

**Figura 1.** Tomografia computadorizada dos seios da face com janela de partes moles (A) e com janela óssea (B), reconstruídas no plano coronal, mostrando lesão com densidade de partes moles erodindo a maxila, o assoalho do seio maxilar e o palato à esquerda, formando fistula da cavidade oral com a cavidade nasal e com o seio maxilar esquerdo. Reconstrução tridimensional da tomografia computadorizada (C) mostrando a erosão óssea no maxilar e palato à esquerda. Método de Grocott (D) demonstrando colônias de bactérias filamentosas de *Actinomyces* em meio a tecido ósseo (aumento: 400x).

abdominopélvico (20%). Entretanto, na região cervicofacial, a maxila é o local menos comum, ocorrendo em 0,5–9% dos casos na cabeça e pescoço. O envolvimento ósseo é ainda mais raro, podendo a osteomielite ser esporádica e/ou secundária a infecção dos sítios primários<sup>(2-4)</sup>.

Os fatores de risco para envolvimento cervicofacial compreendem higiene bucal inadequada, trauma da mucosa oral, amigdalite crônica, otites, mastoidites e osteonecrose induzida por radioterapia ou bifosfonados. É interessante salientar que, ao contrário do restante dos locais acometidos, as infecções cervicofaciais por *Actinomyces* sp. ocorrem mais comumente em pacientes com sistema imune íntegro<sup>(2,3)</sup>.

A doença costuma se apresentar com edema de partes moles e formação de massas e abscessos, na forma aguda, evoluindo,

cronicamente, com disseminação da infecção para as partes moles adjacentes, sem respeitar os planos fasciais, exteriorizando-se por fístulas com a pele e seios paranasais. Entretanto, sua associação com osteomielite não é comumente observada<sup>(3)</sup>.

Radiologicamente, a doença apresenta-se, na tomografia computadorizada, como massa de limites imprecisos, com densidade de partes moles e realce pelo meio de contraste, associada a coleções e fistulas. O diagnóstico diferencial inclui úlcera por fungos, carcinoma, granuloma idiopático da linha média e osteomielite da maxila por outros germes<sup>(5)</sup>. No exame histopatológico é caracterizada, na coloração por hematoxilina-eosina, por abscesso crônico com leucócitos polimorfonucleares, tecido de granulação e fibrose, e pelo método de Grocott, pelo achado de colônias de bacilos, formando “grânulos de enxofre”, que representam filamentos emaranhados de *Actinomyces*, presentes nos abscessos, exsudatos do trato sinusal ou tecidos infiltrados pelas lesões<sup>(3,6)</sup>.

A droga de escolha para o tratamento é a penicilina G, sendo necessário longos cursos de antibioticoterapia. Reserva-se o manejo cirúrgico para drenagem de abscessos volumosos, marsupialização de tratos sinusais crônicos, excisão de lesão fibrótica e/ou desbridamento de tecido ósseo necrótico<sup>(2)</sup>.

Portanto, apesar da raridade, é importante ter em mente como diagnóstico diferencial a actinomicose na maxila, principalmente frente a lesões agressivas na boca, relacionadas aos fatores predisponentes supracitados.

**REFERÊNCIAS**

1. Crossman T, Herold J. Actinomycosis of the maxilla – a case report of a rare oral infection presenting in general dental practice. *Br Dental J.* 2009;206:201-2.
2. Valour F, Sénéchal A, Dupieux C, et al. Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment, and management. *Infect Drug Resist.* 2014;7:183–97.
3. Heo SH, Shin SS, Kim JW, et al. Imaging of actinomycosis in various organs: a comprehensive review. *Radiographics.* 2014;34:19–33.
4. Sezer B, Akdeniz BG, Günbay S, et al. Actinomycosis osteomyelitis of the jaws: report of four cases and a review of the literature. *Journal of Dental Sciences.* 2017;12:301–7.
5. Meethal AC, Pattamparambath M, Balan A, et al. Actinomycotic osteomyelitis of the maxilla – a delusive presentation. *J Clin Diagn Res.* 2016;10:ZJ01–3.
6. Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL Jr, et al. *Lever’s histopathology of the skin.* 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

**Lívia de Oliveira Antunes<sup>1</sup>, Rafael da Silveira Borges<sup>1</sup>, Wania Vasconcelos de Freitas<sup>1</sup>, Simone Rachid de Souza<sup>2</sup>, Diogo Goulart Corrêa<sup>3</sup>**

1. Hospital Casa de Portugal, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 3. Hospital Casa de Portugal e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência: Dra. Lívia de Oliveira Antunes. Rua Gustavo Sampaio, 88, ap. 902, Leme. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22010-010. E-mail: li\_antunes@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0062>



