



Alfredo Carlos S.D. Barros
Carlos Alberto Ruiz
Celso Kazuto Taniguchi
José Aristodemo Pinotti

ASPECTOS PRÁTICOS DA BIÓPSIA DE LESÕES MAMÁRIAS NÃO PALPÁVEIS ORIENTADA POR FIO GUIA

Rev bras Mastol 1996; 6:133-136

Trabalho realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher, em São Paulo.

UNITERMOS

Mamas;
Lesões não palpáveis;
Biópsia.

RESUMO

Atualmente, em função do *screening* mamográfico, cada vez mais se diagnosticam lesões não palpáveis suspeitas de malignidade. A sua retirada se faz orientada por um fio guia metálico que pode ser aplicado sob orientação mamográfica ou ultra-sonográfica. Contudo, a biópsia nestas condições deve obedecer a alguns cuidados para que seja alcançado o objetivo de retirar exatamente a lesão suspeita, extraindo-se o mínimo de tecido. Para efeito prático, sugerimos o seguinte roteiro: 1. Secção do excesso de fio; 2. Marcação na pele da projeção da lesão suspeita; 3. Incisão na pele; 4. Identificação do fio metálico; 5. Tração e exteriorização do fio; 6. Dissecção e ressecção da área sinalizada; 7. Exploração digital da loja; 8. Estudo radiográfico da área retirada; e 9. Hemostasia e sutura.

A realização cada vez mais freqüente da mamografia de alta resolução em mulheres assintomáticas, tem revelado progressivo aumento no diagnóstico de lesões não palpáveis suspeitas de malignidade, principalmente as microcalcificações e os pequenos nódulos².

A técnica de biópsia ideal para proporcionar esclarecimento histopatológico dos achados mamográficos não palpáveis deve ser simples, retirar o mínimo de tecido possível e ser absolutamente confiável. No momento, os métodos baseados em punções aspirativas, ou em punções com trocar, orientadas ultra-sonograficamente ou por sistemas de estereotaxia mamográfica, são procedimentos em fase de investigação. Caracterizam-se por permitir elevada especificidade com o exame do material obtido, mas com nível de sensibilidade abaixo do desejável.

Desta forma, o recurso de biópsia cirúrgica através de instrumentos convencionais persiste sendo o procedimento

fundamental para a obtenção de fragmentos representativos de tecido mamário alterado³.

Até alguns anos atrás o esclarecimento de lesões mamográficas não palpáveis suspeitas era realizado através de setorectomias amplas, efetuadas na área em que pressupostamente se encontrava a lesão.

Esta técnica apresenta grandes inconvenientes como retirada de tecido em excesso, maior morbidade cirúrgica, deformidade estética, dificuldade para o patologista identificar a lesão suspeita, e inclusive, o risco de não retirar especificamente o local desejado e deixar "in loco" a lesão.

Modernamente estes inconvenientes foram contornados através da biópsia cirúrgica orientada pela localização pré-operatória das lesões através de fios guias metálicos, que podem ser aplicados sob orientação ultra-sonográfica ou radiográfica. Especificamente para as microcalcificações que não são reconhecidas pela ultra-sonografia, existem as

possibilidades de posicionamento do fio guia através de mamografia valendo-se de estereotaxia ou de aplicação com base na orientação espacial. Os dois métodos são válidos, desde que a mamografia de controle, após colocação do fio, confirme o seu adequado posicionamento. Este tipo de fio apresenta um gancho tipo anzol na sua extremidade, que deve ficar ancorado bem próximo ao tecido a ser estudado (figura 1)^{4,5}.

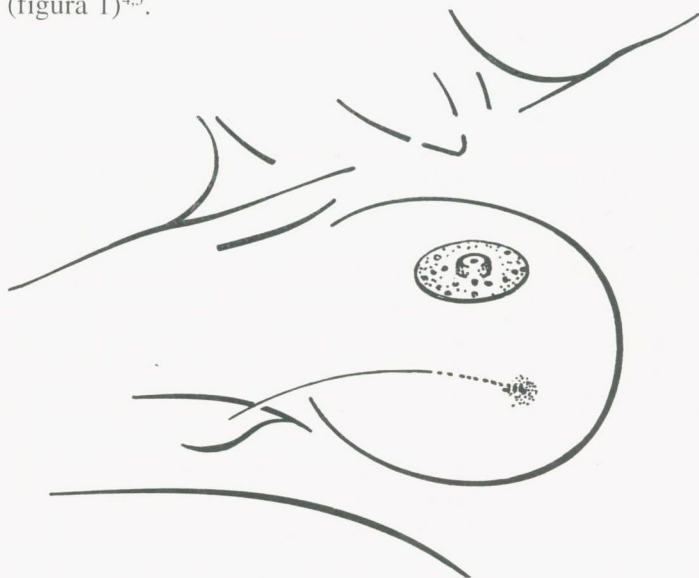


Figura 1 - Localização pré-operatória com fio guia metálico.

