

Editor: Dr. Rodrigo Gregório Brandão

FLUXO PAPILAR - VISÃO PRÁTICA SOBRE ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

Fluxo ou derrame papilar é definido como a eliminação de secreções pela papila fora do período gravídico-puerperal. O grande dilema relacionado a esta afecção clínica diz respeito à diferenciação entre os casos suspeitos daqueles tipicamente benignos ou fisiológicos. Aproximadamente 10% dos fluxos sanguinolentos são de origem maligna, apesar de frequentemente apresentarem exames de investigação normais³. Apresentamos nesta 9ª edição do MamaNews uma revisão atualizada sobre a conduta e tratamento desta importante queixa clínica.

Fluxos papilares fisiológicos x suspeitos

As mamas são estruturas glandulares que possuem origem apócrina. São especializadas na produção de leite, entretanto podem exibir diferentes formas de secreção, fisiológicas ou patológicas.

Fig1



Fig. 1 - Fluxo papilar escuro que revelou-se esverdeado com o uso da gaze - benigno.

O fluxo papilar benigno:

Ocorre de forma espontânea ou provocada, frequentemente bilateral e multiductal. Apresenta colorações das mais variadas: claros, esbranquiçados (leitosos), esverdeados, amarelados e verde escuros⁶. Não apresentam alterações clínicas associadas, como nódulos ou retrações cutâneas. Segue as situações mais associadas ao fluxo papilar benigno:

A. Recém-nascido: devido à estimulação do epitélio mamário fetal pelos hormônios placentários. Ocorre independente do sexo e desaparece em poucos dias.

B. Telarca: momento associado ao aumento dos esteroides sexuais com importante desenvolvimento do árvore ductal. Tal proliferação pode produzir secreção serosa multiductal e bilateral. Tem caráter autolimitado.

C. Climatério: momento caracterizado pela involução das unidades glandulares através da metaplasia apócrina. Este novo epitélio apresenta citoplasma amplo e altamente secretor. Esta secreção pode ser absorvida ou exteriorizada pelos óstios ductais devido à expressão areolopapilar.

D. Galactorreia: presença de secreção láctea fora do período gestacional, frequentemente por razões que causem hiperprolactinemia, apesar de não ser obrigatória. Entre as causas mais comuns estão os fármacos supressores de dopamina, alterações hipofisárias e hipotireoidismo⁷.

E. Iatrogênico: por alterações no eixo neuroendócrino devido interferências externas.

O uso de compostos farmacológicos como os

supressores de dopamina e os próprios hormônios são os principais responsáveis. De grande importância neste contexto estão os estímulos areolopapilares pelas pacientes.

Fluxo papilar suspeito:

São uniductais, unilaterais e espontâneos. O padrão macroscópico da secreção é sanguíneo, serossanguíneo ou cristalino⁸. A média de idade das mulheres acometidas por este sintoma é de 50 anos⁹, sendo que quanto mais idosa a paciente mais frequente é a associação com o câncer de mama³.

Tabela 2

Características do Fluxo Papilar Suspeito
Espontâneos
Unilaterais
Uniductais
Hemorrágicos, sero-hemorrágicos e cristalinos
Associados a nódulo ou retração areolar
Pacientes idosas
Sexo masculino

Investigação do fluxo papilar

Clínica: inicialmente é fundamental a distinção do fluxo espontâneo daquele provocado pela paciente. A expressão vigorosa pode determinar trauma e produzir sinal falso-positivo⁸.

O médico examinador deve realizar compressão digital seletiva, com o dedo indicador no sentido radial sobre a aréola - "manobra do gatilho".

A compressão do seio lactífero auxilia a exteriorização da secreção e indica a topografia do ducto comprometido⁹.

A palpação cuidadosa das mamas pode evidenciar lesão que ao ser pressionada induz à exteriorização de secreção. Tal situação pode ocorrer nos papilomas intraductais e nas ectasias, e deve ser avaliada cuidadosamente.

Citologia: há diversos estudos na literatura que demonstraram baixa sensibilidade deste método no diagnóstico do câncer de mama na presença de fluxo papilar suspeito. A taxa de falso-negativo chega a 50%⁵. É útil apenas para a realização do teste da hemoglobina na dúvida sobre a presença de sangue no fluxo papilar⁸.

