

Revista Brasileira de Mastologia

Volume 21, Suplemento 1/2011

XVI

Congresso Brasileiro
De Mastologia

19 a 22 de Outubro de 2011 – Goiânia (GO)



Programa Oficial

Congresso Brasileiro de Mastologia

INFORMAÇÕES GERAIS

Local do Evento:

Centro de Convenções de Goiânia
Rua 30, nº 885, Centro - Cep: 74015-010 - Goiânia - GO
Telefax: (62) 3219-3300 / 3219-3447

Organização:

Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Goiás
Av. Mutirão, nº 2.653 - Setor Marista - Cep: 74155-020 - Goiânia - GO
Telefax: (62) 3285-4607
E-mail: congresso2011@sbmgoias.com.br
Site: www.sbmgoias.com.br

Agência de Turismo:

WILZA TOUR - Agência de viagens e Eventos
Rua T-30, nº 1492 - Setor Bueno - Cep: 74.210-060 - Goiânia - GO
E-mail: wilzajane@hotmail.com
Site: www.wilzatour.com.br

Sala Vip / Mídia Desk:

Localizado no 1º Andar, do Centro de Convenções de Goiânia
Esta a disposição dos palestrantes, congressistas e convidados do Congresso, no 1º Andar do Centro de Convenções de Goiânia.

Crachás:

É obrigatório o uso do crachá durante todas as atividades do evento, bem como na visitação na área de exposição.

Dispensa de Ponto:

O atestado de frequência dispensa o ponto. Solicite na secretaria do evento.

Certificados:

Os certificados de participação dos inscritos serão entregues a partir das 08 horas, do dia 22 de outubro de 2011.

Use seu celular no silencioso ou desligado durante as atividades científicas do evento.

Translados: Hotéis / Local do Evento / Hotéis

CNA, Pontuação:

Especialidade: Mastologia = 20 pontos;

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia = 10 pontos;

Especialidade: Cancerologia Clínica = 10 pontos;

Especialidade: Cancerologia Cirúrgica = 10 pontos;

Especialidade: Radioterapia = 10 pontos;

Área de atuação: Mamografia = 10 pontos;

Área de atuação: Ultra-Sonografia em Ginecologia e Obstetrícia = 10 pontos;

Área de atuação: Citopatologia = 10 pontos;

Especialidade: Patologia = 10 pontos;

Especialidade: Cirurgia Plástica = 5 pontos; e

Especialidade: Radiologia e Diagnóstico por Imagem = 10 pontos.

SUMÁRIO

- 2 Mensagens**
- 4 Sociedade Brasileira de Mastologia**
- 5 Comissões**
- 7 Convidados**
- 9 Programação Científica**
 - 12 Dia 19 de Outubro
 - Cursos Pré Congresso*
 - 17 Dia 20 de Outubro
 - XVI Congresso Brasileiro de Mastologia*
 - XII Reunião de Conselho da SBM*
 - 23 Dia 21 de Outubro
 - XVI Congresso Brasileira de Mastologia*
 - 29 Dia 22 de Outubro
 - Curso do Instituto Europeu de Oncologia - IEO*
- 31 Programação Social**
- 31 Passeios opcionais, dicas de turismo e gastronomia**
- 34 Temas Livres**



CARLOS ALBERTO RUIZ
Presidente da SBM

Queridas e Queridos Mastologistas

Nestes 9 meses de administração muito vem sendo realizado, estamos abrindo novos caminhos e solidificando outros.

A Mastologia vem conquistando um respeito e uma representatividade que cada vez mais aumenta a responsabilidade de você Especialista.

Estamos presente nas definições Federais podendo discutir a respeito dos caminhos dos trabalhos do Ministério.

Estamos dividindo a responsabilidade de realização do Congresso Brasileiro de Mastologia junto com os Amigos da SBM regional Goiás, estamos fazendo um planejamento conjunto do programa e atividades do Congresso. Gostaria de parabenizar o excepcional trabalho que vem sendo executado pela regional Goiás.

Estamos também investindo na Comissão de Voluntariado com o objetivo de tornar a SBM a referência dos grupos nacionais e internacionais que desenvolvem trabalho voluntariado. Neste sentido, pessoalmente, assumi a responsabilidade de estar organizando no Congresso Brasileiro o encontro do voluntariado. Acreditamos que a organização, formação, orientação dos grupos e/ou ONGs que trabalhem com voluntariado deva ser papel da SBM.

Uma preocupação muito importante desta Diretoria é a questão do Honorário Médico, temos participado de todos os movimentos e discussões, estamos envolvidos na questão da votação da emenda 29 que determina a porcentagem do PIB que deve ser direcionado à saúde. Esta havendo um movimento muito importante no Paraná, com descredenciamento de todos os Mastologistas dos planos de saúde e a criação de uma cooperativa ligada a SBM regional Paraná que negociará com os planos de Saúde o valor dos Honorários. Transferindo para a Sociedade a responsabilidade pela negociação não deixando o Mastologista individualmente exposto. Algumas seguradoras já procuraram a regional para negociação.

Em outras palavras a Sociedade esta realizando sua função que representar você querida e querido Mastologista de maneira clara, objetiva e democrática.

Um excelente congresso a todos e aproveitem.

Aos amigos e amigas mastologistas,

É com muito prazer que apresento esta edição especial da RBM idealizada por nosso Presidente Carlos Alberto Ruiz, o Presidente do XVI Congresso Brasileiro de Mastologia Juarez Antônio de Sousa, o Presidente da EBM Ruffo de Freitas Jr e toda a equipe da RBM. Os anais do Congresso assim organizados significam um marco, no salto de qualidade que a SBM está mostrando nesta gestão. A garantia do ensino continuado de nossa especialidade, realizado de forma constante nesta sociedade, através dos congressos, é brindado agora com a publicação destas aulas e trabalhos, que é o objetivo maior de quem pesquisa e ensina.

Espero que esta ação perdure e se torne rotina em nossos eventos.

Finalizo desejando um ótimo congresso a todos.

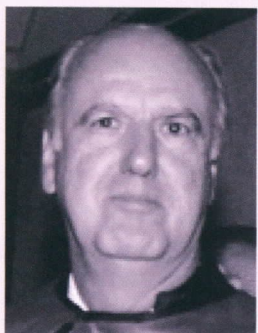


MARIANNE PINOTTI
Editora da RBM

Seja bem-vindo à Goiânia, uma programação científica de alto nível e uma programação social extremamente convidativa. Vamos confraternizar no Centro-Oeste do Brasil!



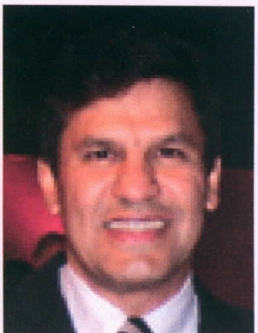
JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA
Presidente



CARLOS INÁCIO DE PAULA
Presidente de Honra



RUFFO DE FREITAS JÚNIOR
Coordenador da Comissão
Científica Internacional



JOÃO BOSCO MACHADO DA SILVEIRA
Coordenador da Comissão
Científica Nacional

Finalmente chegou o dia em que Goiânia sedia o XVI Congresso Brasileiro de Mastologia. O evento é referência da especialidade no país e é um dos maiores da América Latina, com uma programação científica de alto nível, integrada por temas que são profundamente analisados.

Mais uma vez o Congresso Brasileiro de Mastologia é um momento privilegiado de atualização, troca de experiências, confraternização e construção de novas amizades. O evento, que coloca Goiânia no centro nacional das discussões sobre as novas técnicas e avanços da Mastologia, é realizado no Centro de Convenções, um dos mais modernos e confortáveis do país, reunindo renomados especialistas. Contamos com a presença de mais de 170 professores brasileiros e 12 da Alemanha, Estados Unidos, Itália e Portugal, os quais asseguram uma programação científica de altíssimo nível, com conteúdo abrangente e debates sobre as últimas novidades mundiais em nossa área de atuação. Aliado ao aprendizado, temos o entretenimento, com programação social diversificada de visitas à Pousada do Rio Quente, maior complexo de águas termais do planeta; e à Pirenópolis, uma das primeiras cidades de Goiás, com rico patrimônio cultural e cercada por cachoeiras, o que a torna um dos principais destinos do ecoturismo brasileiro. Foi preparada também uma programação esportiva, que inclui torneio de tênis e *poker*, além de caminhadas e corridas pela cidade, *tour* gastronômico, dentre outras atividades.

A organização do XVI Congresso Brasileiro de Mastologia aposta no sucesso deste evento e espera que você aproveite intensamente a programação, que foi cuidadosamente pensada para esta grande festa científica da comunidade de Mastologia. Desejamos-lhe uma ótima estadia em Goiânia e um maravilhoso Congresso!

DIRETORIA NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

Presidente:
Carlos Alberto Ruiz (SP)

Vice-Presidente Nacional:
José Luiz Pedrini (RS)

Vice-Presidente Sul:
Vinícius M. Budel (PR)

Vice-Presidente Sudeste:
Gabriel de Almeida da Silva Jr. (MG)

Vice-Presidente Centro-Oeste:
Rodrigo Pepe Costa (DF)

Vice-Presidente Nordeste:
Maurício de Aquino Resende (SE)

Vice-Presidente Norte:
Ewaldo Luzio Fôro de Oliveira (PA)

Secretário Geral:
Eduardo Camargo Millen (RJ)

Secretário Adjunto:
Augusto Tufi Hassan (BA)

Tesoureiro Geral:
Mônica Vieira M. Travassos Jourdan (RJ)

Tesoureiro Adjunto:
Ivo Carelli Filho (SP)

Presidente da Escola Brasileira de Mastologia:
Ruffo de Freitas Jr. (GO)

Editora da Revista Brasileira de Mastologia:
Marianne Pinotti (SP)

Assessoria Especial:
Guilherme Novita Garcia (SP)
Luciana Naíra de Brito Lima (RN)
Rafael Henrique Szymanski Machado (RJ)
Paulo Roberto Pirozzi (SP)
Roberto Kepler da Cunha Amaral (BA)

PRESIDENTES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

1959 - 1961	Alberto Lima de M. Coutinho	1982 - 1986	Hiram Silveira Lucas
1962 - 1963	Jorge de Marsilac	1986 - 1989	José Antônio Ribeiro Filho
1964 - 1965	Eduardo Santos Machado	1989 - 1992	Antônio S. S. Figueira Filho
1966 - 1967	Carlos A. M. Zanota	1992 - 1995	Marconi Menezes Luna
1968 - 1969	Alberto Lima de M. Coutinho	1995 - 1998	Henrique Moraes Salvador Silva
1970 - 1971	Adair Eiras de Araujo	1998 - 2001	Alfredo Carlos S. D. Barros
1972 - 1973	João Luiz Campos Soares	2002 - 2004	Ézio Novais Dias
1974 - 1975	Jorge de Marsilac	2005 - 2007	Diógenes L. Baségio
1976 - 1977	Alberto Lima M. Coutinho	2008 - 2010	Carlos Ricardo Chagas
1978 - 1982	João Sampaio Góis Filho	2011 - 2013	Carlos Alberto Ruiz

HISTÓRICO DE CONGRESSOS BRASILEIROS DE MASTOLOGIA

I	Rio de Janeiro - 1971	<i>Presidente:</i> Alberto Lima de Moraes Coutinho
II	São Paulo - 1972	<i>Presidente:</i> Cosme de Guarnieri Neto
III	Brasília - 1974	<i>Presidente:</i> José Antônio Ribeiro Filho
IV	Campinas - 1977	<i>Presidente:</i> José Aristodemo Pinotti
V	Recife - 1979	<i>Presidente:</i> Jayro Poggi de Carvalho
VI	Salvador - 1982	<i>Presidente:</i> Lair Barbosa de Castro Ribeiro
VII	Canela - 1986	<i>Presidente:</i> Carlos Henrique Menke
VIII	Guarapari - 1989	<i>Presidente:</i> Roberto Gomes
IX	Belo Horizonte - 1992	<i>Presidente:</i> Henrique Moraes Salvador Silva
X	Natal - 1995	<i>Presidente:</i> Ivo Barreto de Medeiros
XI	Foz do Iguaçu - 1998	<i>Presidente:</i> Sérgio Bruno Hatschbach
XII	Recife - 2001	<i>Presidente:</i> Antônio Simão dos Santos Figueira Filho
XIII	Rio de Janeiro - 2005	<i>Presidente:</i> Carlos Ricardo Chagas
XIV	Fortaleza - 2007	<i>Presidente:</i> Márcia Dallyane Sant'Anna C. Freitas
XV	Gramado - 2009	<i>Presidente:</i> José Luiz Pedrini
XVI	Goiânia - 2011	<i>Presidente:</i> Juarez Antônio de Sousa

COMISSÃO ORGANIZADORA DO XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE MASTOLOGIA

Comissão Executiva

Presidente do Congresso

Juarez Antônio de Sousa (GO)

Presidente de Honra

Carlos Inácio de Paula (GO)

1º Tesoureiro

Geraldo Silva Queiroz (GO)

2º Tesoureiro

Rogério Bizinoto Ferreira (GO)

1º Secretário

Antônio Eduardo Rezende de Carvalho (GO)

2º Secretário

Délio Marques Conde (GO)

Comissão Científica Internacional

Coordenador

Ruffo de Freitas Júnior (GO)

Membros:

Afonso Celso Pinto Nazário (SP)

Antônio Luiz Frasson (RS)

Antônio S. S. Figueira Filho (PE)

Augusto Tufi Hassan (BA)

Carlos Alberto Ruiz (SP)

Carlos Barrios (RS)

César Cabello dos Santos (SP)

Cristina Pinto Naldi Ruiz (GO)

Diógenes Luiz Basegio (RS)

Ézio Novais Dias (BA)

Filomena Marino Carvalho (SP)

Guilherme Novita Garcia (SP)

Henrique Moraes Salvador Silva (MG)

Ivo Carelli Filho (SP)

Jorge Villanova Biazus (RS)

José Luiz Pedrini (RS)

Jurandyr Vasconcelos Neto (GO)

Luciana Peclat Paula (GO)

Luis Onofre Rezende Carvalho (GO)

Luiz Fernando Jubé Ribeiro (GO)

Maira Callefi (RS)

Marianne Pinotti (SP)

Maurício Augusto Magalhães Costa (RJ)

Nilceana M. A. Freitas (GO)

Pedro Wilson Leitão Lima (CE)

Rita de Cássia de Maio Dardes (SP)

Rosemar Macedo Sousa Rahal (GO)

Selma de Pace Bauab (SP)

Sérgio Daniel Simon (SP)

Vinícius Milani Budel (PR)

Wilmar José Manoel (GO)

Comissão Científica Nacional

Coordenador

João Bosco Machado da Silveira (GO)

Membros:

Alcides Ferreira Santos (PE)

Alfredo Carlos S. D. Barros (SP)

Ângelo Gustavo Zuca Matthes (SP)

Antônio Carlos Buzaid (SP)

Augusto Ribeiro Gabriel (GO)

Carlos Henrique Menke (RS)

Carlos Ricardo Chagas (RJ)

Carlos Gilberto Crippa (SC)

Edison Mantovani Barbosa (SP)

Élbio Cândido de Paula (GO)

Hiram Silveira Lucas (RJ)

João Bosco de Barros Wanderley (MS)

José Clemente Linhares (PR)

João Henrique Penna Reis (MG)

José Antônio Ribeiro Filho (DF)

José Mauro Secco (AP)

José Roberto Filassi (SP)

José Tadeu Campos de Avelar (MG)

Luís Fernando Pádua Oliveira (GO)

Luiz Ayrton Santos Júnior (PI)

Luiz Henrique Gebrim (SP)

Maciel de Oliveira Matias (RN)

Márcia Dallyane Sant'Anna C. Freitas (CE)

Marconi Luna (RJ)

Marcus Nascimento Borges (GO)

Roberto Gomes (ES)

Roberto José S. Vieira (RJ)

Rubens José Pereira (GO)

Vera Lucia Nunes Aguillar (SP)

Comissão de Esportes

Coordenador

José Orestes Borges Guimarães (GO)

Membros:

Alexandre Marchiori Xavier de Jesus (GO)

Maurício de Aquino Resende (SE)

Paulo Roberto Pirozzi (SP)

Roberson Guimarães (GO)

Rodrigo Pepe Costa (DF)

Tomas Yung Joon Kim (SP)

Comissão Social

Coordenadora

Tatiana Ferrari Jacinto (GO)

Membros:

Alessandro Naldi Ruiz (GO)
Deidimar Cássia Batista Abreu (GO)
Érika Pereira de Sousa (GO)
Nivaldo Timóteo Alves Maciel (MG)
Sérvio Túlio de Oliveira Brandão (GO)

Comissão de Temas Livres

Coordenador

Antônio Rosário Leite Filho (GO)

Membros:

Célio da Silva Rocha Vidal (GO)
Clécio Enio Murta Lucena (MG)
Eduardo Camargo Millen (RJ)
Gil Facina (SP)
Luiz de Paula Silveira Jr. (GO)
Marcelo Madeira (SP)
Marco Antônio Nasser Aguiar (CE)
Régis Resende Paulinelli (GO)
René Aloísio da Costa Vieira (SP)
Sérgio Zerbini Borges (DF)
Thiers Deda Gonçalves (SE)

Comissão de Divulgação Nacional

Membros:

Regional Alagoas:

Presidente: Maria José Mendonça S. Albuquerque

Regional Amazonas:

Presidente: Nilton Cezar Oliveira Bessa

Regional Amapá:

Presidente: José Mauro Secco

Regional Bahia:

Presidente: Marcos Nolasco H. Neves

Regional Ceará:

Presidente: Antônio de Pádua Almeida Carneiro

Regional Distrito Federal:

Presidente: Fernanda Cristina Afonso Salum

Regional Espírito Santo:

Presidente: Luiz Alberto Sobral Vieira Junior

Regional Goiás:

Presidente: Juarez Antônio de Sousa

Regional Mato Grosso:

Presidente: Aguiar Farina

Regional Minas Gerais:

Presidente: João Henrique Pena Reis

Regional Mato Grosso do Sul:

Presidente: Jesusmar Modesto Ramos

Regional Maranhão:

Presidente: Ana Gabriela Caldas Oliveira

Regional Pará:

Presidente: Licurgo Nunes Bastos Júnior

Regional Paraíba:

Presidente: Heverton Leal Ernesto de Amorim

Regional Paraná:

Presidente: Fabio Postiglione Mansani

Regional Pernambuco:

Presidente: Darley de Lima F. Filho

Regional Piauí:

Presidente: Sabas Carlos Vieira

Regional Rondônia:

Presidente: Maillene Rodrigues Lisboa

Regional Rio de Janeiro:

Presidente: Afrânio Coelho de Oliveira

Regional Roraima:

Presidente: Adonis Luiz Castelo Branco Rocha

Regional Rio Grande do Norte:

Presidente: Jáder Rodrigues Gonçalves

Regional Rio Grande do Sul:

Presidente: Rodrigo Cericatto

Regional Santa Catarina:

Presidente: Lúcio Flavo Dalri

Regional Sergipe:

Presidente: Claudio Mitidieri Simões

Regional São Paulo:

Presidente: César Cabello dos Santos

Representantes:

Acre:

Adriana Marinho Pereira Dapont

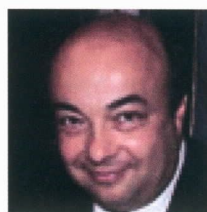
Tocantins:

Roberto de Muzio Gripp

CONVIDADOS INTERNACIONAIS



**CHRISTIANE
KUHL
(ALEMANHA)**



**DANIELE
MONTRUCOLI
(ITÁLIA)**



**FERNANDO
SCHMITT
(PORTUGAL)**



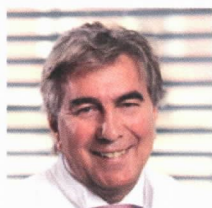
**GAIL S.
LEBOVIC
(EUA)**



**MÁRIO
RIETJENS
(ITÁLIA)**



**MOHAMMAD
JAHANZEB
(EUA)**



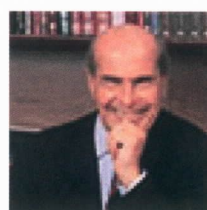
**MICHAEL
UNTCH
(ALEMANHA)**



**ROWAN
CHLEBOWSKI
(EUA)**



**ORESTE
GENTILINI
(ITÁLIA)**



**UMBERTO
VERONESI
(ITÁLIA)**



**GABRIEL
FARANTE
(ITÁLIA)**



**ROBERT R. KUSKE
(EUA)**

CONVIDADOS NACIONAIS

ADELANIR BARROSO (MG)
ADÓNIS LUIZ CASTELO BRANCO ROCHA (RR)
AFONSO CELSO PINTO NAZÁRIO (SP)
AFONSO PRADO (Defensoria Pública da União)
AFRÂNIO COELHO DE OLIVEIRA (RJ)
AGUIAR FARINA (MT)
ALAOR BARRA SOBRINHO (DF)
ALCIDES FERREIRA SANTOS (PE)
ALEX SOUZA (RJ)
ALEXANDRE VICENTE DE ANDRADE (SP)
ALFREDO CARLOS S. D. BARROS (SP)
ANA GABRIELA CALDAS OLIVEIRA (MA)
ANDRÉ VALLEJO DA SILVA (RJ)
ÂNGELA LOGULLO WAITZBERG (SP)
ÂNGELO DO CARMO SILVA MATTHES (SP)
ÂNGELO GUSTAVO ZUCCA MATTHES (SP)
ANTONIO BUZAID (SP)
ANTÔNIO CESAR HUMMEL (DF)
ANTÔNIO DE PÁDUA ALMEIDA CARNEIRO (CE)
ANTÔNIO FERNANDO MELO FILHO (CE)
ANTONIO FORTES DE PÁDUA FILHO (PI)
ANTÔNIO LUIZ FRASSON (RS)
ANTÔNIO S. S. FIGUEIRA FILHO (PE)
AUGUSTO TUFI HASSAN (BA)
BÁRBARA PACE (RS)
BENEDITO BORGES DA SILVA (PI)
CARLOS ALBERTO RUIZ (SP)
CARLOS BARRIOS (RS)
CARLOS GILBERTO CRIPPA (SC)
CÉSAR CABELLO DOS SANTOS (SP)
CHRISTIANNE GOMES BARROS (PA)
CÍCERO DE ANDRADE URBAN (PR)
CLAUDIA THEREZINHA SALVIATO MAMERI (ES)
CLÁUDIO MITIDIERI SIMÕES (SE)
CLÉCIO ÊNIO MURTA DE LUCENA (MG)
CLIDENOR GOMES FILHO (Presidente da UNICRED Goiânia)
CRISTIANE DA COSTA B. ABRAHÃO NIMIR (SP)
DANIEL GUIMARAES TIEZZI (SP)
DANIELE MONTRUCCOLI (ITÁLIA)
DARLEY DE LIMA F. FILHO (PE)
DIÓGENES LUIZ BASÉGIO (RS)
EDISON MANTOVANI BARBOSA (SP)
EDUARDO CAMARGO MILLEN (RJ)
EDUARDO CARVALHO PESSOA (SP)
EDUARDO MILLEN (RJ)
ELIEL DE SOUZA (RN)
EWALDO LUZIO FÓRO DE OLIVEIRA (PA)
EZIO NOVAIS DIAS (BA)
FABIANA BARONI ALVES MAKDISSI (SP)
FÁBIO BAGNOLI (SP)
FÁBIO POSTIGLIONE MANSANI (PR)
FABRÍCIO PALERMO BRENELLI (SP)
FELIPE EDUARDO MARTINS DE ANDRADE (SP)
FELIPE PEREIRA ZERWES (RS)
FERNANDA CRISTINA AFONSO SALUM (DF)
FERNANDO ANTÔNIO SALUM (GO)
FILOMENA MARINO CARVALHO (SP)
GABRIEL DE ALMEIDA SILVA JÚNIOR (MG)
GABRIELA ROSALI DOS SANTOS (RS)
GIL FACINA (SP)
GILBERTO UEMURA (SP)
GISELLE GUEDES NETTO DE MELLO (SP)
GIULIANO MENDES DUARTE (SP)
GIULIANO TAVARES TOSELLO (SP)
GUILHERME NOVITA GARCIA (SP)
GUSTAVO ANTÔNIO DE SOUZA (SP)
HEITOR NAOKI SADO (SP)
HÉLIO SEBASTIÃO AMÂNCIO DE CAMARGO JÚNIOR (SP)
HENRIQUE MORAES SALVADOR SILVA (MG)
HEVERTON LEAL ERNESTO DE AMORIM (PB)
HIRAM SILVEIRA LUCAS (RJ)
IVO BARRETO DE MEDEIROS (RN)
JADER RODRIGUES GONÇALVES (RN)
JESUSMAR MODESTO RAMOS (MS)
JOÃO BOSCO DE BARROS WANDERLEY (MS)
JOÃO BOSCO RAMOS BORGES (SP)
JOÃO ESBERARD BELTRÃO (PE)
JOÃO HENRIQUE PENA REIS (MG)
JOAQUIM TEODORO DE ARAÚJO NETO (SP)
JORGE VILLANOVA BIAZUS (RJ)
JORGE YOSHINORI SHIDA (SP)
JOSÉ ANTÔNIO RIBEIRO FILHO (DF)
JOSÉ BINES (RJ)
JOSÉ EDUARDO NESTAREZ (SP)
JOSÉ FRANCISCO RINALDI (SP)

JOSÉ LUIZ ESTEVES FRANCISCO (SP)
JOSÉ LUIZ PEDRINI (RS)
JOSÉ MAURO SECCO (AP)
JOSÉ RICARDO CONTE DE SOUZA (RJ)
JOSÉ RICARDO PACIÊNCIA RODRIGUES (SP)
JOSÉ ROBERTO FILASSI (SP)
JOSÉ ROBERTO MORALES PIATO (SP)
JOSÉ TADEU CAMPOS DE AVELAR (MG)
JOSÉLIO MARTINS FRANCO (RJ)
JURANDYR MOREIRA DE ANDRADE (SP)
JUVENAL MOTTOLA JÚNIOR (SP)
KÁTIA RAMOS MOREIRA LEITE (SP)
LEO FRANCISCO LEONE JÚNIOR (PR)
LICURGO NUNES BASTOS JÚNIOR (PA)
LINEI URBAN (PR)
LÍVIA MARIA TOLEDO (MG)
LUCAS OLIVEIRA VIEIRA (SP)
LUCIANA NAIRA DE BRITO LIMA (RN)
LUCIANO FERNANDES CHALA (SP)
LÚCIO FLAVO DALRI (SC)
LUIZ ANTÔNIO BRONDI (SP)
LUIZ AYRTON SANTOS JÚNIOR (PI)
LUIZ GONZAGA PORTO PINHEIRO (CE)
LUIZ HENRIQUE GEBRIM (SP)
LUIZ MURILLO LOPES DE BRITO (RN)
MACIEL DE OLIVEIRA MATIAS (RN)
MAILLENE RODRIGUES LISBOA (RO)
MAIRA CALEFFI (RS)
MARCELO MADEIRA (SP)
MARCELO MOURA COSTA SAMPAIO (SP)
MARCIA DALLYANE SANT'ANNA C. FREITAS (CE)
MARCO ANTÔNIO NASSER AGUIAR (CE)
MARCONI MENEZES DE LUNA (RJ)
MARCOS NOLASCO H. NEVES (BA)
MARIA DE FÁTIMA BRITO VOGT (DF)
MARIA DE FÁTIMA GAUI (RJ)
MARIA JOSÉ MENDONÇA S. ALBUQUERQUE (AL)
MARIA NILCE RODRIGUES PEREIRA (MG)
MARIANNE PINOTTI (SP)
MÁRIO CASALES SCHORR (RS)
MÁRIO MOURÃO NETTO (SP)
MAURÍCIO AUGUSTO SILVA MAGALHÃES COSTA (RJ)
MAURÍCIO DE AQUINO RESENE (SE)
MÔNICA VIEIRA M. TRAVASSOS JOURDAN (RJ)
NEIMAR LOLLI (MG)
NILTON CÉZAR OLIVEIRA BESSA (AM)
NIVALDO TIMÓTEO ALVES MACIEL (MG)
OMAR CARNEIRO FILHO (GO)
PÁBULO HENRIQUE SOUSA RODRIGUES (MT)
PAULO GIL KATSUDA (SP)
PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE LEAL (RJ)
PAULO ROBERTO PIROZZI (SP)
PEDRO WILSON LEITÃO LIMA (CE)
RENÉ ALOÍSIO DA COSTA VIEIRA (SP)
RITA DE CÁSSIA DE MAIO DARDES (SP)
ROBERTO GOMES (ES)
ROBERTO JOSÉ S. VIEIRA (RJ)
ROBERTO KEPLER DA CUNHA AMARAL (BA)
ROBSON FERRIGNO (SP)
RODRIGO ALVAREZ (Programa de Mobilização de Recursos do IDIS)
RODRIGO CERICATTO (RS)
RODRIGO PEPE COSTA (DF)
ROGÉRIO GROSSMANN (RS)
RUI GILBERTO FERREIRA (Presidente da AMG)
SABAS CARLOS VIEIRA (PI)
SALOMÃO RODRIGUES FILHO (Presidente do CREMEGO)
SELMA DE PACE BAUAB (SP)
SÉRGIO BRUNO BONATTO HATSCHBACH (PR)
SÉRGIO ZEBINI BORGES (DF)
SÍLVIO CÉSAR DA SILVA (MG)
SÍLVIO EDUARDO BROMBERG (SP)
SIMONE ELIAS (SP)
SINEZIO ALVES DA SILVA FILHO (MG)
SIZENANDO DA SILVA CAMPOS JR. (Presidente da UNIMED Goiânia)
TELIA NEGRÃO (Rede Feminista)
THIERS DEDA GONÇALVES (SE)
TOMAS YUNG JOON KIM (SP)
VANESSA VILAR (SP)
VICENTE TARRICONE JÚNIOR (SP)
VILMAR MARQUES DE OLIVEIRA (SP)
VINÍCIUS MILANI BUDEL (PR)
WALDEMAR NAVES DO AMARAL (Chefe do Depto. GO)
WASHINGTON LUIZ FERREIRA RIOS (Presidente da SGGO)

XVI

Congresso Brasileiro De Mastologia



19 A 22 DE OUTUBRO DE 2011
CENTRO DE CONVENÇÕES DE GOIÂNIA

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

Grade Programação

DIA 19/10/2011 (QUARTA-FEIRA)	TEATRO RIO VERMELHO (Dr. Carlos Ricardo Chagas)	AUDITÓRIO LAGO AZUL (Dr. Marconi Menezes Luna)	SALA 1 (Dr. José Antônio Ribeiro Filho)	SALA 2 (Dr. Antônio S.S. Figueira Filho)	SALA 3 (Dr. Ézio Novais Dias)	SALA 4 (Dr. Hiran Silveira Lucas)	SALA 5 (Dr. Alfredo Carlos S.D. Barros)	SALA 6 (Dr. Henrique Moraes Salvador Silva)	SALA 7 (Dr. Diógenes L. Basegio)
08:00 - 10:30	2.000 LUGARES	600 LUGARES	270 LUGARES	210 LUGARES	270 LUGARES	130 LUGARES			
10:30 - 11:00	INTERVALO (BREAK)	CP1 - CURSO PRÉ- CONGRESSO: CIRURGIA ONCOPLÁSTICA COM APOIO DA AMERICAN SOCIETY OF BREAST DISEASES - ASBD (PRE - CONGRESS COURSE: ONCOPLASTIC SURGERY SUPPORTED BY THE AMERICAN SOCIETY OF BREAST DISEASES - ASBD) (PATROCÍNIO: MENTOR) (SPONSORSHIP: MENTOR)	CP2 - CURSO PRÉ- CONGRESSO: IMAGENOLOGIA MAMÁRIA (PRE- CONGRESS COURSE: BREAST IMAGING)	CP3 - CURSO PRÉ- CONGRESSO: BIOLOGIA MOLECULAR PARA O MASTOLOGISTA (Em colaboração com Instituto GEMAST) (PRE-CONGRESS: MOLECULAR BIOLOGY FOR THE BREAST CANCER SPECIALIST) - Partnership with GEMAST	CP4 - CURSO PRÉ- CONGRESSO: MASTOLOGIA GERAL: ESCOLA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (PRE-CONGRESS: BRAZILIAN SCHOOL OF MASTOLOGY)			SALA VIP	MÍDIA-DESK
11:00 - 13:00	INTERVALO (BREAK)								
13:00 - 14:00	INTERVALO (BREAK)								
14:00 - 16:00	INTERVALO (BREAK)								
16:00 - 16:30	INTERVALO (BREAK)								
16:30 - 18:00									

DIA 20/10/2011 (QUINTA-FEIRA)	TEATRO RIO VERMELHO (Dr. Carlos Ricardo Chagas)	AUDITÓRIO LAGO AZUL (Dr. Marconi Menezes Luna)	SALA 1 (Dr. José Antônio Ribeiro Filho)	SALA 2 (Dr. Antônio S.S. Figueira Filho)	SALA 3 (Dr. Ézio Novais Dias)	SALA 4 (Dr. Hiran Silveira Lucas)	SALA 5 (Dr. Alfredo Carlos S.D. Barros)	SALA 6 (Dr. Henrique Moraes Salvador Silva)	SALA 7 (Dr. Diógenes L. Basegio)
08:00 - 08:30	2.000 LUGARES SOLENIDADE DE ABERTURA (OPENING CERIMONY)	600 LUGARES	270 LUGARES	210 LUGARES	270 LUGARES	130 LUGARES			
08:30 - 09:00	CONFERÊNCIA: INDICAÇÕES E LIMITAÇÕES DA RM NO ESTUDO DAS MAMAS (CONFERENCE: INDICATIONS AND LIMITATIONS OF MRI WITHIN BREAST STUDIES)					TEMA LIVRE	TEMA LIVRE	SALA VIP	MÍDIA-DESK
09:00 - 10:00	ENCONTRO COM EXPERTS (MEETING WITH EXPERTS)								
10:00 - 10:30		INTERVALO (BREAK)							
10:30 - 12:00	PAINEL: ABORDAGENS CIRÚRGICAS ATUAIS (PANEL: CURRENTSURGICAL APPROACHES)					TEMA LIVRE			
12:00 - 14:00		SIMPÓSIO PATROCINADO GSK	INTERVALO (ALMOÇO / SIMPÓSIO PATROCINADO)						
14:00 - 15:30		PAINEL: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM MASTOLOGIA (PANEL: DIAGNOSTICS METHODS IN MASTOLOGY)	PAINEL: ESTRATÉGIAS E PREVENÇÃO PARA O CÂNCER DE MAMA (PANEL: STRATEGIES AND BREAST CANCER PREVENTION)	FÓRUM DE DEFESA PROFISSIONAL (PROFESSIONAL DEFENSE FORUM)			REUNIÃO ADMINISTRATIVA DA ESCOLA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA	SALA VIP	MÍDIA-DESK
15:30 - 16:15		CONFERÊNCIA COMENTADA: HORMONIOTERAPIA ADJUVANTE (COMMENTED CONFERENCE: ADJUVANT HORMONE THERAPY)	CONFERÊNCIA COMENTADA: TERAPIA HORMONAL E CÂNCER DE MAMA (COMMENTED THERAPY: HORMONAL THERAPY AND BREAST CANCER)						
16:15 - 16:45		INTERVALO (BREAK)							
16:45 - 18:15		PAINEL: TEMAS GERAIS (PANEL: GENERAL TOPICS)	SESSÃO CLÍNICA (CLINICAL SESSION)			17:00 ASSEMBLÉIA GERAL SBM			