**Adenoma tubular da mama: achados radiológicos e ultrassonográficos**

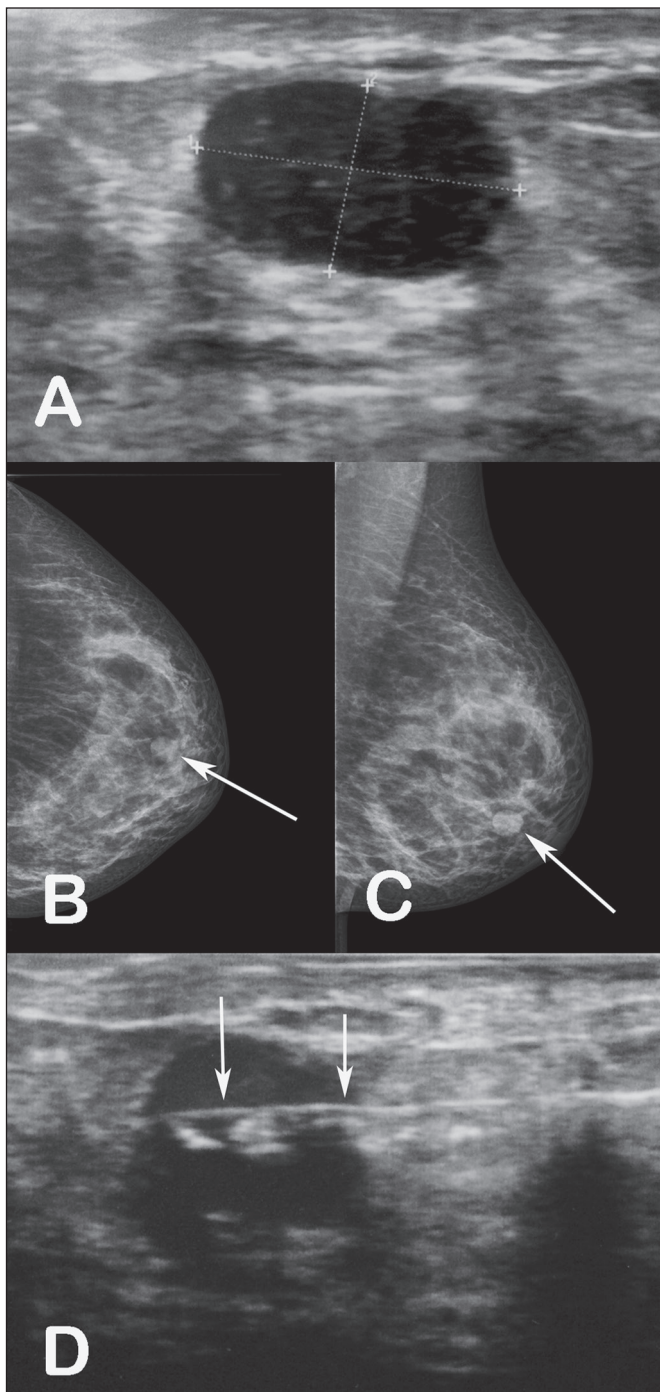
*Tubular adenoma of the breast: radiological and ultrasound findings*

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 34 anos, apresentando nódulo palpável no quadrante inferior lateral da mama esquerda. A ultrassonografia mostrou nódulo sólido, hipoeoico, circunscrito, medindo 12 × 8 mm no quadrante inferior lateral da mama esquerda (Figura 1A), sem expressão em ultrassonografia realizada um ano antes. A mamografia identificou nódulo circunscrito, iso-

denso, medindo 12 mm no quadrante inferior lateral da mama esquerda (Figuras 1B e 1C), em correspondência com a lesão observada na ultrassonografia. Após ser submetida a biópsia percutânea por agulha grossa (Figura 1D), o resultado do histopatológico foi adenoma tubular da mama, concordante com os achados radiológicos e ultrassonográficos encontrados. Dessa forma, foram recomendados ultrassonografia de controle em seis meses e acompanhamento da paciente pelo setor de mastologia.

O adenoma tubular da mama, um tumor benigno epitelial raro da mama, com poucos artigos de pesquisa publicados até



**Figura 1. A:** Ultrassonografia demonstrando nódulo circunscrito e hipoeecóico medindo 12 × 8 mm no quadrante inferior lateral da mama esquerda. **B,C:** Mamografia mostrando nódulo (setas) circunscrito, isodense, medindo 12 mm no quadrante inferior lateral nas incidências craniocaudal (**B**) e mediolateral oblíqua (**C**). **D:** Biópsia percutânea por agulha grossa guiada por ultrassonografia do nódulo. As setas indicam a agulha no interior do nódulo.

