

CISTOS MAMÁRIOS - O QUE SÃO AFINAL?

De acordo com os conceitos atuais de patologia mamária, o cisto é definido como uma alteração do desenvolvimento do tecido fibroglandular, e não mais uma doença¹. Aproximadamente 7% das mulheres ocidentais apresentarão cistos na forma de nódulos palpáveis durante sua vida, sendo que a idade mais comum situa-se entre 35 e 50 anos². Um trabalho clássico publicado por Davis et al³, descreve a realização de exames histológicos mamários em necrópsias de mulheres falecidas por causas extra-mamárias. Ele encontrou cistos em 58% das mulheres, sendo bilaterais em 43%. Diante da frequência deste achado em exames ultrassonográficos e a enorme preocupação referida pelas pacientes, descrevemos nesta 8ª edição do MamaNews as bases fisiológicas e as evidências mais atuais sobre o tema.



Etiologia e fisiopatologia das alterações fibrocísticas benignas das mamas.

O processo normal da fisiologia mamária envolve contínuas mudanças de desenvolvimento e involução do tecido fibroglandular entre a menarca e a menopausa. Por uma variação neste processo, ocorre desaparecimento do estroma de maneira precoce e a manutenção dos ácinos, levando a formação dos microcistos, que se transformam em macrocistos com a obstrução do ductulo eferente (Figura 1).

O termo “alteração fibrocística” é o mais aceito atualmente² e consiste no achado de cistos, espessamento mamário e sensação de multinodularidade durante fases do ciclo menstrual, na ausência de outras alterações.

É importante salientar que a alteração fibrocística não aumenta o risco de desenvolvimento do câncer de mama¹.

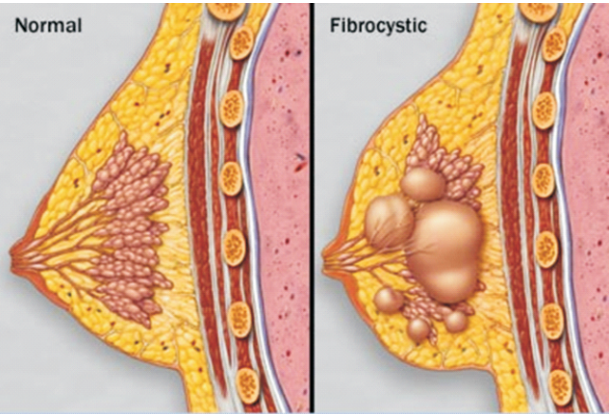


Figura 1 - Ilustração demonstrando o aspecto dos cistos mamários. No centro à direita observamos um cisto bem volumoso.



Quais são os tipos de cistos existentes na mama.

Há diversos tipos diferentes de cistos mamários e os mesmos não podem ser diagnosticados exclusivamente pela mamografia, pois não é possível distingui-los de outras imagens nodulares bem circunscritas. A ultrassonografia é considerada padrão-ouro na identificação destas alterações pois consegue diferenciar com relativa facilidade lesões sólidas de císticas (Figura 2).

De acordo com a padronização ACR BIRADS®⁴, as lesões císticas são classificadas em cisto simples, cisto complicado, microcistos agrupados e cisto complexo.

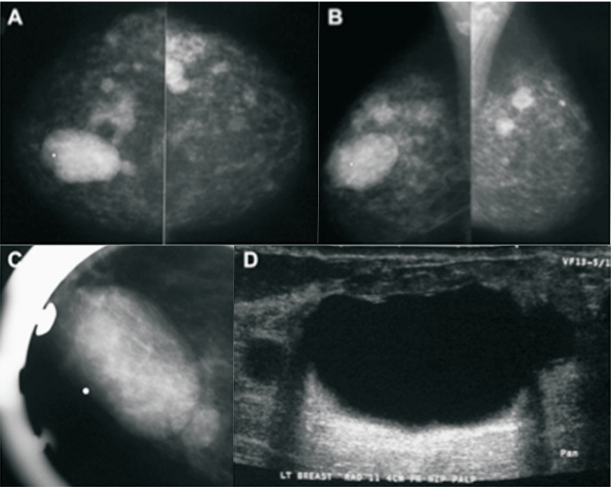


Figura 2 - Nódulos na mamografia que revelaram-se cistos ao estudo ultrassonográfico complementar.