DIA 21/10/2011 (SEXTA-FEIRA)	TEATRO RIO VERMELHO (Dr. Carlos Ricardo Chagas)	AUDITÓRIO LAGO AZUL (Dr. Marconi Menezes Luna)	SALA 1 (Dr. José Antônio Ribeiro Filho)	SALA 2 (Dr. Antônio S.S. Figueira Filho)	SALA 3 (Dr. Ezio Novais Dias)	SALA 4 (Dr. Hiran Silveira Lucas)	SALA 5 (Dr. Alfredo Carlos S.D. Barros)	SALA 6 (Dr. Henrique Moraes Salvador Silva)	SALA 7 (Dr. Diógenes L. Basegio)	
	2.000 LUGARES	600 LUGARES	270 LUGARES	210 LUGARES	270 LUGARES	130 LUGARES				
08:00 - 09:15		PAINEL: TERAPIA COM QT NEOADJUVANTE (PANEL: NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY)								
09:15 - 09:45		CONFERÊNCIA: ESTIMANDO O RISCO DE RECORRÊNCIA EM TERAPIA ADJUVANTE PARA O CÂNCER DE MAMA EM ESTÁGIO INICIAL (CONFERENCE: ESTIMATING RISK OF RECURRENCE IN ADJUVANT THERAPY FOR EARLY STAGE BREAST CANCER)	(08:00 - 09:30) PAINEL: CARCINOMA DUCTAL IN SITU E LESÕES PRECURSORAS (PANEL: DUCTAL IN SITU CARCINOMA AND PRECURSOR LESIONS)					TEMA LIVRE	SALA VIP	MÍDIA-DESK
09:45 - 10:15		CONFERÊNCIA: O ESTADO DA ARTE NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA HER2 POSITIVO (CONFERENCE: THE STATE OF THE ART ON THE TREATMENT OF HER2 POSITIVE BREAST CANCER PATIENTS)	(09:30 - 10:00) ENCONTRO COM EXPERTS (MEETING WITH EXPERTS)							
10:15 - 10:30		INTERVALO (BREAK)								
10:30 - 12:00		PAINEL: CÂNCER DE MAMA INICIAL (PANEL: EARLY STAGE BREAST CANCER)	PAINEL: SITUAÇÕES ESPECIAIS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO (PANEL: SPECIAL SITUATIONS: DIAGNOSIS AND TREATMENT)							
12:00 - 14:00	SIMPÓSIO PATROCINADO (SPONSORED SIMPOSIUM)									
14:00 - 15:30		PAINEL: PÉROLAS CIRÚRGICAS EM MASTOLOGIA. TEMAS GERAIS EM CIRURGIAS MAMÁRIAS. O QUE VOCÊ PRECISA SABER EM 10 MINUTOS (PANEL: SURGICAL PEARLS IN MASTOLOGY. GENERAL TOPICS REGARDING BREAST SURGERIES. EVERYTHING YOU NEED TO KNOW IN 10 MINUTES)	PAINEL: PÉROLAS CIRÚRGICAS EM ONCOPLÁSTICA. O QUE VOCÊ PRECISA SABER EM 10 MINUTOS (PANEL: SURGICAL PEARLS IN ONCOPLASTIC. WHAT DO YOU NEED TO KNOW IN 10 MINUTES)					TEMA LIVRE	SALA VIP	MÍDIA-DESK
15:30 - 16:15		CONFERÊNCIA COMENTADA: O FUTURO DA CIRURGIA NO CÂNCER DE MAMA (COMMENTED CONFERENCE: FUTURE OF BREAST CANCER SURGERY)	CONFERÊNCIA COMENTADA: CÂNCER DE MAMA: GRAU HISTOLÓGICO E ÍNDICE PROLIFERATIVO OU ASSINATURA GÊNICA (BREAST CANCER: HISTOLOGIC GRADE AND PROLIFERATIVE INDEX OR GENE SIGNATURE)							
16:15 - 16:45		INTERVALO (BREAK)								
16:45 - 18:15		SESSÃO CLÍNICA (CLINICAL SESSION)	PAINEL: DOENÇAS BENIGNAS DAS MAMAS (PANEL: BENIGN BREAST DISEASES)							

DIA 22/10/2011 (SÁBADO)	TEATRO RIO VERMELHO (Dr. Carlos Ricardo Chagas)	AUDITÓRIO LAGO AZUL (Dr. Marconi Menezes Luna)	SALA 1 (Dr. José Antônio Ribeiro Filho)	SALA 2 (Dr. Antônio S.S. Figueira Filho)	SALA 3 (Dr. Ezio Novais Dias)	SALA 4 (Dr. Hiran Silveira Lucas)	SALA 5 (Dr. Alfredo Carlos S.D. Barros)	SALA 6 (Dr. Henrique Moraes Salvador Silva)	SALA 7 (Dr. Diógenes L. Basegio)	
	2.000 LUGARES	600 LUGARES	270 LUGARES	210 LUGARES	270 LUGARES	130 LUGARES				
08:30 - 10:00										
10:00 - 10:30	CURSO: IEO (COURSE: IEO)	INTERVALO (BREAK)								
10:30 - 12:00										
12:00 - 14:00										
14:00 - 15:30										
15:30			ENCERRAMENTO (CLOSING) E PREMIAÇÕES TEMAS LIVRES							

**CURSO PRÉ-CONGRESSO (PRE-CONGRESS COURSE)
DIA 19/10/2011 (QUARTA-FEIRA)
10/19/2011 (WEDNESDAY)
AUDITÓRIO LAGO AZUL (Dr. Marconi Menezes Luna)**

MANHÃ E TARDE (MORNING AND AFTERNOON)

08:00 - 18:00 (8 am - 6 pm)	CP1 - CIRURGIA ONCOPLÁSTICA COM APOIO DA AMERICAN SOCIETY OF BREAST DISEASES - ASBD (ONCOPLASTIC SURGERY SUPPORTED BY THE AMERICAN SOCIETY OF BREAST DISEASES - ASBD) Coordenação (Coordination) MAURÍCIO AUGUSTO SILVA MAGALHÃES COSTA (RJ) Moderador (Moderator) JOSÉ RICARDO CONTE DE SOUZA (RJ)
08:00 - 08:30	IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR EM MASTOLOGIA (THE IMPORTANCE OF INTERDISCIPLINARY APPROACH IN MASTOLOGY) MAURÍCIO AUGUSTO SILVA MAGALHÃES COSTA (RJ)
08:30 - 09:00	DIRETRIZES PARA A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO ONCOPLÁSTICO DE MAMA (GUIDELINES REGARDING THE BACKGROUND OF THE ONCOPLASTIC BREAST SURGEON) GAIL S. LEBOVIC (USA)
09:00 - 09:30	CENTRO DE TREINAMENTO BRASILEIRO DE CIRURGIA ONCOPLÁSTICA (BRAZILIAN TRAINING CENTER OF ONCOPLASTIC SURGERY) ÂNGELO GUSTAVO ZUCCA MATTHES (SP)
09:30 - 10:00	PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ONCOPLÁSTICA (PREOPERATIVE PLANNING OF ONCOPLASTIC SURGERY) VILMAR MARQUES DE OLIVEIRA (SP)
10:00 - 10:30	INTERVALO (BREAK)
Moderadores (Moderators)	ÂNGELO GUSTAVO ZUCCA MATTHES (SP) JOSÉ FRANCISCO RINALDI (SP)

10:30 - 11:00	CIRURGIA ONCOPLÁSTICA NO TRATAMENTO CONSERVADOR DO CÂNCER DE MAMA (ONCOPLASTIC SURGERY IN BREAST CONSERVING THERAPY) MAURÍCIO DE AQUINO RESENDE (SE)
11:00 - 11:30	CIRURGIA REDUTORA DE RISCO: INDICAÇÕES E TÉCNICAS (RISK REDUCTION SURGERY: INDICATIONS AND TECHNIQUES) CÍCERO DE ANDRADE URBAN (PR)
11:30 - 12:00	ADENECTOMIA PROFILÁTICA DA MAMA OPOSTA: INDICAÇÕES E TÉCNICAS (PROPHYLACTIC ADENECTOMY OF CONTRALATERAL BREAST: INDICATIONS AND TECHNIQUES) JORGE VILLANOVA BIAZUS (RS)
12:00 - 13:00 (12 - 1 pm)	SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS: CIRURGIA REDUTORA DE RISCO (CASE VIGNETTE SESSION: RISK REDUCTION SURGERY) PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE LEAL (RJ) ÂNGELO GUSTAVO ZUCCA MATTHES (SP) GAIL S. LEBOVIC (USA)
13:00 - 14:00 (1 - 2 pm)	ALMOÇO (LUNCH)
Moderador (Moderator)	FABRÍCIO PALERMO BRENELLI (SP)
14:00 - 14:30 (2-2:30 pm)	TÉCNICAS DE REDUÇÃO MAMÁRIA, MASTOPEXIA E CIRURGIA ONCOPLÁSTICA (BREAST REDUCTION TECHNIQUES, BREAST UPLIFT AND ONCOPLASTIC SURGERY) GAIL S. LEBOVIC (USA)
14:30 - 15:00 (2:30 - 3 pm)	RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA APÓS MASTECTOMIA COM PRESERVAÇÃO CUTÂNEA (IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION AFTER SKIN SPARING MASTECTOMY) JOSÉLIO MARTINS FRANCO (RJ)
15:00 - 15:30 (3 - 3:30 pm)	RECONSTRUÇÃO COM IMPLANTES (RECONSTRUCTION WITH IMPLANTS) MARCELO MOURA COSTA SAMPAIO (SP)

15:30 - 16:00 (3:30 - 4 pm) **INDICAÇÕES DE EXPANSORES TEMPORÁRIOS E PERMANENTES** (INDICATIONS OF TEMPORARY AND PERMANENT EXPANDERS)
PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE LEAL (RJ)

16:00 - 16:30 (4 - 4:30 pm) **INTERVALO** (BREAK)

Moderador (Moderator) ÂNGELO DO CARMO SILVA MATTHES (SP)

16:30 - 16:55 (4:30 - 4:55 pm) **COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA ONCOPLÁSTICA** (ONCOPLASTIC SURGERY COMPLICATIONS)
LUIZ HENRIQUE GEBRIM (SP)

16:55 - 17:20 (4:55 - 5:20 pm) **CIRURGIA PRESERVADORA DE PELE E CAP** (NIPPLE AND SKIN SPARING SURGERY)
ANTÔNIO S. S. FIGUEIRA FILHO (PE)

17:20 - 18:00 (5:20 - 6 pm) **SESSÃO DE CASOS CLÍNICOS: RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA** (CASE VIGNETTE SESSION: BREAST RECONSTRUCTION)
CÍCERO DE ANDRADE URBAN (PR)
GAIL S. LEBOVIC (USA)
MÁRIO RIETJENS (ITÁLIA)
PAULO ROBERTO ALBUQUERQUE LEAL (RJ)

**CURSO PRÉ-CONGRESSO (PRE-CONGRESS COURSE)
DIA 19/10/2011 (QUARTA-FEIRA)
10/19/2011 (WEDNESDAY)
SALA 1 (Dr. José Antônio Ribeiro Filho)**

MANHÃ E TARDE (MORNING AND AFTERNOON)

08:00 - 12:00 **CP2 - IMAGENOLOGIA MAMÁRIA** (BREAST IMAGING)
Coordenadora (Coordinator) SIMONE ELIAS (SP)

08:00 - 09:30 **PAINEL: ATUALIZAÇÃO EM LESÕES MAMÁRIAS NÃO PALPÁVEIS** (PANEL: UPDATE ON NON-PALPABLE BREAST LESIONS)
Moderadores (Moderators) ALEXANDRE VICENTE DE ANDRADE (SP)
LEO FRANCISCO LEONE JÚNIOR (PR)

08:00 - 08:15 **MAMOGRAFIA - FÍSICA BÁSICA, POSICIONAMENTO E CONTROLE DE QUALIDADE** (MAMMOGRAPHY - BASIC PHYSICS, QUALITY CONTROL AND POSITIONING)
ALCIDES FERREIRA SANTOS (PE)

08:15 - 08:30 **MÉTODOS INVASIVOS NAS LESÕES MAMÁRIAS NÃO PALPÁVEIS - QUAL E QUANDO?** (INVASIVE METHODS IN NON-PALPABLE BREAST LESIONS - WHICH AND WHEN?)
HÉLIO SEBASTIÃO AMÂNCIO DE CAMARGO JÚNIOR (SP)

08:30 - 08:45 **MANEJO DAS LESÕES MAMÁRIAS INCOMUNS DIAGNOSTICADAS EM BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS** (MANAGEMENT OF UNUSUAL BREAST LESIONS DIAGNOSED IN PERCUTANEOUS BIOPSY)
JOAQUIM TEODORO DE ARAÚJO NETO (SP)

08:45 - 09:00 **DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES MAMÁRIAS NAS BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS** (DIFFICULTIES IN DIAGNOSING BREAST LESIONS IN PERCUTANEOUS BIOPSY)
ÂNGELA LOGULLO WAITZBERG (SP)

09:00 - 09:30 **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

09:30 - 09:50 **CONFERÊNCIA: RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA POPULAÇÃO GERAL E DE ALTO RISCO - HOJE** (CONFERENCE - BREAST CANCER TRACKING WITHIN GENERAL POPULATION AND HIGH RISK - NOWADAYS)
Moderador (Moderator) ALEXANDRE VICENTE DE ANDRADE (SP)
Conferencista (Conferencist) SIMONE ELIAS (SP)

10:00 - 10:30 **INTERVALO** (BREAK)

10:30 - 12:00 **PAINEL: UP TO DATE NOS MÉTODOS DE IMAGEM EM MASTOLOGIA** (PANEL: UP TO DATE IMAGING METHODS IN MASTOLOGY)
Moderadora (Moderator) SIMONE ELIAS (SP)

10:30 - 10:50 **USO RACIONAL DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS MAMAS** (SENSIBLE USE OF BREAST MRI)
GISELLE GUEDES NETTO DE MELLO (SP)

10:50 - 11:20 **MAMOGRAFIA COM CONTRASTE (CEDM)** (CONTRAST MAMMOGRAPHY)
VANESSA VILAR (SP)

11:20 - 11:40 **BMI - BREAST MOLECULAR IMAGE**
ALAOR BARRA SOBRINHO (DF)

11:40 - 12:00	DISCUSSÃO (DISCUSSION)
12:00 - 14:00 (12 - 2 pm)	ALMOÇO (LUNCH)
14:00 - 18:00 (2 - 6 pm)	MEDICINA NUCLEAR E IMAGEM MOLECULAR - APLICAÇÕES EM MASTOLOGIA (NUCLEAR MEDICINE AND MOLECULAR IMAGING - USES IN MASTOLOGY) Coordenador (Coordinator) OMAR CARNEIRO FILHO (GO)
14:00 - 16:00 (2 - 4 pm)	PAINEL: SITUAÇÃO ATUAL (PANEL: CURRENT SITUATION)
14:00 - 14:30 (2 - 2:30 pm)	PET CT NO CÂNCER DE MAMA - INDICAÇÕES CLÍNICAS ATUAIS (PET CT IN BREAST CANCER - CURRENT CLINICAL INDICATIONS) FERNANDO ANTÔNIO SALUM (GO)
14:30 - 15:00 (2:30 - 3 pm)	PAPEL DA CINTILOGRAFIA ÓSSEA NO ESTADIAMENTO INICIAL DO CÂNCER DE MAMA (BONE SCINTIGRAPHY ROLE IN BREAST CANCER INITIAL STAGING) LUCAS OLIVEIRA VIEIRA (SP)
15:00 - 15:30 (3 - 3:30 pm)	CIRURGIA RADIOGUIADA - NOVOS AVANÇOS (RADIOGUIDED SURGERY - NEW ADVANCES) ADELANIR BARROSO (MG)
15:30 - 16:00 (3:30 - 4 pm)	DISCUSSÃO (DISCUSSION)
16:00 - 16:30 (4 - 4:30 pm)	INTERVALO (BREAK)
16:30 - 17:15 (4:30 - 5:15 pm)	PAINEL: APRIMORAMENTOS NA DETECÇÃO DE LINFONODO SENTINELA. SPECTCT, IMPACTO DAS MICROMETÁSTASES (PANEL: IMPROVEMENTS IN SENTINEL LYMPH NODE DETECTION - SPECTCT, MICROMETASTASIS IMPACT) Debatedores (Debaters) ADELANIR BARROSO (MG) HEITOR NAOKI SADO (SP) NEIMAR LOLLI (MG)
17:15 - 18:00 (5:15 - 6 pm)	CONFERÊNCIA: DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA (PET, PEM, MIBI) (CONFERENCE: DIAGNOSIS AND PROGNOSTIC OF BREAST CANCER (PET, PEM, MIBI)) HEITOR NAOKI SADO (SP)

**CURSO PRÉ-CONGRESSO (PRE-CONGRESS COURSE)
DIA 19/10/2011 (QUARTA-FEIRA)
10/19/2011 (WEDNESDAY)
SALA 2 (Dr. Antônio S.S. Figueira Filho)**

MANHÃ E TARDE (MORNING AND AFTERNOON)

08:00 - 18:00 (8 - 6 pm)	CP3 - BIOLOGIA MOLECULAR PARA O MASTOLOGISTA (Em colaboração com Instituto GEMAST) (MOLECULAR BIOLOGY FOR THE BREAST CANCER SPECIALIST) - Partnership with GEMAST Coordenador (Coordinator) ALFREDO CARLOS S. D. BARROS (SP)
08:30 - 09:00	UMA VISÃO MODERNA DO CÓDIGO GENÉTICO. ESTRUTURA GÊNICA, GENES CODIFICADORES E NÃO CODIFICADORES (AN UP TO DATE VIEW OF THE GENETIC CODE: GENETIC STRUCTURE, CODING AND NONCODING GENES) ALFREDO CARLOS S. D. BARROS (SP)
09:00 - 09:30	EPIGENÉTICA: METILAÇÃO DE DNA E ACETILAÇÃO DE HISTONAS (EPIGENETICS: DNA METHYLATION AND HISTONE ACETYLATION) KÁTIA RAMOS MOREIRA LEITE (SP)
09:30 - 10:00	CÉLULAS PROGENITORAS, EXPANSÃO CLONAL E CARCINOGENESE MAMÁRIA (PROGENITOR CELLS, CLONAL EXPANSION AND MAMMARY CARCINOGENESIS) ALFREDO CARLOS S. D. BARROS (SP)
10:00 - 10:30	MECANISMOS DE LESÃO E REPARO DO DNA (LESION PATTERNS AND DNA REPAIR) KÁTIA RAMOS MOREIRA LEITE (SP)
10:30 - 11:00	INTERVALO (BREAK)
11:00 - 11:30	TÉCNICAS LABORATORIAIS DE SEQUENCIAMENTO GÊNICO, DE PCR, DE MICROARRAY DE DNA E MICROARRAY DE TECIDO. COMO IDENTIFICAR "FOUNDER MUTATIONS" E FAZER ASSINATURAS GENÉTICAS (GENETIC SCREENING LAB TECHNIQUES - PCR, DNA MICROARRAY AND TISSUE MICROARRAY. HOW TO IDENTIFY FOUNDER MUTATIONS AND GENOMIC SIGNATURES) KÁTIA RAMOS MOREIRA LEITE (SP)