Mas, como realizar a biópsia cirúrgica orientada pelo fio guia metálico?

Infelizmente, às vezes não se consegue o sucesso esperado de obtenção da amostra, devido a não observação de alguns cuidados importantes. Particularmente obedecemos aos seguintes passos (quadro 1) para a realização da biópsia orientada pelo fio guia, realizada sob anestesia geral e após antissepsia e colocação de campos cirúrgicos:

1 - Secção com tesoura do excesso de fio.

Para facilitar a fixação do fio exteriorizado fora da pele no período anterior à cirurgia, geralmente se deixa um excesso de fio. Recomenda-se que este seja seccionado, deixando-se apenas 7-10cm de fio para fora.

Alguns Serviços de Mamografia oferecem uma cânula protetora do fio, denominada cânula de Sadovskyi, na dimensão aproximada da parte intramamária do fio, que por ser mais grossa, facilita o reconhecimento do fio durante a cirurgia e dificulta que ele seja inadvertidamente seccionado. Sendo disponível esta cânula, ela deve ser introduzida neste momento.

2 - Marcação na pele da projeção da lesão suspeita.

Aplicando-se corantes tipo azul de metileno, identifica-se um ponto na pele que deve corresponder à projeção da lesão mamográfica suspeita. Esta marcação é baseada na orientação espacial mamográfica, utilizando-se as projeções das duas incidências, crânio-caudal e perfil.

3 - Incisão na pele.

Para a escolha da incisão deve-se ter em mente desde o início a possibilidade de uma quadrantectomia diante de eventual lesão maligna. A incisão deve estar obrigatoriamente contida dentro da área da pele que seria retirada caso fosse necessário realizar uma quadrantectomia.

A incisão deve ser feita na área da pele correspondente à projeção da lesão. Preferimos desta forma, ao invés de incisar no mesmo local da entrada do fio. A incisão é quase sempre arciforme, obedecendo às linhas de força

Quadro 1

Passos sequenciais para a biópsia de lesões mamárias não palpáveis orientada por fio guia

1. Secção com tesoura do excesso de fio
2. Marcação na pele da projeção da lesão suspeita
3. Incisão na pele
4. Identificação a céu aberto do fio metálico
5. Tração do fio metálico e exteriorização pela incisão
6. Dissecção e ressecção da região correspondente à lesão mamográfica
7. Exploração digital da loja dissecada
8. Estudo radiográfico da área retirada
9. Hemostasia e fechamento de pele

cutâneas, não excedendo 3-4cm, respeitando sempre os limites de uma eventual quadrantectomia posterior (figura 2).

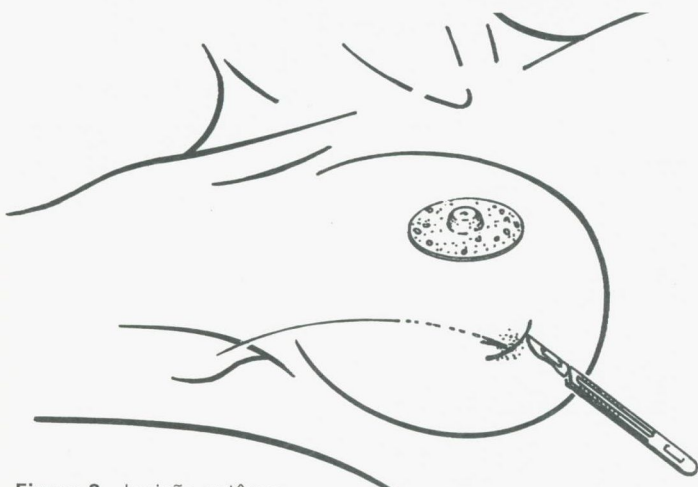


Figura 2 - Incisão cutânea.

4 - Identificação a céu aberto do fio metálico.