Ultrassonografia: apresenta a melhor taxa de sensibilidade entre os métodos utilizados, 65%⁵ e portanto é mandatório na investigação do fluxo suspeito. Pode demonstrar lesões intraductais e direcionar o tratamento cirúrgico. O resultado negativo, entretanto, não afasta a possibilidade de câncer devido às elevadas taxas de falso-negativo.

Mamografia: é obrigatório em pacientes acima de 35 anos com quadro de derrame papilar. Apresentou sensibilidade de 60% em uma série com 313 pacientes⁵. Pode identificar alterações subclínicas associadas ao câncer de mama inicial como microcalcificações, nódulos e assimetrias



Fig. 3 - Fluxo sanguinolento uniductal demonstrado através da "manobra do gatilho". Investigação ultrassonográfica revelou nódulo complexo. No intraoperatório foi possível a identificação da lesão que revelou-se papiloma sem atipias.

Ductografia: Utilizada na ausência de lesões em outros métodos, com objetivo de mapear os ductos principais e identificar pontos de obstrução. Sua utilidade se encontra no planejamento cirúrgico, evitando-se exérese mais amplas e reduzindo a possibilidade de não se incluir a lesão no tecido excisado⁶. Seu inconveniente se encontra no desconforto para sua realização e por não alterar a conduta cirúrgica em grande parte dos casos. Apesar de frequentemente citado na literatura internacional, é pouco utilizado em nosso meio.

Figura 4

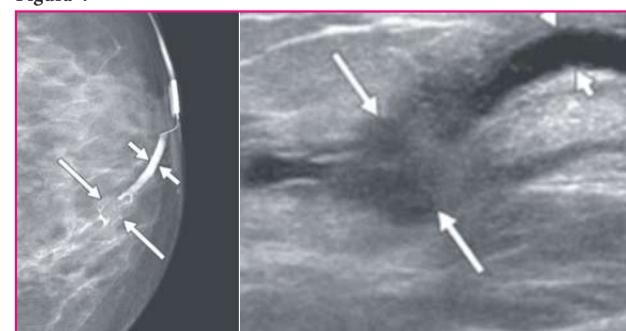


Fig. 4 - Ductografia demonstrou ponto de interrupção do contraste em ducto principal. Ao lado a correlação ultrassonográfica.

Há espaço para a ressonância magnética (RM) na investigação do fluxo papilar?

A ressonância magnética é um método de diagnóstico mamário com excelentes taxas de sensibilidade. Já possui indicação em diversas situações na mastologia, como na investigação do carcinoma oculto de mama ou no rastreamento de pacientes com alto risco. Estudos retrospectivos demonstraram valores preditivo negativo e positivo superiores quando comparada à ductografia¹⁰. Na presença de mamografia ou ultrassonografia demonstrando a lesão, o uso da ressonância pouco modifica o tratamento. Entretanto na investigação inicial negativa, a RM pode identificar doença oculta e ainda fornecer dados importantes sobre sua extensão. Seu uso, no entanto, não é considerado de rotina nos casos de fluxo papilar até que dados de estudos prospectivos demonstrem seu real benefício². (Fig. 5)

Tratamento do fluxo papilar

Nos fluxos tipicamente benignos deve-se orientar a paciente a evitar a expressão areolar, que deve ser executada apenas pelo médico na ocasião do exame clínico. Naqueles casos aonde observa-se a saída de secreção láctea, testes hormonais devem ser solicitados e a investigação adicional se baseará nos seus resultados⁸. Excepcionalmente pacientes com derrames multiductais e bilaterais, espontâneos e persistentes, podem necessitar de cirurgia devido ao desconforto associado ao sintoma⁹.