11:30 - 12:00	<p>JUNÇÕES CELULARES, TRANSIÇÃO EPITÉLIO-MESÊNQUIMA E MICROAMBIENTE TUMORAL (CELL JUNCTIONS, EPITHELIAL-MESENCHYMAL TRANSITION AND TUMOR MICROENVIRONMENT) FABIANA BARONI ALVES MAKDISSI (SP)</p>	<p>15:30 - 16:00 (3:30 - 4 pm) CARACTERIZAÇÃO FENOTÍPICA CELULAR POR IMUNOHISTOQUÍMICA: E-CADERINA, P63, VIMENTINA, CALPONINA E CITOQUERATINAS. COMO E POR QUÊ? (CELLULAR PHENOTYPIC CHARACTERIZATION THROUGH IMMUNOHISTOCHEMISTRY: E-CADERIN, P63, VIMENTIN, CALPONIN AND CYTOKERATINS. HOW AND WHY?) CRISTIANE DA COSTA B. ABRAHÃO NIMIR (SP)</p>
12:00 - 12:30	<p>MICRO RNA: ANÁLISE E SIGNIFICADO CLÍNICO DE SUA REGULAÇÃO E DESREGULAÇÃO NO CÂNCER (MICRO RNA: ANALYSIS AND CLINICAL SIGNIFICANCE OF ITS REGULATION AND DEREGULATION IN CANCER) KÁTIA RAMOS MOREIRA LEITE (SP)</p>	<p>16:00 - 16:30 (4 - 4:30 pm) INTERVALO (BREAK)</p>
12:30 - 13:00 (12:30 - 1 pm)	<p>SÍNDROME DE CÂNCER DE MAMA HEREDITÁRIO: BRCA1-2 E BRCA2 (SYNDROME OF HEREDITARY BREAST CANCER: BRCA1-2 AND BRCA2) FABIANA BARONI ALVES MAKDISSI (SP)</p>	<p>16:30 - 17:00 (4:30 - 5 pm) ONCOTYPE DX NA PRÁTICA: QUANDO PEDIR E COMO UTILIZAR. EXPERIÊNCIA BRASILEIRA (ONCOTYPE DX IN PRACTICE: WHEN AND HOW TO USE. BRAZILIAN EXPERIENCE) ALFREDO CARLOS S. D. BARROS (SP)</p>
13:00 - 14:00 (1 - 2 pm)	<p>INTERVALO (ALMOÇO) - (LUNCH)</p>	<p>17:00 - 17:30 (5 - 5:30 pm) MICROAMBIENTE TUMORAL. O PAPEL DOS FIBROBLASTOS, CÉLULAS MIOEPITELIAIS, MACRÓFAGOS E DA MATRIZ EXTRACELULAR NA ANGIOGÊNESE, LINFANGIOGÊNESE E PROGRESSÃO TUMORAL (TUMOR MICROENVIRONMENT. THE ROLE OF FIBROBLASTS, MYOEPIHELIAL CELLS, MACROPHAGES AND EXTRACELLULAR MATRIX IN ANGIOGENESIS, LYMPHANGIOGENESIS AND TUMOR PROGRESSION) CRISTIANE DA COSTA B. ABRAHÃO NIMIR (SP)</p>
14:00 - 14:30 (2 - 2:30 pm)	<p>VIAS DE SINALIZAÇÃO INTRA-CELULAR: PI3K/AKT/MTOR/PDEN E TIROSINA QUINASE (INTRACELLULAR SIGNALING PATHWAYS: PI3K/AKT/MTOR/PDEN AND TYROSINE KINASE) KÁTIA RAMOS MOREIRA LEITE (SP)</p>	<p>17:30 - 18:00 (5:30 - 6 pm) GENOTIPAGEM DE CYP2D6 E FARMACOGENÔMICA DO TAMOXIFENO (CYP2D6 GENOTYPING AND PHARMACOGENETICS OF TAMOXIFEN) FABIANA BARONI ALVES MAKDISSI (SP)</p>
14:30 - 15:00 (2:30 - 3 pm)	<p>ESTRUTURA MOLECULAR DO ONCOGENO HER-2 E "GUIDELINES" PARA SUA AVALIAÇÃO E INTERPRETAÇÃO (HER-2 MOLECULAR STRUCTURE AND GUIDELINES FOR ITS EVALUATION AND INTERPRETATION) CRISTIANE DA COSTA B. ABRAHÃO NIMIR (SP)</p>	<p>18:00 (6 pm) ENCERRAMENTO (CLOSURE)</p>
15:00 - 15:30 (3-3:30 pm)	<p>AS ASSINATURAS GENÉTICAS DE SUBTIPOS INTRÍNSECOS, MAMMAPRINT, ONCOTYPE DX E OUTRAS. TUMORES TRIPLO-NEGATIVOS X BASALÓIDES E CLAUDIN-LOW (GENOMIC SIGNATURES OF INTRINSIC SUBTYPES, MAMMAPRINT, ONCOTYPE DX AND OTHERS. TRIPLE-NEGATIVE TUMORS X BASALOID AND CLAUDIN-LOW) ALFREDO CARLOS S. D. BARROS (SP)</p>	

CURSO PRÉ-CONGRESSO (PRE-CONGRESS COURSE)
DIA 19/10/2011 (QUARTA-FEIRA)
10/19/2011 (WEDNESDAY)
SALA 3 (Dr. Ézio Novais Dias)

MANHÃ E TARDE (MORNING AND AFTERNOON)

08:00 - 18:00 **CP4 - MASTOLOGIA GERAL: ESCOLA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (BRAZILIAN SCHOOL OF MASTOLOGY)**
 Coordenação (Coordination) JOSÉ LUIZ PEDRINI (RS)

08:00 - 10:30 **MÓDULO I - PROCESSOS BENIGNOS (MODULE I - BENIGN PROCESSES)**

08:00 - 08:15 **APRESENTAÇÃO (PRESENTATION)**
 Coordenador (Coordinator) AUGUSTO TUFI HASSAN (BA)
 Debatedores (Debaters) EWALDO LUZIO FÔRO DE OLIVEIRA (PA)
 JOSÉ RICARDO PACIÊNCIA RODRIGUES (SP)

08:15 - 08:30 **TERAPIA DO CLIMATÉRIO NA MULHER TRATADA POR CÂNCER DE MAMA (CLIMACTERIC THERAPY IN WOMEN TREATED WITH BREAST CANCER)**
 AFONSO CELSO PINTO NAZÁRIO (SP)

08:30 - 08:45 **DESVENDANDO IMAGENS E CORRELACIONANDO COM ANATOMIA PATOLÓGICA (UNDERSTANDING AND CORRELATING IMAGES WITH PATHOLOGICAL ANATOMY)**
 PAULO ROBERTO PIROZZI (SP)

08:45 - 09:00 **QUANDO NÃO BIOPSIAR A MAMA (WHEN NOT TO PERFORM BREAST BIOPSY)**
 MÁRIO CASALES SCHORR (RS)

09:00 - 09:15 **MASTALGIA (MASTALGIA)**
 ROBERTO KEPLER DA CUNHA AMARAL (BA)

09:15 - 09:30 **FIBROADENOMA E OUTROS TUMORES BENIGNOS (FIBROADENOMA AND OTHER BENIGN TUMORS)**
 JOÃO BOSCO RAMOS BORGES (SP)

09:30 - 09:45 **DESCARGA PAPILAR E LESÕES PAPILÍFERAS (NIPPLE DISCHARGE AND PAPPILARY LESIONS)**
 JOSÉ ROBERTO FILASSI (SP)

09:45 - 10:00 **GINECOMASTIA E CÂNCER DE MAMA MASCULINO (GYNECOMASTIA AND MALE BREAST CANCER)**
 FELIPE ZERWES (RS)

10:00 - 10:30 **DISCUSSÃO (DISCUSSION)**

10:30 - 11:00 **INTERVALO (BREAK)**

11:00 - 12:30 **MÓDULO II - NOVOS HORIZONTES E PARADIGMAS DA CIRURGIA DE MAMA (MODULE II - BREAST SURGERY NEW HORIZONS AND PARADIGMS)**
 Coordenadora (Coordinator) MÔNICA VIEIRA M. TRAVASSOS JOURDAN (RJ)
 Debatedores (Debaters) LUCIANA NAIRA DE BRITO LIMA (RN)
 GILBERTO UEMURA (SP)

11:00 - 11:15 **QUANDO A MASTECTOMIA É A ÚNICA SOLUÇÃO (WHEN MASTECTOMY IS THE ONLY SOLUTION)**
 ROBERTO KEPLER DA CUNHA AMARAL (BA)

11:15 - 11:30 **CIRURGIA ONCOPLÁSTICA NA RESIDÊNCIA EM MASTOLOGIA (ONCOPLASTIC SURGERY IN MASTOLOGY RESIDENCY)**
 LUIZ AYRTON SANTOS JÚNIOR (PI)

11:30 - 11:45 **CUIDADOS COM A PEÇA CIRÚRGICA E SUAS IMPLICAÇÕES (CARE OF SURGICAL SPECIMEN AND ITS IMPLICATIONS)**
 CÉSAR CABELLO DOS SANTOS (SP)

11:45 - 12:00 **SIGNIFICADO DA RECIDIVA LOCAL (MEANING OF LOCAL RECURRENCE)**
 AFRÂNIO COELHO DE OLIVEIRA (RJ)

12:00 - 12:15 **MASTECTOMIA NIPPLE SPARING ESTÁ PADRONIZADA? (IS NIPPLE SPARING MASTECTOMY STANDARDIZED?)**
 EDISON MANTOVANI BARBOSA (SP)

12:15 - 12:30 **DISCUSSÃO (DISCUSSION)**

12:30 - 14:00 (12:30 - 2 pm) **INTERVALO - ALMOÇO (LUNCH)**

14:00 - 15:30 (2 - 3:30 pm) **MÓDULO III - LIMITES E LIMITAÇÕES NA MASTOLOGIA** (MODULE III - LIMITS AND LIMITATIONS WITHIN MASTOLOGY)
 Coordenador (Coordinator) GUILHERME NOVITA GARCIA (SP)
 Debatedores (Debaters) GABRIEL DE ALMEIDA SILVA JÚNIOR (MG)
 GABRIELA ROSALI DOS SANTOS (RS)

14:00 - 14:15 (2 - 2:15 pm) **LIMITES DA ONCOPLÁSTICA** (LIMITS OF ONCOPLASTIC SURGERY)
 CÍCERO DE ANDRADE URBAN (PR)

14:15 - 14:30 (2:15 - 2:30 pm) **LIMITES DA AVALIAÇÃO AMBULATORIAL NO CONSULTÓRIO** (LIMITS OF OUTPATIENT ASSESSMENT IN THE MEDICAL OFFICE)
 MAURÍCIO DE AQUINO RESENDE (SE)

14:30 - 14:45 (2:30 - 2:45 pm) **IMAGEM DA MAMA: O INDISPENSÁVEL, O ÚTIL E O DESNECESSÁRIO** (BREAST IMAGING: WHAT IS INDISPENSABLE, USEFUL AND UNNECESSARY)
 RODRIGO PEPE COSTA (DF)

14:45 - 15:00 (2:45 - 3 pm) **MOLECULAR: O QUE SABEMOS E O QUE INTERESSA AO PACIENTE** (MOLECULAR: WHAT DO WE KNOW THAT CONCERNS THE PATIENT?)
 GIL FACINA (SP)

15:00 - 15:30 (3 - 3:30 pm) **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

15:30 - 16:00 (3:30 - 4 pm) **INTERVALO** (BREAK)

16:00 - 18:00 (4 - 6 pm) **MÓDULO IV - TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR: ESTRATÉGIAS** (MODULE IV - MULTIDISCIPLINARY TREATMENT: STRATEGIES)
 Coordenador (Coordinator) FÁBIO BAGNOLI (SP)
 Debatedores (Debaters) GIULIANO TAVARES TOSELLO (SP)
 JUVENAL MOTTOLA JÚNIOR (SP)

16:00 - 16:15 (4 - 4:15 pm) **VANTAGENS E DESVANTAGENS DAS DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO TUMORAL PRÉ-OPERATÓRIA** (ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF DIFFERENT STRATEGIES REGARDING PREOPERATIVE TUMOR REDUCTION)
 VINICIUS MILANI BUDEL (PR)

16:15 - 16:30 (4:15 - 4:30 pm) **TERAPIAS ALVO PODEM SUBSTITUIR A QUIMIOTERAPIA** (TARGET THERAPIES MIGHT REPLACE CHEMOTERAPY)
 JOSÉ LUIZ PEDRINI (RS)

16:30 - 16:45 (4:30 - 4:45 pm) **IMPORTÂNCIA DO PAINEL IMUNOHISTOQUÍMICO NA DECISÃO TERAPÊUTICA** (THE IMPORTANCE OF THE IMMUNOHISTOCHEMICAL ASSAY IN TREATMENT DECISION)
 JURANDYR MOREIRA DE ANDRADE (SP)

16:45 - 17:00 (4:45 - 5:00 pm) **HIPERPLASIAS E LESÕES IN SITU** (HYPERPLASIAS AND IN SITU LESIONS)
 MARIANNE PINOTTI (SP)

17:00 - 17:15 (5 - 5:15 pm) **LINFADENECTOMIA AXILAR: INDICAÇÕES** (AXILLARY LYMPHADENECTOMY: INDICATIONS)
 JOSÉ ROBERTO MORALES PIATO (SP)

17:15 - 18:00 (5:15 - 6 pm) **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

18:00 (6 pm) **ENCERRAMENTO** (CLOSURE)

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 20/10/2011 (QUINTA-FEIRA)
10/20/2011 (THURSDAY)
TEATRO RIO VERMELHO (Dr. Carlos Ricardo Chagas)

MANHÃ (MORNING)

08:00 - 08:30 **SOLENIIDADE DE ABERTURA** (OPENING CERIMONY)

08:30 - 09:00 **CONFERÊNCIA: INDICAÇÕES E LIMITAÇÕES DA RM NO ESTUDO DAS MAMAS** (CONFERENCE: INDICATIONS AND LIMITATIONS OF MRI WITHIN BREAST STUDIES)
 1. RM é indicada para todas as pacientes com diagnóstico de câncer de mama? (Is MRI assigned for all patients with breast cancer diagnosis?)
 2. Quando as microcalcificações são o único achado, em que a RM pode ajudar? (In which situation can MRI help once there is micro calcification as the only finding?)
 3. Quando e como a RM pode mudar o tratamento cirúrgico das pacientes com câncer de mama? (When and how MRI can change the treatment of patients with breast cancer?)
 Presidente (President) CARLOS ALBERTO RUIZ (SP)
 Conferencista (Conferencist) CHRISTIANE KUHL (ALEMANHA)

09:00 - 10:00**ENCONTRO COM EXPERTS** (MEETING WITH EXPERTS)

Coordenador (Coordinator)

ÉZIO NOVAIS DIAS (BA)

Participantes (Attendees)

CHRISTIANE KUHL (ALEMANHA)

MICHAEL UNTCH (ALEMANHA)

10:00 - 10:30**INTERVALO** (BREAK)**10:30 - 12:00****PAINEL: ABORDAGENS CIRÚRGICAS ATUAIS** (PANEL: CURRENT SURGICAL APPROACHES)

Coordenador (Coordinator)

DIÓGENES LUIZ BASÉGIO (RS)

Presidente (President)

CLÁUDIO MITIDIERI SIMÕES (SE)

Debatedores (Debaters)

ROBERTO GOMES (ES)

MARCO ANTÔNIO NASSER AGUIAR (CE)

10:30 - 10:45**RADIOTERAPIA PÓS-CONSERVAÇÃO DO CAM?** (RADIATION THERAPY AFTER NIPPLE SPARING MASTECTOMY?)

1. Quando irradiar ou não o CAM? (When should the nipple be irradiated?)

2. Quais as evidências da mastectomia nipple e skin sparing na prática clínica? (Which are the evidences regarding nipple and skin sparing mastectomy within clinical practice?)

3. Como minimizar os efeitos indesejáveis da radioterapia pós conservação do CAM? (How should the undesirable effects of radiation therapy be minimized after nipple sparing mastectomy?)

4. Qual a melhor técnica? (What is the best protocol to be followed regarding radiation therapy?)

Palestrante (Speaker)

ROBERT R. KUSKE (USA)

10:45 - 11:00**LINFONODO SENTINELA** (SENTINEL LYMPH NODE)

1. Quando indicar e quais técnicas? (When should it be considered and which are the techniques?)

2. Quando proceder a linfadenectomia? (When should lymphadenectomy be performed?)

3. Após o estudo ACOSOG Z0011 quando não proceder a linfadenectomia radical mesmo com LS positivo? (After the ACOSOG Z0011 study when should radical lymphadenectomy not be performed even with positive SLN?)

Palestrante (Speaker)

MICHAEL UNTCH (ALEMANHA)

11:00 - 11:15**ANGIOTERMOGRAFIA DINÂMICA** (DYNAMIC ANGIOTERMOGRAPHY)

1. Como o DATG pode ser integrado no rastreamento do câncer de mama? (How DATG can be integrated to breast cancer screening?)

2. Como interpretar a DATG durante a gestação, em virtude do aumento da vascularização na mama? (How to deal with DATG interpretation in pregnant women, considering the increased vascularization?)

3) O uso do DATG pode auxiliar no seguimento após tratamento com conservação mamária incluindo radioterapia? (Is there any role for DATG in the follow-up after breast conserving therapy, including radiotherapy?)