Cisto simples

Apresenta-se como lesão regular, conteúdo anecóico e reforço acústico posterior. Os cistos menores de 2 cm são extremamente frequentes e não merecem atenção especial. Aqueles volumosos e palpáveis podem ser puncionados, devido ao desconforto e dor local. Em 25% das vezes, um macrocisto submetido à punção pode se recidivar⁵. As pacientes que apresentarem recidiva por 3 vezes em um ano, deverão ser submetidas à ressecção cirúrgica da área.

INDICAÇÃO DE EXÊRESE DE CISTO MAMÁRIO PALPÁVEL
Saída de material sanguinolento na punção
Existência de lesão sólida após a punção
Recidiva do cisto após 3 punções consecutivas em um mesmo ano
Persistência da área palpável após esvaziamento do cisto

Berg, 2010



Cisto complicado (Cisto Espesso)

Apresenta todas as características de um cisto simples, exceto pela presença de ecos internos, que podem ser decorrentes da presença de pus, sangue ou proteína. É frequente a denominação de cisto espesso por uma questão de semântica, já que o termo cisto complicado pode induzir a uma interpretação errônea.

Um cisto pode parecer septado devido às lobulações que ocorrem com a distensão das estruturas acinares, entretanto estes septos são finos (<3mm) e não apresentam áreas sólidas associadas, categorizados como BIRADS®2.

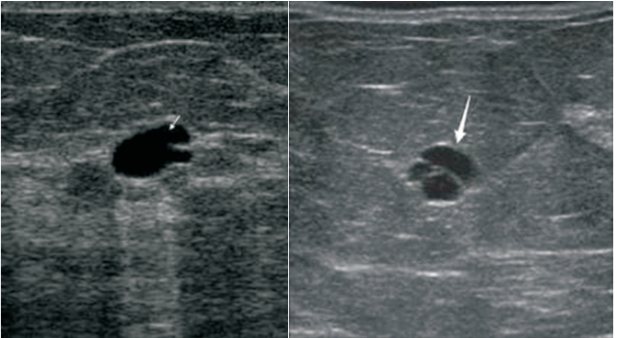


Figura 3 - Imagens de cistos septados. Observar como os septos são finos. Tal achado é considerado benigno, BIRADS® 2.

Diferentemente da interpretação de septos em um cisto ovariano, o achado de um cisto mamário septado não deve causar preocupação.

ACRIN 6666, 2010



Microcistos agrupados

Apresentam-se à ecografia como imagem microlobulada, com conteúdo anecóico, separados por finas traves. Podem ser classificados como BIRADS® 2 quando ocorrem em pacientes na pré-menopausa e coexistem com outros cistos simples mamários⁴. Quando isolados ou em pacientes na pós-menopausa, são melhor classificados como BIRADS® 3, sendo recomendado um seguimento em 6, 12 e 24 meses.



Cisto complexo

Compreendem as lesões predominantemente císticas com formação sólida no interior maior de 5mm, ou lesão sólida com conteúdo cístico no interior. Classifica-se como BIRADS®⁴, sendo indicativo de investigação cito-histológica.

Existem pequenas séries de casos avaliando importância dos cistos complexos. Dados mostram risco de neoplasia entre 18 a 68%⁶⁻⁷, fato que comprova a necessidade da correlação anatomopatológica em todos os casos.

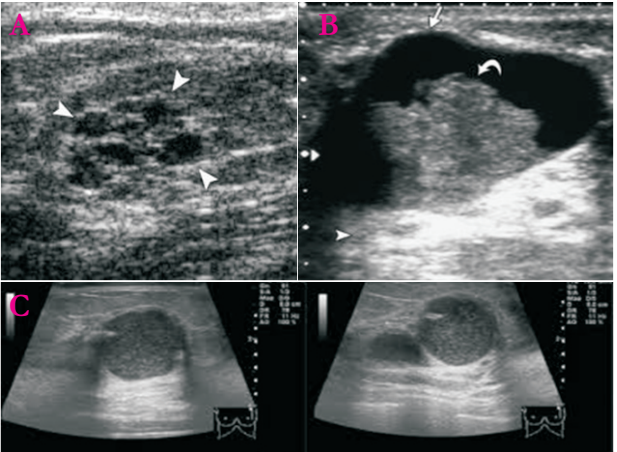


Figura 3 - A. Microcistos agrupados (cistos menores a 0,3cm com finos septos). B. Cisto complexo apresentando evidente área sólida no seu interior. C. Cisto espesso em dois cortes ultrassonográficos. Observar que seu conteúdo não é anecóico como nos cistos simples.