Nos fluxos sanguinolentos ou cristalinos, a cirurgia é obrigatória e pode se basear nos achados dos testes diagnósticos. Na presença de lesão, a biópsia pré-operatória pode ser aventada. Nas pacientes com desejo de amamentação, a exérese seletiva do ducto acometido guiada pelo “ponto gatilho” é o método de escolha, enquanto nas pós-menopausadas a ressecção dos ductos principais é a opção mais utilizada⁶. (Fig. 6)

Figura 5

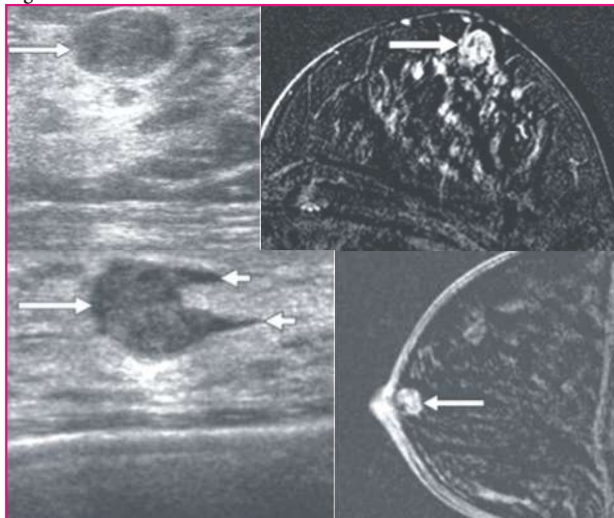


Fig. 5 - Lesões papilíferas observadas tanto na ultrassonografia como na ressonância magnética.

Figura 6

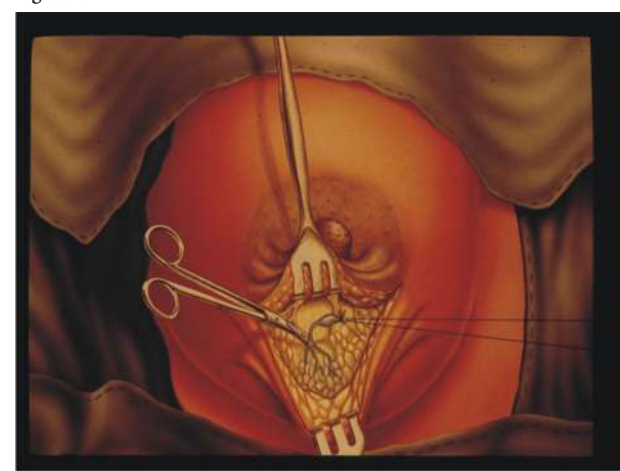
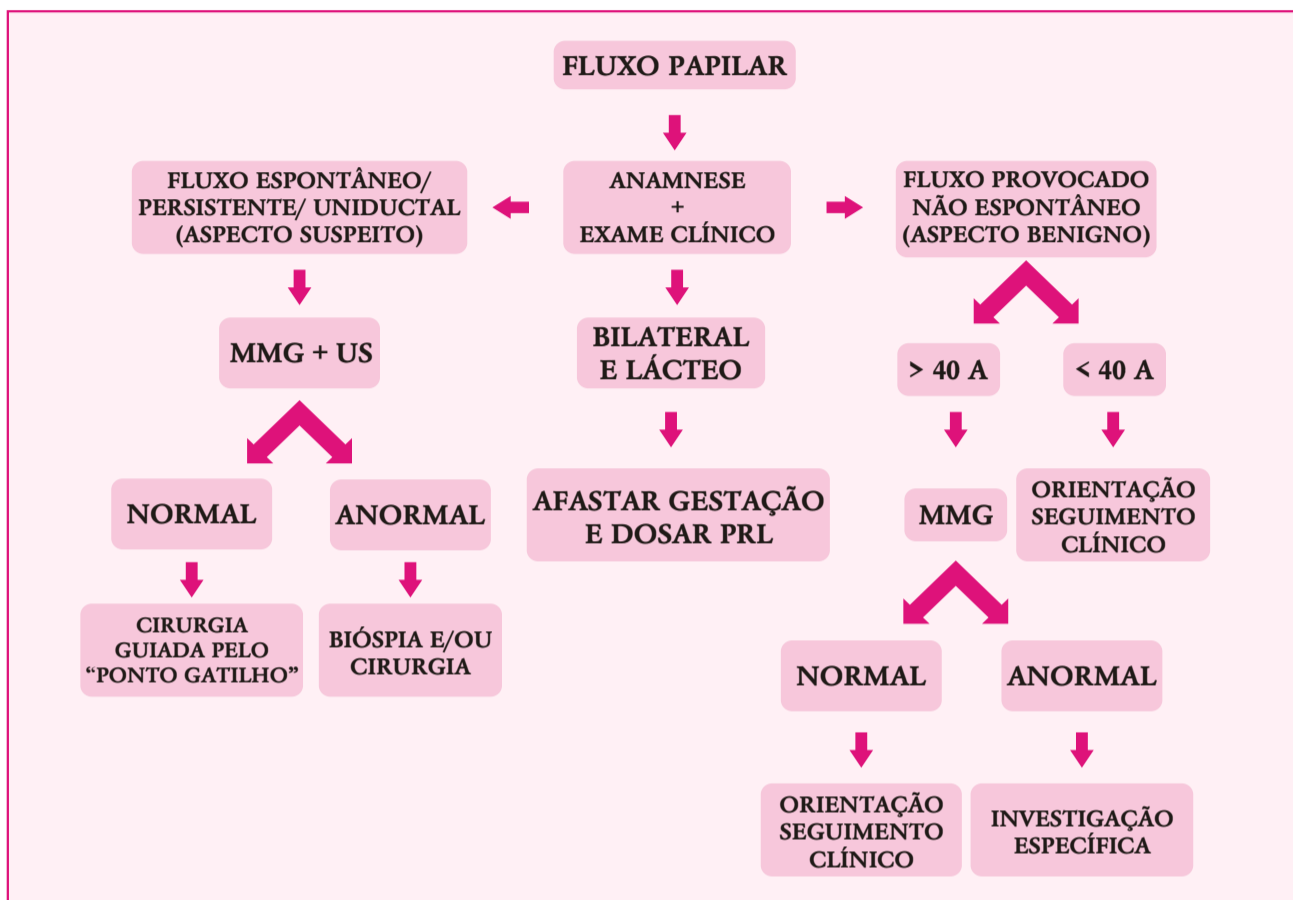