Palestrante (Speaker)

DANIELE MONTRUCCOLI (ITÁLIA)

11:15 - 11:30**É POSSÍVEL O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA SEM CIRURGIA?** (IS IT POSSIBLE TO PROVIDE BREAST CANCER TREATMENT WITH NO SURGERY?)

1. Algum método de imagem poderia substituir o linfonodo sentinela? (Is there any kind of imaging method that could replace the sentinel lymph node?)

2. Em quais casos a radioterapia poderia substituir a cirurgia? (In which cases radiation therapy could replace surgery?)

3. Em caso de lesões pequenas retiradas totalmente pela mamotomia, poderia ser realizada apenas radioterapia, sem ampliação de margens? (Could radiation therapy alone be used once small lesions were completely extracted through core biopsy, with no amplification of the margins?)

Palestrante (Speaker)

GAIL S. LEBOVIC (USA)

11:30 - 12:00**DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 20/10/2011 (QUINTA-FEIRA)
10/20/2011 (THURSDAY)
AUDITÓRIO LAGO AZUL (Dr. Marconi Menezes Luna)

TARDE (AFTERNOON)

12:00 - 13:00	SIMPÓSIO PATROCINADO GSK (SPONSORED SIMPOSIUM)
14:00 - 15:30 (2 - 3:30 pm)	PAINEL: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM MASTOLOGIA (PANEL: DIAGNOSTIC METHODS IN MASTOLOGY)
Coordenador (Coordinator)	MARCONI MENEZES DE LUNA (RJ)
Presidente (President)	NILTON CÉZAR OLIVEIRA BESSA (AM)
Debatedores (Debaters)	EDUARDO CARVALHO PESSOA (SP) JOÃO BOSCO DE BARROS WANDERLEY (MS) CLÁUDIA THEREZINHA SALVIATO MAMERI (ES) PÁBULO HENRIQUE SOUSA RODRIGUES (MT)

14:00 - 14:15 (2 - 2:15 pm)	USG NO RASTREAMENTO (US IN THE SCREENING)
	1. Rotina em mamas densas? (Routine in dense breasts?)
	2. Onde os novos recursos (elastografia, 3D, doppler) poderiam nos auxiliar? (Where could new resources (elastography, 3 D, Doppler assist us?)
	3. Quando usar em pacientes jovens de alto risco? (When is it possible to use in high risk young patients?)
Palestrante (Speaker)	LUCIANO FERNANDES CHALA (SP)

14:15 - 14:30 (2:15 - 2:30 pm)	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COMO ROTINA (MRI AS ROUTINE)
	1. Quais os benefícios da RM como exame de rotina em pacientes jovens, com mamas densas e/ou com fator genético? (What are the benefits of MRI as routine in young patients with dense breasts and/or presenting genetic factor?)
	2. Quais as perspectivas do uso da RM como exame de rastreamento? (What are the perspectives regarding the use of MRI as a scanning test?)
	3. No futuro, quais os métodos diagnósticos de escolha para avaliação das lesões mamárias? (In the future, which methods of diagnosis to evaluate breast lesions will be performed?)
Palestrante (Speaker)	CHRISTIANE KUHL (ALEMANHA)

14:30 - 14:45 (2:30- 2:45 pm)	PET CT NO CÂNCER DE MAMA (THE USE OF PET/CT IN BREAST CANCER)
	1. Quando indicar no estadiamento e seguimento? (When is it possible to indicate in the staging and follow-up period?)
	2. Comparação com a cintilografia óssea e outros exames (Comparison with Bone scintigraphy and other tests)
	3. Uso em carcinomas especiais (The use in special carcinoma)
	4. Aplicabilidade para monitorização pós QT em doença metastática (Monitoring applicability after chemotherapy in metastatic disease)
Palestrante (Speaker)	HEITOR NAOKI SADO (SP)

14:45 - 15:00 (2:45 - 3 pm)	TOMOSSÍNTESE OU MAMOGRAFIA? (TOMOSYNTHESIS OR MAMMOGRAPHY?)
	1. Qual o papel da tomossíntese no câncer de mama? (What is the role of tomosynthesis within breast cancer?)
	2. Quando indicar? (When is it possible to indicate?)
	3. Riscos/exposição e segurança (Risks/exposure and safety)
	4. Viabilidade econômica e perspectivas futuras (Economic feasibility and future perspectives)
Palestrante (Speaker)	SELMA DE PACE BAUAB (SP)

15:00 - 15:30 (3 - 3:30 pm)	DISCUSSÃO (DISCUSSION)
------------------------------------	-------------------------------

15:30 - 16:00 (3:30 - 4 pm)	CONFERÊNCIA COMENTADA: HORMONIOTERAPIA ADJUVANTE (COMMENTED CONFERENCE: ADJUVANT HORMONE THERAPY)
	1. Qual droga iniciar? (Which drug is best to initiate?)
	2. O que fazer na resistência hormonal? (What is the procedure when it comes to hormonal resistance?)
	3. Adjuvância estendida ou SWITCH? (Extended adjuvant setting or SWITCH?)
Conferencista (Conferencist)	CARLOS ALBERTO RUIZ (SP)
Presidente (President)	JOSÉ MAURO SECCO (AP)

16:00 - 16:15 (4 - 4:15 pm)	DISCUSSÃO (DISCUSSION)
------------------------------------	-------------------------------

16:15 - 16:45 (4:15 - 4:45 pm)	INTERVALO (BREAK)
---------------------------------------	--------------------------

16:45 - 18:15 (4:45 - 6:15 pm) **PAINEL: TEMAS GERAIS** (PANEL: GENERAL TOPICS)
 Coordenador (Coordinator) VICENTE TARRICONE JÚNIOR (SP)
 Presidente (President) CLÁUDIA THEREZINHA SALVIATO MAMERI (ES)
 Debatedores (Debaters) JOSÉ LUIZ ESTEVES FRANCISCO (SP)
 PAULO GIL KATSUDA (SP)

16:45 - 17:00 (4:45 - 5 pm) **MEIO AMBIENTE E CÂNCER DE MAMA** (ENVIRONMENT AND BREAST CANCER)
 1. Associação de alimentos e câncer de mama (Diet and breast cancer)
 2. ACO e câncer de mama: realidade ou fantasia? (Oral contraceptives and breast cancer: reality or myth?)
 3. Agrotóxicos e câncer de mama: o que há de evidência? (Pesticides and breast Cancer: What are the evidences?)
 Palestrante (Speaker) ROWAN CHLEBOWSKI (USA)

17:00 - 17:15 (5 - 5:15 pm) **MANEJO DA MAMA CONTRALATERAL** (MANAGEMENT OF CONTRALATERAL BREAST)
 1. Qual o risco de câncer de mama contralateral com o uso de novas terapias: Os dados históricos são aplicáveis no Séc. XXI? (Measuring the risk of contralateral breast cancer with the use of new techniques: Is historical data applicable for the 21st century?)
 2. A mastectomia contralateral modifica a sobrevivência? (Does contralateral mastectomy modify survival?)
 3. Quem está sendo submetida à mastectomia profilática contralateral, a que custo e por quê? (Defining who is undergoing contralateral prophylactic mastectomy: risks and reasons)
 4. Quem pode ser beneficiada com mastectomia profilática contralateral? (Who might present positive results with contralateral prophylactic mastectomy?)
 Palestrante (Speaker) Antônio LUIZ FRASSON (RS)

17:15 - 17:30 (5:15- 5:30 pm) **REVELANDO O DIAGNÓSTICO À PACIENTE** (DISCLOSING THE DIAGNOSIS TO THE PATIENT)
 1. Qual a melhor maneira para se revelar o diagnóstico? (Which is the best way to disclose the diagnosis?)
 2. Como conciliar ciência e assistência ao diagnóstico? (How is it possible to link Science and assistance to the diagnosis?)
 3. Sempre dizer a verdade completa? (Should one always say the entire truth?)
 4. Como deve ser a postura do mastologista na ausência de uma equipe multidisciplinar? (How should the breast cancer specialist behave once there is a lack of a multidisciplinary team?)
 Palestrante (Speaker) HIRAM SILVEIRA LUCAS (RJ)

17:45 - 18:00 (5:45 - 6 pm) **BELEZA E PRAGMATISMO DAS PLÁSTICAS MAMÁRIAS** (BEAUTY AND PRAGMATISM REGARDING MAMMAPLASTY)
 1. O que deve ser considerada mamoplastia não estética? (What should be regarded as mammaplasty not for aesthetic purposes?)
 2. Quando o cirurgião deve dizer não? (When should surgeons say no?)
 3. Quem deve ser submetida à oncoplastia? (Who should undergo oncoplastic surgery?)
 4. Até onde deve ir à atuação do mastologista? (What should be the role of the breast cancer specialist?)
 Palestrante (Speaker) GAIL S. LEBOVIC (USA)

18:00 - 18:15 (6:00 - 6:15 pm) **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 20/10/2011 (QUINTA-FEIRA)
10/20/2011 (THURSDAY)
SALA 1 (Dr. José Antônio Ribeiro Filho)

TARDE (AFTERNOON)

14:00 - 15:30 (2 - 3:30 PM) **PAINEL: ESTRATÉGIAS E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA** (PANEL: STRATEGIES AND BREAST CANCER PREVENTION)
 Coordenadora (Coordinator) RITA DE CÁSSIA DE MAIO DARDES (SP)
 Presidente (President) LÚCIO FLAVO DALRI (SC)
 Debatedores (Debaters) BENEDITO BORGES DA SILVA (PI)
 JOSÉ TADEU CAMPOS DE AVELAR (MG)

14:00 - 14:15 (2 - 2:15 pm) **QUANDO INDICAR E QUAIS AS IMPLICAÇÕES DO SEQUENCIAMENTO DE BRCA 1 E BRCA 2? (WHEN SHOULD BRCA 1 AND BRCA 2 SEQUENCE ANALYSIS BE INDICATED? WHAT ARE THE IMPLICATIONS?)**

1. Nas pacientes abaixo dos 40 anos? (Patients under 40 years old?)
2. O que muda na prática clínica? (What changes when it comes to clinical practice?)
3. Prevenção secundária abaixo dos 35 anos? (Secondary prevention under 35 years old?)

Palestrante (Speaker) GIL FACINA (SP)

14:15 - 14:30 (2:15 - 2:30 pm) **QUIMIOPREVENÇÃO - ESTRATÉGIAS (CHEMOTHERAPY - STRATEGIES)**

1. Quando iniciar? (When should it begin?)
2. Quando interromper? (When should it be interrupted?)
3. Novas perspectivas? (New perspectives)

Palestrante (Speaker) JOÃO HENRIQUE PENNA REIS (MG)

14:30 - 14:45 (2:30 - 2:45 pm) **MASTECTOMIA PROFILÁTICA EM PACIENTES SEM SEQUENCIAMENTO: QUE CRITÉRIOS ABORDAR? (WHICH CRITERIA SHOULD BE CONSIDERED WHEN IT COMES TO PROPHYLACTIC MASTECTOMY IN PATIENTS WITH NO SEQUENCE ANALYSIS?)**

1. Como considerar uma opção sem induzir a decisão da paciente? (How is it possible to consider an option without inducing patient's decision?)
2. Quem decide? (Who decides?)
3. Como fazer o seguimento pós-cirurgia? (How to proceed with the after surgery follow-up?)

Palestrante (Speaker) LUIZ HENRIQUE GEBRIM (SP)

14:45 - 15:00 (2:45 - 3 pm) **DESENVOLVIMENTO DE RASTREAMENTO POPULACIONAL NO BRASIL (DEVELOPMENT OF POPULATIONAL SCREENING IN BRAZIL)**

1. Rastreamento oportunístico tem validade? (Is opportunistic screening valid?)
2. Quais os programas de rastreamento organizado existentes no Brasil? (Which are the screening programs in force in Brazil?)
3. Quais são as dificuldades no rastreamento? (What are the difficulties regarding screening?)

Palestrante (Speaker) MAIRA CALEFFI (RS)

15:00 - 15:30 (3 - 3:30 pm) **DISCUSSÃO (DISCUSSION)**

15:30 - 16:00 (3:30 - 4 pm) **CONFERÊNCIA COMENTADA: TERAPIA HORMONAL E CÂNCER DE MAMA (COMMENTED THERAPY: HORMONAL THERAPY AND BREAST CANCER)**

1. O que mudou depois do WHI? (What were the changes after WHI?)
2. Quem deve utilizar TH? (Who should undergo hormonal therapy?)
3. Alternativas para portadoras de câncer de mama (Alternatives to women with breast cancer)

Conferencista (Conferencist) ROWAN CHLEBOWSKI (USA)
 Presidente (President) JADER RODRIGUES GONÇALVES (RN)

16:00 - 16:15 (4- 4:15 pm) **DISCUSSÃO (DISCUSSION)**

16:15 - 16:45 (4:15 - 4:45 pm) **INTERVALO (BREAK)**

16:45 - 18:15 (4:45 - 6:15 pm) **SESSÃO CLÍNICA (CLINICAL SESSION)**

Coordenador (Coordinator) ALFREDO CARLOS S. D. BARROS (SP)
 Presidente (President) MARIA JOSÉ MENDONÇA S. ALBUQUERQUE (AL)

Debatedores (Debaters) ANTÔNIO FORTES DE PÁDUA FILHO (PI)
 GUSTAVO ANTÔNIO DE SOUZA (SP)
 JOSÉ FRANCISCO RINALDI (SP)
 SÍLVIO EDUARDO BROMBERG (SP)
 LUIZ ANTÔNIO BRONDI (SP)

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 20/10/2011 (QUINTA-FEIRA)
10/20/2011 (THURSDAY)
SALA 2 (Dr. Antônio S.S. Figueira Filho)

TARDE (AFTERNOON)

14:00 - 18:15 (2 - 6:15 pm) **FÓRUM DE DEFESA PROFISSIONAL**
 (PROFESSIONAL DEFENSE FORUM)
 Coordenadores (Coordinators) CLÉCIO ÊNIO MURTA DE LUCENA (MG)
 EDUARDO CAMARGO MILLEN (RJ)
 JOSÉ ANTÔNIO RIBEIRO FILHO (DF)
 Debatedores (Debaters) CARLOS ALBERTO RUIZ (Presidente da SBM
 - President of SBM)
 CLIDENOR GOMES FILHO (Presidente da
 UNICRED Goiânia- President of UNICRED
 Goiania)
 RUI GILBERTO FERREIRA (Presidente da
 AMG - President of AMG)
 SALOMÃO RODRIGUES FILHO (Presidente
 do CREMEGO - President of CREMEGO)
 SIZENANDO DA SILVA CAMPOS JR.
 (Presidente da UNIMED Goiânia - President
 of UNIMED Goiania)
 WALDEMAR NAVES DO AMARAL (Chefe do
 Depto. GO - Department Head GO)
 WASHINGTON LUIZ FERREIRA RIOS
 (Presidente da SGGG- President of SGGG)

14:00 - 16:15 (2- 4:15 pm) **MÓDULO I (MODULE I)**

**JULGAMENTO SIMULADO (SIMULATED
 JUDGEMENT)**
 Coordenação (Coordination) ALEX SOUZA (RJ)

DEBATE DIRIGIDO (GUIDED DEBATE)
 Seguro Médico (Medical Insurance)
 Consentimento Médico Informado (Medical
 Informed Consent)
 Princípio da Autonomia: Direito de escolha
 (Autonomy principle: The right to choose)
 Novo Código de Ética Médica (New Code of
 Medical Ethics)
 Pesquisas biomédicas e a regulação jurídica
 (Biomedical researches and legal regulation)

15:30 - 16:15 (3:30 - 4:15 pm) **DISCUSSÃO (DISCUSSION)**

16:15 - 16:45 (4:15 - 4:45 pm) **INTERVALO (BREAK)**

16:45 - 18:15 (4:45 - 6:15 pm) **MÓDULO II - MINI-CONFERÊNCIAS**
 (MODULE II - MINI- CONFERENCES)

Coordenadora (Coordinator) MARIA NILCE RODRIGUES PEREIRA (MG)

16:45 - 17:15 (4:45- 5:15 pm) **ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS E
 RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO
 EM MASTOLOGIA (MEDICAL LEGAL
 ASPECTS AND CIVIL LIABILITY OF THE
 DOCTOR IN MASTOLOGY)**
 Conferencista (Conferencist) CLÉCIO ÊNIO MURTA DE LUCENA (MG)

17:15 - 17:45 (5:15- 5:45 pm) **PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL E SUA
 APLICAÇÃO (ETHICS INVESTIGATION AND
 ITS APPLICATION)**
 Conferencista (Conferencist) JOSÉ ANTÔNIO RIBEIRO FILHO (DF)

17:45 - 18:15 (5:45 - 6:15 pm) **REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL:
 RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL E AS
 OPERADORAS DE SAÚDE (PROFESSIONAL
 PAYMENT: RELATIONSHIP BETWEEN
 PROFESSIONALS AND HEALTH INSURANCE
 COMPANIES)**
 Conferencista (Conferencist) CLÉCIO ÊNIO MURTA DE LUCENA (MG))

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 20/10/2011 (QUINTA-FEIRA)
10/20/2011 (THURSDAY)
SALA 3 (Dr. Ézio Novais Dias)

17:00 (5 pm) **ASSEMBLÉIA GERAL SBM**
 Em cumprimento ao Estatuto da Sociedade
 Brasileira de Mastologia, capítulo V art.19 §
 1º, convocamos a todos os sócios titulares
 adimplentes para:
 CONVOCAÇÃO PARA ASSEMBLÉIA
 ORDINÁRIA:
 A ser realizada no dia 20 de outubro, às
 17hs, na Sala 03 (Dr. Ézio Novaes Dias),
 no Centro de Convenções, durante o XVI
 Congresso Brasileiro de Mastologia, em
 Goiânia. Conforme rege o Estatuto da
 SBM, terão direito a voto os sócios titulares
 quites com as anuidades.
 I) Proposta de Estatuto (2011)
 II) Eleição da sede do XVII Congresso
 Brasileiro de Mastologia - 2013

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 21/10/2011 (SEXTA-FEIRA)
10/21/2011 (FRIDAY)
AUDITÓRIO LAGO AZUL (Dr. Marconi Menezes Luna)

MANHÃ E TARDE (MORNING AND AFTERNOON)

08:00 - 09:15**PAINEL: TERAPIA COM QT
NEOADJUVANTE** (PANEL: NEOADJUVANT
CHEMOTHERAPY)

Coordenador (Coordinator)

SÉRGIO ZERBINI BORGES (DF)

Presidente (President)

ANA GABRIELA CALDAS OLIVEIRA (MA)

Debatedores (Debaters)

ANTÔNIO BUZAID (SP)

PEDRO WILSON LEITÃO LIMA (CE)

08:00 - 08:15**QUANDO UTILIZAR** (WHEN SHOULD IT BE
USED)

1. Baseado em estadiamento (Based on staging)
2. Baseado em marcadores biológicos (Based on biological markers)
3. Baseado no performance status da paciente (Based on the performance status of the patient)

Palestrante (Speaker)

MOHAMMAD JAHANZEB (USA)

08:15 - 08:30**FAZER OU NÃO LINFONODO SENTINELA?**
(WHEN TO PERFORM SENTINEL LYMPH
NODE?)