Relação entre cisto simples e câncer de mama

No passado, a presença de cistos mamários foi associada ao aumento do risco do câncer de mama. De fato, o estudo deste tema é extremamente difícil pois diversos vieses podem influenciar o resultado de análises epidemiológicas. Atualmente não acredita-se haver qualquer relação entre cistos simples e câncer de mama, sendo na verdade considerados parte da fisiologia normal da glândula mamária¹.



Conduta nos Cistos Mamários

O uso indiscriminado da ultrassonografia tornou o cisto de mama algo extremamente frequente no dia-a-dia do ginecologista. A conduta frente a este achado deve ser de orientação e observação apenas. Não há qualquer evidência na literatura ou mesmo base fisiológica que dê suporte ao uso de vitamina E nestas pacientes. Portanto o

O achado incidental de cisto simples não devem ser indicativo de conduta adicional, a não ser a orientação de seu caráter completamente benigno.

achado incidental de cisto simples não devem ser indicativo de conduta adicional, a não ser a orientação de seu caráter completamente benigno.

A presença de cisto volumoso e palpável pode ser indicativa de punção aspirativa com intuito de aliviar a quadro doloroso e o desconforto (Figura 4). O conteúdo cístico não necessita ser encaminhado para

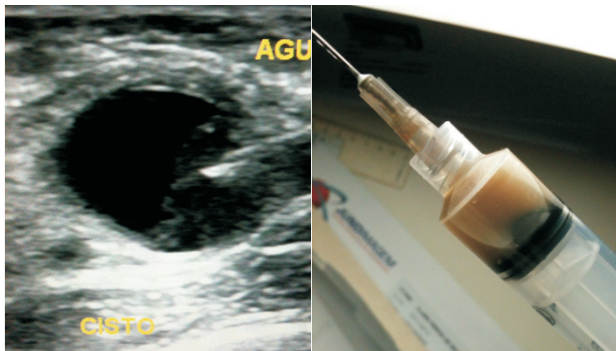


Figura 4 - cisto submetido à punção revelando conteúdo líquido seroso.

análise citológica pois a baixa celularidade torna o valor preditivo tanto positivo como negativo muito baixos (<30%). Exceções em caso de conteúdo com aspecto hemorrágico ou quando ocorre persistência de área endurecida no local do cisto aspirado.

Alguns cistos complicados (cisto espesso) devem ser submetidos à aspiração ou biópsia⁴ quando são classificados como BIRADS®4.

Descrevemos abaixo estas situações:

1. Quando são palpáveis.
2. Quando ocorre aumento em mais de 20% em seu diâmetro nos últimos 6 meses.
3. Quando está associado à microcalcificações e margens indistintas na mamografia.

Os cistos complexos devem ser submetidos à retirada cirúrgica. Muito se discute sobre a indicação de punção do conteúdo cístico ou biópsia percutânea da área sólida. Estudos, entretanto, revelaram valor preditivo baixo em virtude da elevada taxa de falso-positivo⁹.

Autor: Anastasio Berrettini Jr.
Professor Convidado da Universidade São Francisco
Pós-graduando da EPM da Universidade Federal de São Paulo
Fellow em Mastologia pelo Instituto Europeu de Oncologia - Milão, Itália.



MAMANews
Jundiaí

1. Santen RJ, Mansel R. Benign disorders. N Engl J Med. 2005 Jul 21;353(3):275-85.
2. Haagensen CD, Bodian C, Haagensen DE. Breast Carcinoma Risk and Detection. London: W B Saunders, 1981: 55-80.
3. Davis HD, Simons M, Davis JB. Cystic disease of the breast: relationship to carcinoma. Cancer 1964; 17: 957-78
4. Berg W.A. et al. Cystic Breast Masses and the ACRIN 6666 Experience. Radiol Clin North Am. 2010 September ; 48(5): 931-987. doi:10.1016/j.rcl.2010.06.007.
5. Berg WA, Blume JD, Cormack JB, et al. Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. JAMA 2008; 299(18):2151-63.
6. Berg W, Campassi C, Ioffe O. Cystic lesions of the breast: sonographic-pathologic correlation. Radiology 2003;227:183-91.
7. Chang YW, Kwon KH, Goo DE, et al. Sonographic differentiation of benign and malignant cystic lesions of the breast. J Ultrasound Med 2007;26(1):47-53.
8. Bassett LW. Imaging of breast masses. Radiol Clin North Am 2000;38(4):669-91.
9. Hong AS, Rosen EL, Soo MS, et al. BI-RADS for sonography: positive and negative predictive values of sonographic features. AJR Am J Roentgenol 2005;184(4):1260-5



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA
Regional São Paulo