of pure ductal carcinoma in situ: a prospective observational study. *Lancet*. 2007;370(9586):485-92.
- Jansen SA, Newstead GM, Abe H, Shimauchi A, Schmidt RA, Karczmar GS. Pure ductal carcinoma in situ: kinetic and morphologic MR characteristics compared with mammographic appearance and nuclear grade. *Radiology*. 2007;245(3):684-91.
- Chan S, Chen JH, Agrawal G, Lin M, Mehta RS, Carpenter PM, et al. Characterization of pure ductal carcinoma in situ on dynamic contrast-enhanced MR imaging: do nonhigh grade and high grade show different imaging features? *J Oncol*. 2010;2010:pii431341.