1. Qual o limite tumoral após a QT neoadjuvante? (What is the tumor burden after neoadjuvant chemotherapy?)
2. Cicatrizes axilares prévias são contra-indicações? (Are previous axillary scars deemed contraindications?)
3. Quando fazer o linfonodo sentinela, antes ou após a QT? (When should sentinel lymph node be performed: after or before chemotherapy?)

Palestrante (Speaker)

EDISON MANTOVANI BARBOSA (SP)

08:30 - 08:45**QT NEOADJUVANTE NOS ESTÁDIOS
CLÍNICOS INICIAIS** (NEOADJUVANT
CHEMOTHERAPY IN EARLY CLINICAL
STAGES)

1. Quando indicar QT neoadjuvante nos estádios iniciais? (When should neoadjuvant chemotherapy be indicated in early stages?)
2. Existe evidência científica para conservação mamária após QT neoadjuvante? (Is there scientific evidence for breast conservation after neoadjuvant chemotherapy?)
3. Há evidência científica para indicação de mastectomia subcutânea com conservação do CAM? (Is there scientific evidence to indicate subcutaneous mastectomy with breast cancer preservation?)

4. Nos casos de mastectomia após QT neoadjuvante, quando indicar radioterapia? (When should radiotherapy be indicated considering mastectomy cases after neoadjuvant chemotherapy?)

Palestrante (Speaker)

JURANDYR MOREIRA ANDRADE (SP)

08:45 - 09:00**COMO ABORDAR A LESÃO REFRATÁRIA
À QT NEOADJUVANTE?** (HOW TO
APPROACH REFRACTORY LESION TO
NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY?)

1. Radioterapia pré-operatória? (Preoperative radiotherapy?)
2. Quimioterapia de segunda linha e qual o esquema? (Second line chemotherapy and which protocol?)
3. Intervenção cirúrgica radical com reconstrução? (Radical surgery with reconstruction?)

Palestrante (Speaker)

MARIA DE FÁTIMA GAUI (RJ)

09:00 - 09:15**DISCUSSÃO** (DISCUSSION)**09:15 - 09:45****CONFERÊNCIA: ESTIMANDO O RISCO DE
RECORRÊNCIA EM TERAPIA ADJUVANTE
PARA O CÂNCER DE MAMA EM ESTÁGIO
INICIAL** (CONFERENCE: ESTIMATING
THE RISK OF RECURRENCE IN ADJUVANT
THERAPY FOR EARLY STAGE BREAST
CANCER)

Conferencista (Conferencist)

MOHAMMAD JAHANZEB (USA)

Presidente (President)

MAILLENE RODRIGUES LISBOA (RO)

09:45 - 10:15**CONFERÊNCIA: O ESTADO DA ARTE
NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM
CÂNCER DE MAMA HER2 POSITIVO**
(CONFERENCE: THE STATE OF THE ART
ON THE TREATMENT OF HER2 POSITIVE
BREAST CANCER PATIENTS)

1. Como prever a resposta ao trastuzumab? (How to predict a response to trastuzumab?)
2. Uso na adjuvância e na metástase (Uses within adjuvant and metastasis setting)
3. Quais as perspectivas nesta área? (What are the perspectives regarding this field?)
4. Importância dos protocolos na fase pré analítica para o sucesso do tratamento (The importance of protocols within pre analytical phase in order to achieve the success of the treatment)

Conferencista (Conferencist) MOHAMMAD JAHANZEB (USA)
 Presidente (President) MAILLENE RODRIGUES LISBOA (RO)

10:15 - 10:30 **INTERVALO** (BREAK)

10:30 - 12:00 **PAINEL: CÂNCER DE MAMA INICIAL**
 (PANEL: EARLY STAGE BREAST CANCER)

Coordenador (Coordinator) JOÃO ESBERARD BELTRÃO (PE)
 Presidente (President) AGUIAR FARINA (MT)
 Debatedores (Debaters) MACIEL DE OLIVEIRA MATIAS (RN)
 MARIA DE FÁTIMA BRITO VOGT (DF)

10:30 - 10:45 **PLANEJAMENTO PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO** (SURGICAL TREATMENT PLANNING)

1. Como avaliar a multicentricidade da lesão? (How to assess the multicentricity of the lesion?)
 2. Margens cirúrgicas exíguas na parafina. O que fazer? (Surgical margins embedded in paraffin. How to proceed?)
 3. Micrometástases - células tumorais isoladas no linfonodo sentinela. O que fazer? (Micrometastases - isolated tumor cells in sentinel lymph node. How to proceed?)
- CÉSAR CABELLO DOS SANTOS (SP)

Palestrante (Speaker)

10:45 - 11:00 **RADIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA INICIAL** (RADIATION THERAPY IN EARLY STAGE OF BREAST CANCER)

1. Quais as indicações para a radioterapia parcial da mama? Já é realidade ou ainda é considerada como pesquisa clínica? (What are the indications for partial radiation therapy of the breast? Is it a current practice or still regarded as clinical research?)
2. Qual a melhor técnica empregada na radioterapia parcial? Estética e segurança do procedimento. (What is the best technique employed in the partial radiation therapy? Cosmesis and procedure safety)
3. Indicações e segurança na radioterapia hipofracionada de mama. (Indications and safety regarding hypofractionated radiation therapy for breast)

Palestrante (Speaker)

ROBERT R. KUSKE (USA)

11:00 - 11:15

TERAPIA ALVO ADJUVANTE EM LESÕES MENORES QUE 1 cm (ADJUVANT TARGET THERAPY IN LESIONS SMALLER THAN 1 cm)

1. Há indicação de trastuzumab? (Is there any trastuzumab indication?)
2. Quando só utilizar trastuzumab sem quimioterapia? (When trastuzumab is recommended alone, with no chemotherapy?)
3. Já existe evidência para o duplo bloqueio? (Is there any evidence concerning double blockage?)

Palestrante (Speaker)

ANTÔNIO BUZAID (SP)

11:15 - 11:30

QUANDO NÃO INDICAR QUIMIOTERAPIA? (WHEN CHEMOTHERAPY SHOULD NOT BE CONSIDERED?)

1. Utilização de painéis multigênicos (The use of multigene assay)
2. Casos de micrometástases no linfonodo sentinela (Sentinel lymph node micrometastasis cases)
3. Tumores com c-erbB2 score 3+ (Tumors with c-erbB2 score 3+)
4. Pacientes jovens (Young patients)

Palestrante (Speaker)

DANIEL GUIMARAES TIEZZI (SP)

11:30 - 12:00

DISCUSSÃO (DISCUSSION)

12:00 - 14:00 (12 - 2 pm)

INTERVALO (BREAK)

SIMPÓSIO PATROCINADO (SPONSORED SIMPOSIUM)

14:00 - 15:30 (2 - 3:30 pm)

PAINEL: PÉROLAS CIRÚRGICAS EM MASTOLOGIA. TEMAS GERAIS EM CIRURGIAS MAMÁRIAS. O QUE VOCÊ PRECISA SABER EM 10 MINUTOS

(PANEL: SURGICAL PEARLS IN MASTOLOGY. GENERAL TOPICS REGARDING BREAST SURGERIES. EVERYTHING YOU NEED TO KNOW IN 10 MINUTES)

Coordenador (Coordinator)

AFONSO CELSO PINTO NAZÁRIO (SP)

Presidente (President)

DARLEY DE LIMA F. FILHO (PE)

Debatedores (Debaters)

NIVALDO TIMÓTEO ALVES MACIEL (MG)

SINÉZIO ALVES DA SILVA FILHO (MG)

14:00 - 14:10 (2 - 2:10 pm) **O CARCINOMA LOBULAR IN SITU PLEOMÓRFICO DEVE SER TRATADO COMO DUCTAL IN SITU OU LOBULAR IN SITU CLÁSSICO?** (SHOULD PLEOMORPHIC LOBULAR IN SITU CARCINOMA BE TREATED AS DUCTAL CARCINOMA IN SITU OR CLASSIC LOBULAR IN SITU?)
Palestrante (Speaker) GIULIANO MENDES DUARTE (SP)

14:10 - 14:20 (2:10 - 2:20 pm) **PECULIARIDADES DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA MULHER IDOSA** (PECULIARITIES OF THE BREAST CANCER TREATMENT IN ELDERLY WOMEN)
Palestrante (Speaker) LÍVIA MARIA TOLEDO (MG)

14:20 - 14:30 (2:20 - 2:30 pm) **RESSEÇÃO DE LESÃO IMPALPÁVEL DE MAMA UTILIZANDO MARCAÇÃO COM AZUL PATENTE** (IMPALPABLE BREAST LESION EXCISION USING PATENT BLUE DYE)
Palestrante (Speaker) SABAS CARLOS VIEIRA (PI)

14:30 - 14:40 (2 - 2:40 pm) **O DETALHE TÉCNICO QUE FAZ A DIFERENÇA NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA GINECOMASTIA** (TECHNICAL DETAIL WHICH MAKES THE DIFFERENCE IN THE SURGICAL CORRECTION OF GYNECOMASTIA)
Palestrante (Speaker) CHRISTIANNE GOMES BARROS (PA)

14:40 - 14:50 (2:40 - 2:50 pm) **LOCALIZAÇÃO DO LINFONODO SENTINELA COM AZUL DE METILENO** (LOCATING SENTINEL LYMPH NODE USING METHYLENE BLUE)
Palestrante (Speaker) JOSÉ EDUARDO NESTAREZ (SP)

14:50 - 15:00 (2:50 - 3 pm) **HEMOSIDERINA COMO NOVO MARCADOR DE LINFONODO SENTINELA DA MAMA** (HAEMOSIDERIN AS A NEW MARKER OF SENTINEL LYMPH NODE)
Palestrante (Speaker) LUIZ GONZAGA PORTO PINHEIRO (CE)

15:00 - 15:10 (3 - 3:10 pm) **PECULIARIDADES DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO HOMEM** (PECULIARITIES REGARDING BREAST CANCER TREATMENT IN MALE)
Palestrante (Speaker) ROGÉRIO GROSSMANN (RS)

15:10 - 15:30 (3:10 - 3:30 pm) **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

15:30 - 16:15 (3:30 - 4:15 pm) **CONFERÊNCIA COMENTADA: O FUTURO DA CIRURGIA DO CÂNCER DE MAMA** (COMMENTED CONFERENCE: FUTURE OF BREAST CANCER SURGERY)
1. Papel da linfadenectomia após biópsia do linfonodo sentinela comprometido (The role of lymphadenectomy after positive sentinel lymph node biopsy)
2. Mastectomia profilática - perspectivas futuras (Prophylactic mastectomy - future perspectives)
3. O diagnóstico e a terapia alvo substituirão a cirurgia convencional? (Will diagnosis and target therapy replace conventional surgery?)
Conferencista (Conferencist) GAIL S. LEBOVIC (USA)
Presidente (President) LICURGO NUNES BASTOS JÚNIOR (PA)

16:00 - 16:15 (4 - 4:15 pm) **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

16:15 - 16:45 (4:15 - 4:45 pm) **INTERVALO** (BREAK)

16:45 - 18:15 (4:45 - 6:15 pm) **SESSÃO CLÍNICA** (CLINICAL SESSION)
Coordenador (Coordinator) PAULO ROBERTO PIROZZI (SP)
Presidente (President) HEVERTON LEAL ERNESTO DE AMORIM (PB)
Debatedores (Debaters) EDUARDO CARVALHO PESSOA (SP)
JOSÉ ROBERTO FILASSI (SP)
GILBERTO UEMURA (SP)
GUILHERME NOVITA GARCIA (SP)
LUIZ MURILLO LOPES DE BRITO (RN)
FILOMENA MARINO CARVALHO (SP)

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 21/10/2011 (SEXTA-FEIRA)
10/21/2011 (FRIDAY)
AUDITÓRIO CIFARMA

NOITE (NIGHT)

20:00 - 20:30 **PALESTRA: "TIBOLONA E DENSIDADE MAMÁRIA: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS"**
Palestrante (Speaker) AFONSO CELSO PINTO NÁZARIO (SP)

20:30 **JANTAR DE CONFRATERNIZAÇÃO**

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 21/10/2011 (SEXTA-FEIRA)
10/21/2011 (FRIDAY)
SALA 1 (Dr. José Antônio Ribeiro Filho)

MANHÃ E TARDE (MORNING AND AFTERNOON)

08:00 - 09:30**PAINEL: CARCINOMA DUCTAL IN SITU E LESÕES PRECURSORAS** (PANEL: DUCTAL IN SITU CARCINOMA AND PRECURSOR LESIONS)

Coordenador (Coordinator)
 Presidente (President)
 Debatedores (Debaters)

JOSÉ ROBERTO FILASSI (SP)
 FÁBIO POSTIGLIONE MANSANI (PR)
 ANTÔNIO FERNANDO MELO FILHO (CE)
 ROBERTO JOSÉ S. VIEIRA (RJ)

08:00 - 08:15**CLASSIFICAÇÃO E ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA** (THERAPEUTICAL ORIENTATION AND CLASSIFICATION)

1. Análise do linfonodo sentinela é rotina? (Is the analysis of sentinel node routine?)
 2. Influência do tipo histológico na decisão cirúrgica. (Influence of histological type in the surgical decision).
 3. Conduta na margem cirúrgica comprometida. (Conducting involved surgical margins).
- FILOMENA MARINO CARVALHO (SP)

Palestrante (Speaker)

08:15 - 08:30**EPIDEMIOLOGIA E APRESENTAÇÃO CLÍNICA DO DCIS NO BRASIL**

(EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL PRESENTATION OF DCIS IN BRAZIL)

1. Aspectos mamográficos (Mammographic aspects)
 2. RM ajuda no diagnóstico precoce? (MRI helps in early diagnosis?)
 3. Qual é a incidência do DCIS no Brasil? (What is the incidence of DCIS in Brazil?)
 4. Está havendo um aumento da incidência do DCIS na mesma proporção do CDI? (Has there been an increased incidence of DCIS in the same proportion of DCI?)
- LINEI URBAN (PR)

Palestrante (Speaker)

08:30 - 08:45**ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO: CONSERVAÇÃO OU MASTECTOMIA?** (SURGICAL TREATMENT STRATEGY: CONSERVATION OR MASTECTOMY?)

1. Como avaliar a extensão da lesão antes da cirurgia? How to assess the lesion extent before surgery?
 2. A cirurgia conservadora pode ser indicada nos casos de comedo necrose extensa? May conservative surgery be indicated in cases of extensive necrosis?
 3. Quais os cuidados cirúrgicos nos casos de hiperplasia ductal com atipias? Which are the surgical procedures in cases of ductal hyperplasia with atypias?
- HENRIQUE MORAES SALVADOR SILVA (MG)

Palestrante (Speaker)

08:45 - 09:00**CONTROVÉRSIAS NA RADIOTERAPIA PARA O DCIS** (CONTROVERSIES CONCERNING RADIATION THERAPY FOR DCIS)

1. Radioterapia sempre após cirurgia conservadora? (Is radiotherapy always performed after conserving surgery?)
 2. Haveria algum grupo de pacientes que não se beneficiaria da radioterapia? (Was there a group of patients who would not benefit from radiotherapy?)
 3. Radioterapia intra-operatória: quando é uma opção? (Intraoperative radiotherapy: when is it an option?)
 4. Boost no DCIS - há indicação? (Boost in DCIS - Is there indication?)
- ROBSON FERRIGNO (SP)

Palestrante (Speaker)

09:00 - 09:30**DISCUSSÃO** (DISCUSSION)**09:30 - 10:00****ENCONTRO COM EXPERTS** (MEETING WITH EXPERTS)

Coordenador (Coordinator)
 Participantes (Attendees)

ANTÔNIO S. S. FIGUEIRA FILHO (PE)
 ROWAN CHLEBOWSKI (USA)
 GAIL S. LEBOVIC (USA)

10:00 - 10:30**INTERVALO** (BREAK)**10:30 - 12:00****PAINEL: SITUAÇÕES ESPECIAIS: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO** (PANEL: SPECIAL SITUATIONS: DIAGNOSIS AND TREATMENT)

Coordenador (Coordinator)
 Presidente (President)
 Debatedores (Debaters)

IVO BARRETO DE MEDEIROS (RN)
 JESUSMAR MODESTO RAMOS (MS)
 JORGE YOSHINORI SHIDA (SP)
 MARCELO MADEIRA (SP)

10:30 - 10:45**CÂNCER DE MAMA NO HOMEM** (BREAST CANCER IN MEN)

1. Os fatores de risco são diferentes dos da mulher? (Are the risk factors different from women?)
 2. É possível conservação, reconstrução e uso do linfonodo sentinela? (Is it possible conservation, reconstruction and the use of sentinel lymph node?)
 3. O estadiamento deve ser o mesmo do câncer da mulher? (Should the staging be the same as the woman's cancer?)
 4. A importância da imunohistoquímica na decisão da terapia sistêmica (The importance of immunohistochemistry in the decision of systemic therapy)
- MÁRIO MOURÃO NETTO (SP)

Palestrante (Speaker)

