

Sarcoma primário da mama: quando suspeitar?

O sarcoma primário de mama é uma neoplasia maligna rara e agressiva, representando menos de 1% dos tumores malignos da mama e menos de 5% dos sarcomas. Tem origem no tecido mesenquimal e apresenta um grupo heterogêneo de subtipos histológicos, sendo o **angiossarcoma** o mais comum e com pior prognóstico, principalmente nas mulheres submetidas à radioterapia:

Alguns dos subtipos não angiossarcoma:

- Sarcoma de células fusiformes (14%)
- Leiomiossarcoma (12%)
- Sarcoma de células gigantes (10%)
- Sarcoma estromal (6%)
- Histiocitoma fibroso maligno (6%)
- Fibrossarcoma (3%)
- Lipossarcoma (3%)
- Osteossarcoma (<1%),
- Não especificados (26%)

A maioria dos desfechos negativos como recorrência, metástase e óbito ocorrem nos primeiros anos do diagnóstico.

o diagnóstico e tratamento precoce têm grande impacto na sobrevida aumentando consideravelmente a chance de cura desses pacientes!!!

Fatores de risco

- Mulher na quinta-sexta década de vida (média 50 anos)
- Mutações genéticas (destaca-se o gene TP53)
- Síndromes genéticas hereditárias: Li-Fraumeni, polipose adenomatosa familiar e neurofibromatose tipo 1

Clínica

- Nódulo solitário, bem definido, móvel, indolor, de crescimento rápido.
- O diâmetro médio é de 5 cm
- O acometimento da pele, do complexo areolopapilar e da cadeia linfática axilar é raro.

Metástase

- A via preferencial de metástase é a hematogênica, sendo incomum ocorrer pela via linfática
- Os principais sítios são os pulmões, os ossos e o fígado.
- O angiossarcoma é o subtipo histológico com maior taxa de recorrência e metástase.

Diagnóstico

- Suspeita diagnóstica é pelos exames de imagem
- Diagnóstico definitivo: anatomopatológico

Tratamento

- Ressecção com margens amplas e negativas, sem esvaziamento axilar.
- Radioterapia e quimioterapia adjuvante devem ser considerados principalmente nos casos de tumores maiores que 5 cm

Sarcoma primário da mama: quando suspeitar?

Os achados de imagem não são patognômicos porém são importantes para a suspeita diagnóstica- ao afastar outras hipóteses diagnósticas, favorecer a possibilidade de sarcoma e de guiar a biópsia- além de determinarem aspectos, como o tamanho, que interferem no planejamento terapêutico. Os principais achados em cada método de imagem estão descritos abaixo:

Mamografia

- Massa única, oval, hiperdensa, com margens indistintas, sem calcificações.

Ultrassom

- Massa oval, hipoecogênica ou complexa, com margens indistintas ou circunscritas, com sombra acústica posterior, sem calcificações
- Hipervascularizada ao Doppler
- Geralmente pele e linfonodos estão preservados.

Ressonância magnética

- Massa oval, com margens irregulares, sinal hiperintenso na sequência ponderada em T2, com realce precoce e heterogêneo
- Washout ou curva de platô na análise cinética tardia.
- Pode-se ter sinal hipointenso na sequência ponderada em T1, comumente relacionado com necrose central.

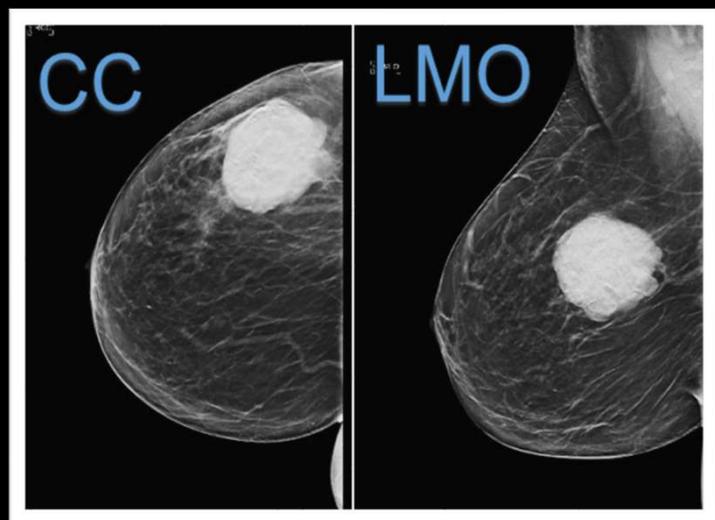
Tumores maiores que 5 cm apresentam prognóstico mais reservado e maiores taxas de recorrência local !!!!!