A partir da área incisada, procede-se ao descolamento subcutâneo com tesoura delicada ou bisturi até o ponto em que foi introduzido o fio.

5 - Tração do fio metálico e exteriorização pela incisão.

Após a sua identificação, o fio é tracionado com pinça de Kelly curva em direção à incisão, puxando-se a parte do fio que estava fora da mama para dentro do campo cirúrgico (figura 3). Desta forma, a extremidade distal do fio passa agora a ser exteriorizada pela incisão cirúrgica.

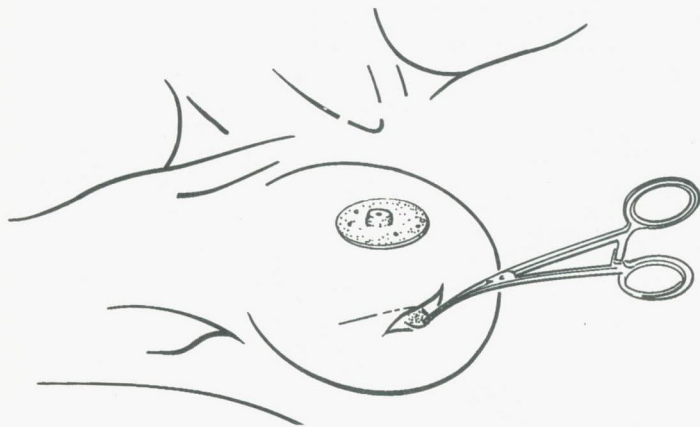


Figura 3 - Tração do fio metálico.

6 - Dissecção e ressecção da região correspondente à lesão mamográfica.

Após se fixar a extremidade distal do fio com pinça de Kelly reto, inicia-se a dissecção orientada pelo fio, tendo-se

o cuidado de planejar retirar um bloco de tecido de conformação esférica com raio de 2 - 3cm, tendo como centro a área onde se acredita deva estar a lesão suspeita e onde deve estar ancorado o gancho do fio metálico (figuras 4 e 5).

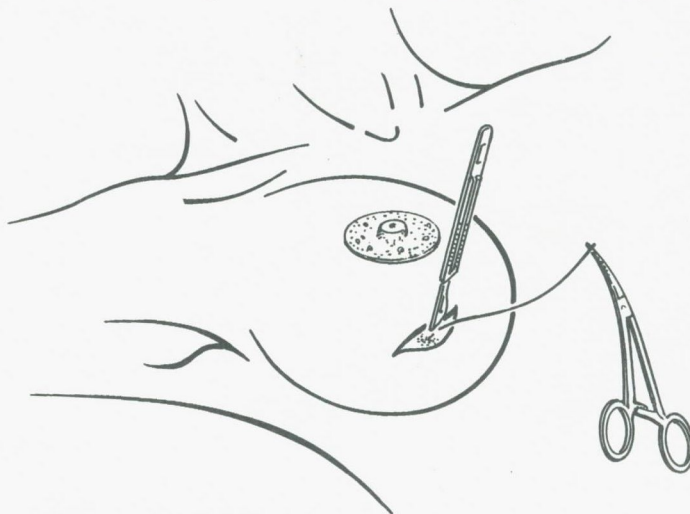


Figura 4 - Exérese de pequeno setor mamário.

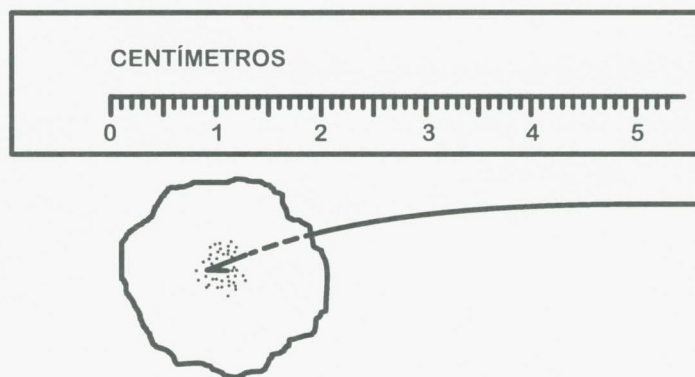


Figura 5 - Amostra de tecido mamário retirado.

Deve-se evitar a tração exagerada do fio nesta fase para não retirá-lo do lugar e também o uso de pinças traumáticas sobre o tecido para não danificá-lo. Um recurso prático auxiliar para a tração é dar um ponto com fio de algodão na área a ser retirada, tracionando-se pelas extremidades do fio. O bloco de tecido deve ser retirado em conjunto com o fio guia metálico.