10:45 - 11:00

ABORDAGEM ATUAL DO CARCINOMA INFLAMATÓRIO (CURRENT APPROACH OF INFLAMMATORY CARCINOMA)

1. A quimioterapia neoadjuvante deve ser diferente de outros carcinomas localmente avançados? (Should neoadjuvant chemotherapy be different from other locally advanced cancer?)
 2. Como utilizar terapia alvo? (How to use targeted therapy?)
 3. Qual o papel da cirurgia conservadora, do linfonodo sentinela e da mastectomia? (What is the rule of conservative surgery, sentinel lymph node and mastectomy?)
- JOSÉ BINES (RJ)

Palestrante (Speaker)

11:00 - 11:15

CÂNCER DE MAMA NA GRÁVIDA (BREAST CANCER IN PREGNANT WOMEN)

1. Qual a importância e segurança dos métodos diagnósticos? (What is the importance and safety of diagnostic methods?)
 2. Posição atual com relação à lactação, fertilidade e gestação subsequente e o prognóstico (Current position in relation to lactation, fertility and subsequent pregnancy and prognosis)
 3. Qual a segurança dos tratamentos: linfonodo sentinela, radioterapia e agentes biológicos? (How safe is the treatment: SLN / RT / biological agents?)
- VINÍCIUS MILANI BUDEL (PR)

Palestrante (Speaker)

11:15 - 11:30

CARCINOMA LOBULAR INVASOR (INVASIVE LOBULAR CARCINOMA)

1. Confiabilidade da citologia e da imunohistoquímica (Reliability of cytology and immunohistochemistry)
 2. A avaliação por imagem deve ser diferenciada? Fazer ressonância magnética de rotina? (Should the imaging evaluation be differentiated? Perform routine MRI?)
 3. Posição atual da quimioterapia neoadjuvante (Current position of neoadjuvant chemotherapy)
 4. Há indicações específicas para cirurgia conservadora e cirurgia da mama contralateral? (Are there specific indications for conservative surgery and contralateral breast surgery?)
- CARLOS BARRIOS (RS)

Palestrante (Speaker)

11:30 - 12:00

DISCUSSÃO (DISCUSSION)

12:00 - 14:00 (12- 2 pm)

INTERVALO (BREAK)**SIMPÓSIO PATROCINADO** (SPONSORED SIMPOSIUM)

14:00 - 15:30 (2- 3:30 pm)

PAINEL: PÉROLAS CIRÚRGICAS EM ONCOPLÁSTICA. O QUE VOCÊ PRECISA SABER EM 10 MINUTOS (PANEL: SURGICAL PEARLS IN ONCOPLASTIC. WHAT DO YOU NEED TO KNOW IN 10 MINUTES)

Coordenador (Coordinator)
Presidente (President)
Debatedores (Debaters)

AFRÂNIO COELHO DE OLIVEIRA (RJ)
ADÓNIS LUIZ CASTELO BRANCO ROCHA (RR)
ANTÔNIO CESAR HUMMEL (DF)
MARCIA DALLYANE SANT'ANNA C. FREITAS (CE)

14:00 - 14:10 (2- 2:10 pm)

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO AUTÓLOGO ESTENDIDO DE GRANDE DORSAL (BREAST RECONSTRUCTION TECHNIQUES USING LATISSIMUS DORSI AUTOLOGOUS FLAPS)

Palestrante (Speaker)

ANDRÉ VALLEJO DA SILVA (RJ)

14:10 - 14:20 (2:10- 2:20 pm)

REPARAÇÃO ONCOPLÁSTICA DA AXILA NA LINFADENECTOMIA AXILAR RADICAL (ONCOPLASTIC TECHNIQUES TOWARDS THE AXILLA IN RADICAL AXILLARY DISSECTION)

Palestrante (Speaker)

ELIEL DE SOUZA (RN)

14:20 - 14:30 (2:20- 2:30 pm)

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA EM 2 TEMPOS - EXPANSORES DE TECIDOS E PRÓTESES (BREAST RECONSTRUCTION IN 2 STAGES - TISSUE EXPANDERS AND IMPLANTS)

Palestrante (Speaker)

RODRIGO CERICATTO (RS)

14:30 - 14:40 (2:30- 2:40 pm)

CIRURGIAS ONCOPLÁSTICAS EM HOSPITAL PÚBLICO COM RESIDÊNCIA MÉDICA EM MASTOLOGIA (ONCOPLASTIC SURGERY AT PUBLIC HOSPITAL WITH MEDICAL RESIDENCY IN MASTOLOGY)

Palestrante (Speaker)

MÁRIO CASALES SCHORR (RS)

14:40 - 14:50 (2:40- 2:50 pm)

DETALHE TÉCNICO DA DERMOPIGMENTAÇÃO DE ARÉOLA NA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA (TECHNICAL DETAIL OF AREOLAE CUTANEOUS PIGMENTATION IN BREAST RECONSTRUCTION)

Palestrante (Speaker)

SÍLVIO CÉSAR DA SILVA (MG)

14:50 - 15:00 (2:50 - 3 pm) **CIRURGIA CONSERVADORA PÓS-QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE**
(CONSERVING SURGERY AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY)
Palestrante (Speaker) RENÉ ALOÍSIO DA COSTA VIEIRA (SP)

15:00 - 15:30 (3- 3:30 pm) **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

15:30 - 16:00 (3:30- 4 pm) **CONFERÊNCIA COMENTADA: CÂNCER DE MAMA: GRAU HISTOLÓGICO E ÍNDICE PROLIFERATIVO OU ASSINATURA GÊNICA?** (BREAST CANCER: HISTOLOGIC GRADE AND PROLIFERATIVE INDEX OR GENE SIGNATURE?)

1. Modelo hierárquico da carcinogênese? (Hierarchical functions or carcinogenesis?)
2. Transição epitélio mesênquima e progressão neoplásica? (Epithelial mesenchymal transition and neoplasia progression?)
3. Fenótipos moleculares e subtipos genéticos de câncer? (Molecular phenotypes and genetic subtypes of cancer?)

Conferencista (Conferencist) FERNANDO SCHMITT (PORTUGAL)
Presidente (President) FERNANDA CRISTINA AFONSO SALUM (DF)

16:00 - 16:15 (4 - 4:15 pm) **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

16:15 - 16:45 (4:15 - 4:45 pm) **INTERVALO** (BREAK)

16:45 - 18:15 (4:45 - 6:15 pm) **PAINEL: DOENÇAS BENIGNAS DAS MAMAS** (PANEL: BENIGN BREAST DISEASES)

Coordenador (Coordinator) SÉRGIO BRUNO BONATTO HATSCHBACH (PR)
Presidente (President) ANTÔNIO DE PÁDUA ALMEIDA CARNEIRO (CE)
Debatedores (Debaters) MARCOS NOLASCO H. NEVES (BA)
THIERS DEDA GONÇALVES (SE)

16:45 - 17:00 (4:45 - 5 pm) **MASTALGIA** (MASTALGIA)

1. O que há de medicina baseada em evidências? (What is out there related to evidence-based medicine?)
2. Existe espaço para fitoterapia? (Is there room for herbal medicine?)
3. Diagnóstico diferencial da mastalgia e uso de novas drogas (Differential diagnosis of mastalgia and the use of new drugs)

Palestrante (Speaker) FELIPE EDUARDO MARTINS DE ANDRADE (SP)

17:00 - 17:15 (5 - 5:15 pm) **GINECOMASTIA** (GYNECOMASTIA)

1. Diagnóstico diferencial etiológico (Etiologic differential diagnosis)
2. Quando e como operar? (When and how to perform a surgery?)

3. O papel dos SERMS no tratamento (The role of SERMs in the treatment)
Palestrante (Speaker) TOMAS YUNG JOON KIM (SP)

17:15 - 17:30 (5:15 - 5:30 pm) **DOENÇAS BENIGNAS QUE SIMULAM CÂNCER: MIOBLASTOMA, FIBROMATOSE E MASTITE GRANULOMATOSA** (BENIGN DISEASES THAT SIMULATE CANCER: MYOBLASTOMA, FIBROMATOSIS AND GRANULOMATOUS MASTITIS)

1. Como fazer o diagnóstico adequado? (How to make a proper diagnosis?)
2. Tratamento: qual o melhor, antibiótico e/ou corticóide? (Treatment: which is the best antibiotic and steroid?)
3. Quando abordar cirurgicamente? (When is it possible to surgically approach?)

Palestrante (Speaker) CARLOS GILBERTO CRIPPA (SC)

17:30 - 17:45 (5:30- 5:45 pm) **LESÕES PAPILÍFERAS: DIAGNÓSTICO EM CITOLOGIA ASPIRATIVA E CORE BIOPSY** (PAPILLARY LESIONS: ASPIRATION CYTOLOGY DIAGNOSIS AND CORE BIOPSY)

1. Qual o significado clínico? (Clinical significance)
2. Dificuldades (Difficulties)

Palestrante (Speaker) FERNANDO SCHMITT (PORTUGAL)

17:45 - 18:15 (5:45 - 6:15 pm) **DISCUSSÃO** (DISCUSSION)

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 21/10/2011 (SEXTA-FEIRA)
10/21/2011 (FRIDAY)
SALA 2 (Dr. Antônio S.S. Figueira Filho)

MANHÃ E TARDE (MORNING AND AFTERNOON)

08:30 - 17:00 (8:30 - 5 pm) **X ENCONTRO BRASILEIRO DE INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS DE GRUPOS DE PACIENTES QUE APOIAM A SAÚDE DA MAMA - REALIZAÇÃO FEMAMA E SBM** (X BRAZILIAN MEETING OF PHILANTHROPIC INSTITUTIONS AND GROUP OF PATIENTS TO SUPPORT BREAST HEALTH CARE - REALIZATION: FEMAMA AND SBM)

08:30 - 09:00 **ABERTURA**
Coordenadores (Coordinators) MAIRA CALEFFI (Presidente da FEMAMA - President of FEMAMA)
CARLOS ALBERTO RUIZ (Presidente da SBM - President of SBM)

09:00 - 09:30	SAÚDE DA MAMA NO BRASIL: ASPECTOS POLÍTICOS E SOCIOECONÔMICOS REPRESENTANTE GOVERNAMENTAL
09:30 - 09:45	DISCUSSÃO (DISCUSSION)
09:45 - 10:15	FÓRUM SAÚDE MULHER - REVISÃO DA CARTA DE GRAMADO Palestrante (Speaker) JOSÉ LUIZ PEDRINI (RS)
10:15 - 11:00	SESSÃO INTERATIVA COM A PLATEIA PARA DISCUTIR ENCAMINHAMENTOS DE TODO O GRUPO PRESENTE Coordenadora (Coordinator) MAIRA CALEFFI (RS)
11:00 - 11:15	INTERVALO (BREAK)
11:15 - 12:00	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E LEGISLAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL Palestrante (Speaker) AFONSO PRADO - Defensoria Pública da União
12:00 - 13:00	ESTRUTURAÇÃO DO VOLUNTARIADO PARA O ADVOCACY COM ÊNFASE NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE Palestrante (Speaker) TELIA NEGRÃO - Rede Feminista
13:00 - 14:00	ALMOÇO (LUNCH)
14:00 - 16:00	APRESENTAÇÃO DE CASES - GRUPOS DE PACIENTES Coordenador (Coordinator) LUIZ AYRTON SANTOS JUNIOR (PI)
16:00 - 17:00	GESTÃO E SUSTENTABILIDADE PARA TERCEIRO SETOR Palestrante (Speaker) RODRIGO ALVAREZ - Programa de Mobilização de Recursos do IDIS
17:00 - 18:00	DISCUSSÃO DE PROPOSTA DE TRABALHO 2011/2012 DE GRUPOS DE PACIENTES EM CONJUNTO COM A COMISSÃO DE VOLUNTARIADO DA SBM Palestrante (Speaker) RITA DE CÁSSIA DE MAIO DARDES (SP)

CONGRESSO (CONGRESS)
DIA 22/10/2011 (SÁBADO)
10/22/2011 (SATURDAY)
TEATRO RIO VERMELHO (Dr. Carlos Ricardo Chagas)

MANHÃ E TARDE (MORNING AND AFTERNOON)

08:30 - 15:30 (8:30 - 3:30 pm)	CURSO: IEO - INSTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA (COURSE: IEO) Coordenadores (Coordinators) ANTÔNIO LUIZ FRASSON (RS) MARIANNE PINOTTI (SP)
08:30 - 09:00	ALTERNATIVAS DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA APÓS MASTECTOMIA POR RECIDIVA DE TRATAMENTO CONSERVADOR (ALTERNATIVES OF BREAST RECONSTRUCTION AFTER MASTECTOMY DUE TO RECURRENCE OF SPARING TREATMENT) Palestrante (Speaker) MÁRIO RIETJENS (ITÁLIA) (20 MIN.) Coordenador (Coordinator) MARIANNE PINOTTI (SP) Debatedores (Debaters) CÍCERO DE ANDRADE URBAN (PR) MAURICIO AUGUSTO SILVA MAGALHÃES COSTA (RJ)
09:00 - 09:30	ATUALIZAÇÃO NO CDIS (CDI UPDATES) Palestrante (Speaker) GABRIEL FARANTE (ITÁLIA) (20 MIN.) Coordenador (Coordinator) SABAS CARLOS VIEIRA (PI) Debatedores (Debaters) LUCIANA NAIRA DE BRITO LIMA (RN) GABRIELA ROSALI DOS SANTOS (RS)
09:30 - 10:00	CÂNCER DE MAMA E GESTAÇÃO: CONSENSO EUROPEU (BREAST CANCER AND PREGNANCY: EUROPEAN CONSENSUS) Palestrante (Speaker) ORESTE GENTILINI (ITÁLIA) (20 MIN.) Coordenador (Coordinator) VINÍCIUS MILANI BUDEL (PR) Debatedores (Debaters) JOSÉ ROBERTO FILASSI (SP) DARLEY DE LIMA F. FILHO (PE)
10:00 - 10:30	INTERVALO (BREAK)
10:30 - 11:00	TÉCNICAS CIRÚRGICAS NA MAMA CONTRALATERAL EM PACIENTE CANDIDATA À ADENOMASTECTOMIA (SURGICAL TECHNIQUES WITHIN CONTRALATERAL BREAST IN PATIENTS LIKELY TO UNDERGO ADENOMASTECTOMY) Palestrante (Speaker) MÁRIO RIETJENS (ITÁLIA) (20 MIN.) Coordenador (Coordinator) EDUARDO MILLEN (RJ) Debatedores (Debaters) FABRÍCIO PALERMO BRENELLI (SP) CARLOS GILBERTO CRIPPA (SC)
11:00 - 11:30	INDICAÇÕES E LIMITAÇÕES DA RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA: O QUE A EXPERIÊNCIA NOS ENSINOU? (INTRAOPERATIVE RADIATION THERAPY: WHAT HAS EXPERIENCE TAUGHT US?) Palestrante (Speaker) ORESTE GENTILINI (ITÁLIA) (20 MIN.) Coordenador (Coordinator) FELIPE PEREIRA ZERWES (RS)

Debatedores (Debaters) BÁRBARA PACE (RS)
JADER RODRIGUES GONÇALVES (RN)

11:30 - 12:30

**DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO:
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO LOCAL
DE RECIDIVA MAMÁRIA** (CLINICAL CASE
DISCUSSION: DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF LOCAL BREAST RECURRENCE)

Coordenador (Coordinator) ANTÔNIO LUIZ FRASSON (RS)

Debatedores (Debaters) MÁRIO RIETJENS (ITÁLIA)
ORESTE GENTILINI (ITÁLIA) (20 MIN.)
CÍCERO DE ANDRADE URBAN (PR)
GUILHERME NOVITA GARCIA (SP)

12:30 - 14:00

ALMOÇO (LUNCH)

14:00 - 14:30 (2 - 2:30 pm)

**DISSECÇÃO AXILAR APÓS O ESTUDO
Z0011: O QUE MUDA NO IEO** (AXILLIARY
DISSECTION AFTER Z0011 STUDY: WHAT
CHANGES WITHIN IEO)

Palestrante (Speaker) ORESTE GENTILINI (ITÁLIA) (20 MIN.)

Coordenador (Coordinator) CARLOS ALBERTO RUIZ (SP)

Debatedores (Debaters) CÉSAR CABELLO DOS SANTOS (SP)
FERNANDA CRISTINA AFONSO SALUM (DF)

14:30 - 15:00 (2:30 - 3 pm)

**RECIDIVAS PÓS ADENOMASTECTOMIA:
CASUÍSTICA E MANEJO** (RECURRENCE
AFTER ADENOMASTECTOMY: BODY OF
PRECEDENTS AND MANAGEMENT)

Palestrante (Speaker) MÁRIO RIETJENS (ITÁLIA) (20 MIN.)

Coordenador (Coordinator) JOÃO HENRIQUE PENA REIS (MG)

Debatedores (Debaters) JOSÉ MAURO SECCO (AP)
JOSÉ LUIS PEDRINI (RS)

15:00 - 15:30 (3 - 3:30 pm)

**VÍDEO: O FUTURO DO TRATAMENTO DO
CÂNCER DE MAMA** (VIDEO: THE FUTURE
REGARDING BREAST CANCER TREATMENT)

Palestrante (Speaker) UMBERTO VERONESI (ITÁLIA)

15:30 (3:30 pm)

ENCERRAMENTO (CLOSURE)

PROGRAMAÇÃO SOCIAL

SOLEINIDADE DE ABERTURA:

Dia 20 de outubro de 2011 (Quinta-Feira)
 Horário: 08 horas
 Local: Teatro Rio Vermelho (Dr. Carlos Ricardo Chagas)

JANTAR PARA TODOS OS CONGRESSISTAS:

Dia 21 de outubro (Sexta-Feira)
 Horário: 20 horas
 Local: Nas dependências da CIFARMA

TORNEIO DE POKER (Vagas limitadas)

Organizado pela Federação Goiana de Poker
 Dia 19 de outubro (Quarta-Feira)
 Horário: 20 horas
 Número de Vagas: 100
 Dia 20 de outubro (Quinta-Feira)
 Horário: 20 horas
 Número de Vagas: 100
 A grande Final do Torneio de Poker será na Sexta-Feira, durante o Jantar com os 10 Finalistas.