ATENÇÃO!

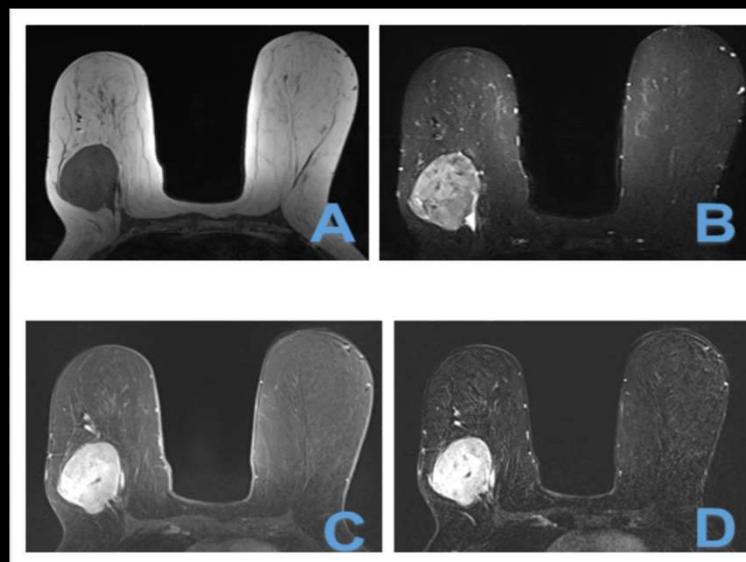
Massas ovais de crescimento rápido com margens indistintas sem linfadenopatia axilar são características que favorecem o diagnóstico de sarcoma e devem alertar o radiologista para a possibilidade deste diagnóstico diferencial, que sempre deve ser investigado com biópsia, comumente guiada por ultrassonografia.

Sarcoma primário da mama: quando suspeitar?

Mulher, 50 anos, com nódulo palpável na mama direita, realiza mamografia e ressonância magnética das mamas, ambos categorizados como **BI-RADS 4**:



Mamografia da mama direita nas incidências craniocaudal (CC) e lateromedial oblíqua (LMO) com nódulo denso, microlobulado e indistinto, na junção dos quadrantes laterais/ quadrante súpero-lateral da mama direita, medindo 6,0 cm e distando 7,0 cm da papila

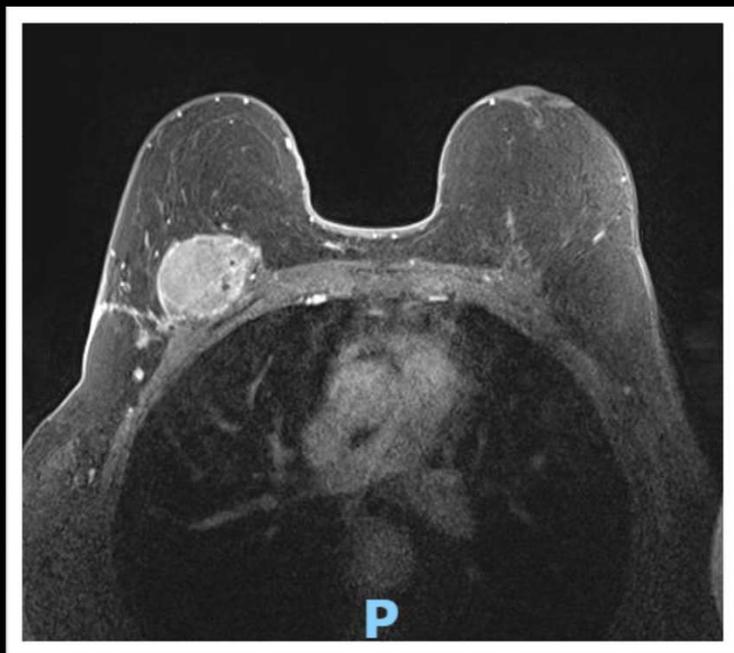


Ressonância magnética em corte axial com nódulo irregular e microlobulado com realce heterogêneo e persistente, localizado na junção dos quadrantes laterais da mama direita, medindo 6,1 x 5,0 x 5,7 cm, adjacente à musculatura peitoral e distando 7,5 cm da papila

Foi indicado investigação com biópsia com resultado de **osteossarcoma osteoblástico**, sendo optado pela cirurgia conservadora.