Fig. 6 - Ilustração da exérese seletiva de ducto. Observar o ducto principal identificado com o auxílio do azul de metileno infundido através do óstio papilar.



Lang, J. (modificado), 2007



Autor: Rodrigo Gregório Brandão
Residência médica em mastologia pela Escola Paulista de Medicina da UNIFESP
Fellow no IEO - Milão, Itália
Pós-graduando em mastologia pela Escola Paulista de Medicina da UNIFESP

- Velloni, GF.; Nei, FK.; Mello, GG.; Maciel, A.; Martinelli, SE.; Yamashita, SR.; Brandão, RG. Algoritmo imaginológico na avaliação do fluxo papilar. Radiologia Brasileira, Suplementos Vol. 42(Supl.1) nº 1 - Jan. / Fev. / 2009
- Boisserie-Lacroix M, Adenet C, Trillaud H. Evaluation of suspicious nipple discharge with MRI: review of 50 cases. J Radiol. 2011 May;92(5):412-20.
- Lang JE, Kuerer HM. Breast ductal secretions: clinical features, potential uses, and possible applications. Cancer Control 2007 Oct;14(4):350-9.
- Vargas HI, Romero L, Chlebowski RT. Management of bloody nipple discharge. Curr Treat Options Oncol. 2002 Apr;3(2):157-61.
- Dolan RT, Butler JS, Kell MR, Gorey TF, Stokes MA. Nipple discharge and the efficacy of duct cytology in evaluating breast cancer risk. Surgeon. 2010 Oct;8(5):252-8.
- Morrow, M. The Evaluation of Common Breast Problems. Am Fam Physician. 2000 Apr 15;61(8):2371-2378
- Eiada, R., Chong, J, Kulkarni, S., Goldberg, F., Muradali, D. Papillary Lesions of the Breast: MRI, Ultrasound, and Mammographic Appearances. AJR 2012; 198:264-271
- Doenças da Mama - Guia Prático Baseado em Evidências, Ed Atheneu, 2011.
- Tratado de Mastologia da SBM, Ed Revinter, 2011.
- Mama - Diagnóstico por Imagem, Ed Revinter, 2009.