hoje, é definido, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde, como “neoplasia benigna formada por uma proliferação compacta de estruturas tubulares compostas de camadas de células epiteliais e mioepiteliais típicas”<sup>(1,2)</sup>. Embora já tenham sido relatados, na literatura, quatro casos de transformação maligna do adenoma tubular, os estudos apontam que não há risco aumentado para carcinoma<sup>(1)</sup>. A incidência global dentre

as neoplasias benignas da mama varia entre 0,13% e 1,7%<sup>(3)</sup>. O tamanho do tumor varia de 1 cm a 7,5 cm, mas raramente supera os 5 cm<sup>(4)</sup>. Afeta, na grande maioria dos casos, mulheres jovens (em 90% dos casos menores de 40 anos, com média de idade de 31 anos), sendo muito mais raro em mulheres na pós-menopausa. Ocorrências no sexo masculino já foram relatadas. Não há associação com anticoncepcionais orais ou gravidez<sup>(4,5)</sup>. É considerado uma variante do fibroadenoma, aparecendo no mesmo contexto clínico e com características de imagem sobreponíveis<sup>(6)</sup>. A diferenciação histológica entre adenoma tubular e fibroadenoma pode causar dificuldades diagnósticas em caso de adenoma tubular com componente estromal relativamente abundante, ou fibroadenomas com significativa proliferação de pequenos ductos<sup>(1)</sup>. Clinicamente, os adenomas tubulares da mama podem ser assintomáticos, detectados ocasionalmente na mamografia ou no exame físico como nódulo palpável que apresenta aumento gradual<sup>(4)</sup>. Na mamografia e na ultrassonografia esses tumores têm aparência de fibroadenomas não calcificados<sup>(7)</sup>. Na mamografia, as lesões são tipicamente descritas como nódulos bem circunscritos, sem indício de calcificações. Porém, em pacientes com mais idade, calcificações puntiformes ou irregulares podem ser observadas, achados que justificam uma biópsia para excluir neoplasia maligna da mama. Ocasionalmente, essas lesões podem apresentar margem mal-definida na mamografia. Na ultrassonografia, os tumores são geralmente descritos como nódulos hipoeecóicos e circunscritos. Os adenomas tubulares não calcificados têm, geralmente, textura interna relativamente homogênea e podem apresentar reforço acústico posterior<sup>(4)</sup>. Outros diagnósticos diferenciais que devem ser incluídos, além do fibroadenoma, são adenomas ductais, adenomas lactacionais, hiperplasia gestacional e carcinoma ductal<sup>(8)</sup>. Sengupta et al.<sup>(3)</sup>, analisando 32 casos confirmados de adenoma tubular, concluíram que, embora os estudos radiológicos e citológicos possam identificar a natureza benigna da lesão, o diagnóstico final depende da histopatologia<sup>(3)</sup>.

#### REFERÊNCIAS

1. Saimura M, Anan K, Mitsuyama S, et al. Ductal carcinoma in situ arising in tubular adenoma of the breast. *Breast Cancer*. 2015;22:428–31.
2. Persaud V, Talerman A, Jordan R. Pure adenoma of the breast. *Arch Pathol*. 1968;86:481–3.
3. Sengupta S, Pal S, Biswas BK, et al. Preoperative diagnosis of tubular adenoma of breast – 10 years of experience. *N Am J Med Sci*. 2014;6:219–23.
4. Irshad A, Ackerman SJ, Pope TL, et al. Rare breast lesions: correlation of imaging and histologic features with WHO classification. *Radiographics*. 2008;28:1399–414.
5. Zuhair AR, Maron AR. Tubular adenoma of the breast: a case report. *Case Reports in Clinical Medicine*. 2014;3:323–6.
6. Salemis NS, Gemenetzi G, Karagiouzis G, et al. Tubular adenoma of the breast: a rare presentation and review of the literature. *J Clin Med Res*. 2012;4:64–7.
7. Krishna Reddy C, Mahesh Kumar K, Indira V, et al. Tubular adenoma of breast mimicking as fibroadenoma: a rare case presentation. *Sch Acad J Biosci*. 2014;2:894–6.
8. Sengupta S, Pal S, Biswas BK, et al. Evaluation of clinico-radio-pathological features of tubular adenoma of breast: a study of ten cases with histopathological differential diagnosis. *Iran J Pathol*. 2015;10:17–22.

**Rodrigo Amaral Rodrigues<sup>1</sup>, Carmen Lúcia Arantes Pereira Azevedo<sup>1</sup>, Maria Célia Resende Djahjah<sup>1</sup>, Talita Siemann Santos Pereira<sup>1</sup>**

1. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência: Dr. Rodrigo Amaral Rodrigues. Rua Hugo Panasco Alvim, 211, Recreio dos Bandeirantes. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 22795-306. E-mail: rr-amaral@hotmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0012>