Sarcoma primário da mama: quando suspeitar?

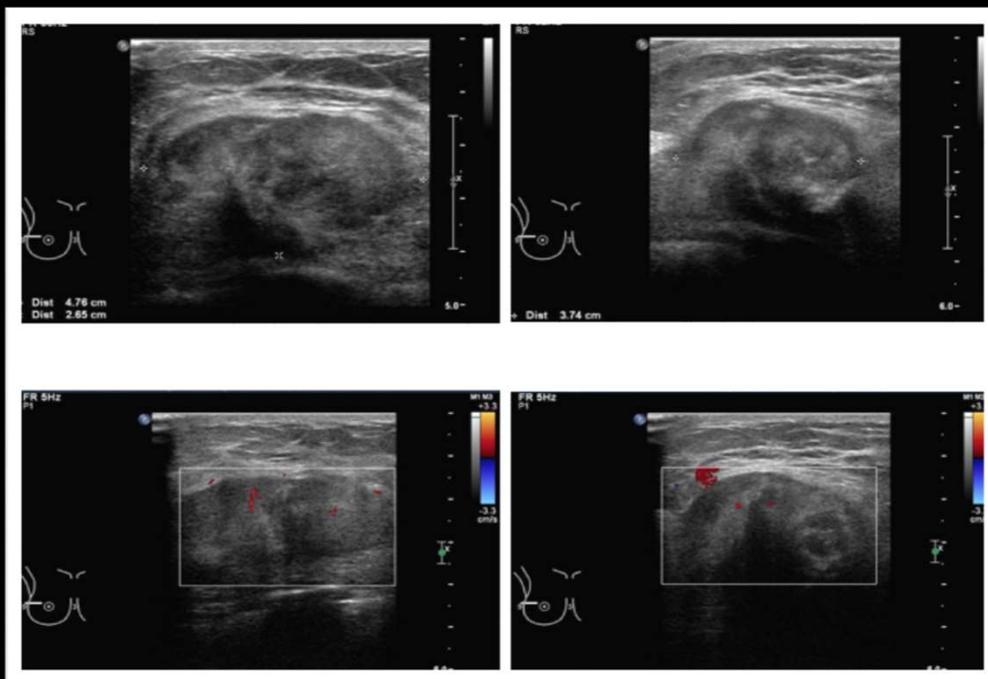
Após 2 meses, a paciente retorna com novo nódulo palpável há 20 dias no mesmo local. Com a suspeita clínica de recidiva do tumor, foi solicitado nova ressonância magnética:



Ressonância magnética em corte axial em T2 com nódulo de forma e contornos irregulares com realce precoce e heterogêneo pelo meio de contraste, localizado no terço posterior dos quadrantes laterais da mama direita, com extensão para a musculatura peitoral (maior e menor), com 4,7 x 3,2 x 5,2 cm e distando 2,6 cm da pele lateral. **(BI-RADS categoria 5).**

O achado na RM reforçou a hipótese diagnóstica de recidiva e a recomendação foi prosseguir a investigação com biópsia de fragmento guiada por ultrassonografia

Sarcoma primário da mama: quando suspeitar?



Ultrassom com nódulo heterogêneo, de forma irregular e contornos indistintos, com maior eixo paralelo a pele, medindo 4,7 x 2,6 x 3,7 cm no quadrante superolateral da mama direita em contato com a musculatura peitoral (**BI-RADS categoria 5**)

O resultado anatomopatológico foi de osteossarcoma osteoblástico de alto grau infiltrando o parênquima mamário com aspectos morfológicos semelhantes a neoplasia mamária prévia. Dessa forma, confirmou-se a recidiva do osteossarcoma osteoblástico de alto grau. Foi realizado tratamento adequado, sem novas recidivas no acompanhamento pós-tratamento.

O tratamento precoce do sarcoma primário da mama impacta positivamente no aumento da sobrevida.

Massas ovais hipervasculares com margens indistintas, de crescimento rápido e sem linfadenopatia, devem alertar o radiologista para a possibilidade de sarcoma que deve recomendar prosseguir a investigação com a biópsia.