7 - Exploração digital da loja dissecada.

A loja dissecada deve ser explorada digitalmente nos seus limites à procura de saliências e endurecimentos que, se encontrados, deverão também ser ressecados. Não se recomenda hemostasia com bisturi elétrico nesta fase, por-

que poderia ocorrer inadvertidamente cauterização de tecido suspeito. A hemostasia neste momento é preferencialmente feita com tamponamento com gases e ligadura de um ou outro vaso mais calibroso.

8 - Estudo radiográfico da área retirada.

É fundamental que se verifique através da radiografia da peça operatória a confirmação da presença da lesão suspeita no tecido retirado. Apesar de todo cuidado anterior, algumas vezes se verifica pelo estudo mamográfico da peça, que a área a ser estudada não foi extraída, ou então o foi apenas parcialmente. A ampliação da ressecção, quando necessária, deve ser novamente seguida da radiografia do tecido retirado¹.

Além disso, outra vantagem da radiografia do tecido retirado é permitir identificar precisamente com a colocação de novo reparo – pode ser uma agulha comum de seringa – a região a ser estudada pelo patologista.

Em condições inadequadas, em que infelizmente não se consiga realizar a radiografia intra-operatória do tecido extraído, recomenda-se a repetição da mamografia 3 me-

ses depois da cirurgia, período necessário para reabsorção de hematomas locais, para confirmar a retirada da lesão.

9 - Hemostasia e fechamento da pele.

De rotina, como dissemos, deve ser feita a confirmação radiográfica intra-operatória da retirada da área alterada. Tendo-se certeza de que a área suspeita foi retirada pode-se fazer rigorosa hemostasia local, usando-se agora bisturi elétrico. A pele é então suturada. A continuidade ou não do ato cirúrgico fica na dependência da oportunidade em que for feito o exame histopatológico e obviamente de seu resultado.

Classicamente se admite que a análise histopatológica das microcalcificações não deva ser feita por exame de congelação imediato, e assim, na maioria dos serviços o exame do material é feito posteriormente, através de cortes por inclusão em parafina. Alguns serviços especializados em patologia mamária, contudo, tem demonstrado ser possível e confiável o exame no período intra-operatório. Mas este é um assunto controverso, e o tipo de exame histopatológico depende da conduta de cada serviço.

KEY-WORDS

Breast;
Nonpalpable lesions;
Biopsy.

ABSTRACT

PRACTICAL ASPECTS OF BREAST NONPALPABLE LESIONS GUIDED BY A HOOK-WIRE

Nonpalpable breast lesions are increasingly being diagnosed in consequence of mammographic screening. Its excision is performed with a metallic guide previously inserted by ultrasound or radiologic orientation. The biopsy technique, nevertheless, must follow some guidelines in order to remove suspected lesions with minimal tissue resection. In a practical point of view, we suggest the following procedure: 1. Cut the wire excess; 2. Identify the projection of the lesion on the skin; 3. Skin incision; 4. Identification of the wire; 5. Wire traction and externalization; 6. Dissection and resection of the tissue; 7. Exploration of the area; 8. Radiographic exam of the mammary tissue; and 9. Hemostasis and suture.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AITKEN RJ, GOING JJ, CHETTYU. Assessment of surgical excision during breast conservation surgery by intra-operative two-dimensional specimen radiology. *Br J Sur* 1990; 77: 322-325.
2. CIATTO S, CATALIOTTI L, DISTANTE V. Nonpalpable lesions detected with mammography: review of 512 consecutive cases. *Radiology* 1987; 165: 99-102.
3. GALLAGHER WJ, CARDENOSA G, RUBENS JR et al. Minimal-volume excision of nonpalpable breast lesions. *AJR* 1989; 153: 957-960.

4. KOPANS DB, DELUCA SA. A modified needle-hookwire technique to simplify the preoperative localization of occult breast lesions. *Radiology* 1980; 134: 781-785.
5. KOPANS DB, MEYER JE, LINDFORS KK et al. Breast sonography to guide aspiration of cysts and preoperative localization of occult breast lesions. *AJR* 1984; 143: 489-492.

Endereço para correspondência:

Alfredo Carlos S.D. Barros
Rua Capitão Macedo, 92/91
04021-020 - São Paulo - SP