TORNEIO DE TÊNIS

Todos os Dias, 12 às 14 horas
 Local: AGP - Associação Goiana de Tênis
 A Grande Final do Torneio de Tênis será no Sábado, Dia 22 de outubro, às 16 horas.
 Local: Condomínio Alta Vista

TORNEIO DE FUTEBOL

Dia 22 de outubro (sábado)
 Horário: 16 horas
 Local: Condomínio Alta Vista

CAMINHADA ECOLÓGICA

Dia 20 de outubro
 Horário: 18 horas
 Local: Parque Lago das Rosas

**INSCRIÇÕES NO STAND DA SBM - REGIONAL GOIÁS
 OS PARTICIPANTES RECEBERÃO PREMIAÇÃO ESPECÍFICA PARA CADA MODALIDADE**

PASSEIOS OPCIONAIS, DICAS DE TURISMO E GASTRONOMIA

Goiânia - Goiás

Esta cidade, é a capital do Estado de Goiás.

É conhecida como a cidade da eterna primavera. Se caracteriza pelas suas avenidas amplas, cobertas de árvores e com um clima agradável durante o ano todo.

Tem reservas ecológicas importantes, como o Parque Nacional das Emas, que conta com um dos maiores mananciais de águas termais do mundo: Caldas Novas, com águas entre 35° e 42° C.

É interessante visitar a arquitetura colonial portuguesa, com particularidades de desenho de diversas igrejas, que na sua maioria foram construídas no século XVII.

Principais atrações

- Bosque dos Buritis
- Parque do Botafogo
- Parque Vaca Brava

- Museu de Arte de Goiânia
- Centro Cultural Oscar Niemeyer
- Centro histórico
- Catedral Metropolitana de Goiânia

Dicas de Goiânia

- Torre do Relógio
- Fundação Museu de Ornitologia
- Bosque dos Buritis
- Parque Vaca Brava
- Lago das Rosas
- Bosque do Café
- Museu de Arte de Goiânia
- Parque Beija Flôr
- Palácio das Esmeraldas
- Parque Areião
- Parque Flamboyant

Atrações para as crianças em Goiânia

- Zoológico

Rua Alameda das Rosas, s/n - Setor Oeste.

- Planetário

Av. Contorno s/ nº - Parque Mutirama, Setor Central.

- Country Club

tel. (62) 3241-0165.

- CLUBE JAÓ

Av. Quitandinha nº 600, Setor Jaó - Goiânia - GO - Brasil
Telefone: Geral: (62) 3269-8001

- Museu de Ornitologia

Av. Pará, 395, Setor Campinas.

Horário de funcionamento: todos os dias, das 8 às 17h30.

- Memorial do Cerrado

Compras em Goiânia

Artesanato

- Casa do Índio Artesanato Indígena

Av. Jamel Cecílio, 2000 - St. Pedro Ludovico.

- Centro de Tradições e Artesanato do Estado de Goiás

Praça do Trabalhador, antiga Estação Ferroviária - Setor Central.

tel. (62) 3229-3676

- Feira da Lua

Praça Tamandaré - Setor Oeste

tels. (62) 3524-1320 / (62) 3524-1321

Acontece todos os sábados, das 17 às 22h.

- Feira das Nuvens

Rua T-01 c/ T-06 - Setor Coimbra.

- Feira do Doce Cora Coralina

Rua 8, (rua do Lazer) - Setor Central.

tels. (62) 3524-1320 / (62) 3524-1321

Das 8 às 12h.

- Feira do Entardecer

Cepal do Setor Sul.

tels. (62) 3524-1320 / (62) 3524-1321

Toda sexta-feira, das 16 às 22h.

- Feira do Sol

Praça do Sol.

tel. (62) 3524-1321.

Aos domingos, das 16 às 21h.

- Feira Hippie

Praça do Trabalhador (final da Av. Goiás).

tels. (62) 3524-1320 / (62) 3524-1321

É a maior feira de Goiânia, com mais de seis mil expositores, muitos deles de outras cidades e Estados. A feira tem cerca de trinta anos de existência. Acontece todos os domingos, das 8 às 14h.

Mercados municipais

- Mercado Central de Goiânia

Rua 3, 322, Centro, tel. (62) 3524-1324

O primeiro mercado de Goiânia nasceu junto com a cidade. Desde 1986, ele foi transferido para o local atual. Os visitantes aproveitam a visita para degustar pratos típicos goianos, com destaque para os empadões de palmito e pequi.

- Mercado Popular de Campinas

Rua Benjamin Constant, 429, Campinas.

tel. (62) 3524-2472

Situado no bairro mais antigo de Goiânia.

- Mercado Popular de Goiânia

Rua 74, Centro.

O mercado tem 30 salas de exposição de produtos variados. O antigo prédio passou por melhorias, tendo sido ocupado pelo evento da Casa Cor em Goiânia.

- Mercado Aberto

Av. Paranaíba, Centro. tel. (62) 3524-2945

Shopping Center

Os shoppings mais famosos de Goiânia são o Flamboyant, o Bouganville, o Goiânia Shopping

Restaurantes

Cozinha Árabe

Árabe - Avenida 85, 205 (Setor Sul), tel. 224-2296

Churrasco

Lancaster Grill - Rua 89, 117 (Setor Sul), tel.242-0311

Cozinha Italiana

Assoluto - Al. Cel. Eugênio Jardim, 330 (Setor Marista), tel. 241-8281

San Marco - Rua 9, 1824 (Setor Marista), tel. 281-0794

Cozinha Japonesa

Matsuri - Rua João de Abreu, 49 (Setor Oeste), tel. 215-4013

Kampai - Avenida 84, 519 (Setor Sul), tel. 241-3815

Pizzas

Pitigliano - Avenida Portugal, 539/ Rua 22 (Setor Oeste), tel. 215-5959

Cozinha Regional

Aroeira - Rua 146, 570 (Setor Marista), tel. 241-5975. Prepara os pratos mais tradicionais da culinária goiana. Panelinha de arroz, frango, pequi e guariroba; lombo assado com banana frita; e peixe na telha. Também oferece carnes típicas da região, como queixada e capivara, fritas ou grelhadas.

Saladas

Panela Mágic
Rua 4, 394 (Setor Oeste), tel. 223-6604

HAKONE JAPANESE N FUSION

Rua T-55, 830 - Setor Bueno, Goiânia - GO
Entre a Av. T-1 e a Av. T-2
tel. (62) 3945-4035

RESTAURANTE PIQUIRAS - Marista

Rua 146, 464, Setor Marista, Goiânia - GO
Perpendicular a Av. 136, tel. (62) 3281-4344

BISTRO ALEMAO

Rua 10, 311, Próximo ao Fórum, Setor Oeste, Goiânia - GO
tel. (62) 3091-6717

CAFÉ BISTRO

Avenida República do Líbano, 1820 Anexo ao Hotel Papillon,
Setor Oeste, Goiânia - GO
tel. (62) 3942-5282

CAVE BISTRO - EXPAND

Rua 146, nº 495, Setor Marista, Goiânia - GO
tel. (62) 3091-3303

Chef KNUT Gastronomia

Rua 139, nº 377, Setor Marista, Goiânia - GO
tel. (62) 3941-4468

LA CUISINE ET LE VIN

Rua 146, 495, Setor Marista, Goiânia - GO

PARADIZO RISTORANTE E PIZZARIA

Rua 24, 14, Setor Marista, Goiânia - GO
tel. (62) 3941-1159

COMPANHIA DO PEIXE

Rua T-30, 2333, esquina com a T-53, Setor Bueno, Goiânia - GO
Na Rua do Bolshoi e Catereté, abaixo do CBCO
tel. (62) 3252-1498

MATSUR

Rua João Abreu, 49, Setor Oeste, Goiânia - GO
Em frente à Locadora Blockbuster
tel. (62) 3215-4013

PEIXINHO

Alameda Dom Emanuel Gomes com Rua 1135, nº 15, Setor Marista, Goiânia - GO
Entre a Av. 136 e a Av. Ricardo Paranhos
tel. (62) 3281-5939

TUCUNARÉ NA CHAPA

Avenida T-2, 998, Setor Bueno, Goiânia - GO
tel. (62) 3251-2560

MONTANA GRILL

Avenida 85, 2330, esquina com a Avenida T-10, Setor Marista, Goiânia - GO
tels. (62) 3245-1781/ 3541-5555

LANCASTER GRILL

Rua 89, 117, Setor Sul, Goiânia - GO
Próximo à Praça do Cruzeiro
tel. (62) 3242-0311

CIRURGIA

001

46 CASOS DE ECOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA E 139 CASOS DE MARCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA ORIENTADA POR ULTRASSOM: ESTUDO COMPARATIVO

Jackson Roberto de Moura; José do Carmo Lopes Moreira; Tania Mara Baptista Moreira

Estudo retrospectivo, realizado dos casos recentes de ecografia intraoperatória em comparação aos casos prévios de marcação pré-operatória por ultrassom realizado pelo Instituto da Mama de Ubá, em Ubá e região, durante o período de julho de 2007 a julho de 2010, com análise dos dados pelos programas Epi-info e Bioestat. Foram comparados: o tempo de início da marcação ao início da cirurgia, hematoma, perda de marcação, infecção pós-operatória e pontuação atribuída pela paciente a nível de desconforto do exame. O estudo consta de 46 casos de ecografia intraoperatória, realizada por meio do aparelho de ultrassom GE *logic* portátil em sala cirurgia, e 139 casos de marcação pré-operatória por ultrassom feito em parceria com três centros de imagens (dois em Ubá, Minas Gerais, e um em Viçosa, Minas Gerais). Objetivou-se verificar a existência, ou não, de benefícios pela técnica. O tempo médio de início da marcação ao início da cirurgia foi de 154 minutos +- 20 para a marcação pré-operatória por ultrassom e 21 minutos +-9 para a ecografia intraoperatória, sendo o procedimento realizado em três hospitais distintos. Hematoma foi de cinco casos – 139 marcações pré-operatória – e um caso – 46 ecografias intraoperatórias. Perda de marcação foi de três casos – 139 marcações pré-operatória e nenhum caso para 46 na ecografia intraoperatória. A pontuação média subjetiva de 0 a 10 foi de 5,2 para marcação pré-operatória e 9,1 para ecografia intraoperatória. Concluiu-se que existe um benefício significativo ($p < 0,05$) para a ecografia intraoperatória no tempo médio de início da marcação ao início da cirurgia e na pontuação média subjetiva de 0 a 10 pelas pacientes. Os outros itens (hematoma, infecção pós-operatória e perda de marcação) não atingiram significado estatístico.

002

A DOR E A INCAPACIDADE DO MEMBRO SUPERIOR COMO EFEITO TARDIO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Ana Cláudia Dias Sousa Figueiredo; Livia Fabiana Saço

Objetivos: avaliar a presença de dor e a incapacidade, associadas com a disfunção do membro superior ipsilateral à cirurgia em mulheres submetidas à dissecação axilar completa há mais de um ano de pós-operatório. Métodos: foi avaliado o índice de dor e incapacidade do ombro por meio do questionário *Shoulder Pain and Disability Index* (SPADI -Brasil), associado à goniometria da amplitude de movimento (flexão e abdução)

de 33 mulheres tratadas do câncer de mama há mais de um ano, entre 21 e 60 anos. Os resultados foram submetidos a um tratamento estatístico descritivo. Resultados: observou-se redução na amplitude do movimento de abdução e flexão do membro superior ipsilateral à cirurgia maior que 30° em 57,6% das pacientes, quando comparado ao membro contralateral. O SPADI Index demonstrou uma média de 35,5 pontos na escala de incapacidade física e de 49,62, na de dor considerada de baixa e média intensidades, respectivamente, para a incapacidade do ombro ao realizar as atividades de vida diária. Conclusão: as atividades diárias que solicitavam maior amplitude do movimento do braço ipsilateral à cirurgia foram as que apresentaram maior disfuncionalidade, tanto relacionadas com a dor no movimento quanto com a incapacidade de realizá-lo. O conhecimento das reais limitações são peças fundamentais na tomada de decisões clínicas no processo da reabilitação para mulheres sobreviventes ao câncer.

003

ABORDAGEM CIRÚRGICA DOS TUMORES CENTRAIS DA MAMA

Angelo Gustavo Zucca Matthes; Ana Carolina Crozera; René Aloísio da Costa Vieira; Rodrigo Augusto Depieri Michelli; Raphael L Haikel; Carlos Gustavo Crippa; Tânia Navarro Altamirano; Gilberto Uemura.

Breast Unit – Sennonetwork – Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, São Paulo, Brasil.

Introdução: o câncer de mama acomete a região central da mama em torno de 18% dos casos. Objetivos: avaliar diferentes abordagens cirúrgicas de tratamento conservador das mamas e sua eficácia terapêutica no tratamento do câncer na região central. Métodos: estudo retrospectivo de pacientes atendidas no período compreendendo 2007 a 2011. Foi realizada coleta de dados a partir de ficha preestabelecida dos prontuários das pacientes com diagnóstico de câncer de mama em porção central, não-multicêntrica ou multifocal, e distando até 1 cm do complexo aréolo-papilar. CEP-HCB 414/2011. Resultados: foram avaliados 68 casos de câncer com abordagem do quadrante central. A mediana da idade das pacientes foi de 55,5 anos (31 a 80). Em 57,3% dos casos, o tipo histológico foi o ductal infiltrante. Doença de Paget foi diagnosticada em dez casos, sendo que, em sete, estava associada com doença intraductal e, em três, ao carcinoma invasor. A grande maioria dos casos foi diagnosticado em estádios iniciais (0=23,5%; I= 36,7%; IIa=20,5%). Apenas três casos foram submetidos à quimioterapia neoadjuvante. O tratamento cirúrgico abordado envolveu cinco técnicas diferentes para remoção tumoral e imediato remodelamento glandular. A mama contralateral foi abordada em nove casos. As margens foram consideradas livres quando maiores de 0,2 mm (92,6%). As taxas de complicação foram consideradas baixas. Após 17 meses, foram detectadas

três recidivas sistêmicas e apenas uma recorrência local. Conclusão: este estudo demonstrou que o tratamento conservador das mamas para tumores centrais é eficaz. Estimula-se seu uso, ajudando no tratamento e conservação da autoestima de tais pacientes.

004

ALEITAMENTO NORMAL APÓS RECONSTRUÇÃO DA MAMA EM UMA PACIENTE COM SÍNDROME DE POLAND

Sabas Carlos Vieira (Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil); Ana Lúcia Nascimento Araújo (Hospital São Marcos, Teresina, Piauí, Brasil); Eveline Brandão Madeira (Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil); Júlio César Queiroz de França (Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil); Benedito de Sousa Almeida Filho (Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil).

Introdução: a Síndrome de Poland é uma rara anomalia congênita, caracterizada pela ausência ou deficiência do desenvolvimento de uma das mamas. Existem algumas técnicas cirúrgicas reconstrutivas para seu tratamento, no entanto, do nosso conhecimento, não há relatos na literatura de aleitamento materno após a reconstrução mamária. Descrição do caso: Paciente de 22 anos de idade procurou o serviço com diagnóstico de Síndrome de Poland. Havia sido submetido anteriormente a duas intervenções reparadoras, com uso de expansores no subcutâneo e inserção de prótese de silicone, mas ocorreu extrusão da prótese nas duas intervenções. Ao exame clínico, apresentava desenvolvimento normal da mama direita e ausência da mama esquerda e dos músculos peitoral maior e menor. Em 2004, a paciente submeteu-se à reconstrução mamária. O procedimento realizado foi rotação de retalho miocutâneo ilhado do músculo grande dorsal ipsilateral, o qual foi fixado à parede torácica anterior para confecção de uma bolsa e implantação de uma prótese de silicone gel coesivo, redonda e texturizada, de 300 mL de volume. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, com melhora da simetria. Após cinco anos, a paciente engravidou. A gravidez e o parto foram normais. Após um ano do nascimento, ainda amamenta a filha normalmente por ambas as mamas. A criança foi alimentada apenas com leite materno até os seis meses de idade. Comentários: a reconstrução, com músculo grande dorsal e prótese, mostrou-se como uma solução possível e segura em relação à melhora da simetria mamária, da segurança e do conforto em relação à autoimagem e, principalmente, à capacidade de aleitamento materno.

005

ANGIOSSARCOMA PRIMÁRIO DE MAMA: RELATO DE CASO

Thiago Zago Ázara; Lorene Almeida Pinheiro de Belém; Dayane Clementino Moraes de Cunha; Paulo Sérgio Peres

Fonseca; Érika Pereira de Sousa e Silva; Rogério Bizinotto Ferreira; Juarez Antônio de Sousa; Délio Marques Conde

Introdução: os sarcomas primários de mama são tumores raros, representando menos de 1% das neoplasias malignas de mama. Descrição do caso: paciente de 18 anos, nuligesta. Há dois meses, iniciou-se quadro de aumento do volume da mama esquerda associado a edema e eritema. Evoluiu com inapetência e perda de peso. A paciente nega antecedente pessoal e familiar de câncer de mama e de radioterapia. Ao exame físico, tumor ocupando a mama esquerda, edema, eritema e úlceras. Nas axilas, havia ausência de alterações palpáveis. À ultrassonografia, verificaram-se imagens císticas de vários tamanhos em toda a mama. Foi submetida à biópsia, revelando angiossarcoma de alto grau. Realizou-se tomografia computadorizada de tórax, que não demonstrou lesões pulmonares ou invasão de parede torácica. Não foram identificadas metástases à distância. Paciente foi submetida à mastectomia, com esvaziamento axilar devido ao comprometimento macroscópico dos linfonodos, observado no intraoperatório, e rotação de retalho abdominal. Apresentou boa evolução pós-operatória. Realizou quatro ciclos de quimioterapia adjuvante, evoluindo com derrame pleural, esplenomegalia e paraplegia devido à compressão medular. Foi a óbito dez meses após a cirurgia. Comentários: o angiossarcoma primário de mama apresenta comportamento clínico agressivo. O esvaziamento axilar não é recomendado de rotina, uma vez que a disseminação é hematogênica. No presente caso, a linfadenectomia axilar foi indicada devido ao comprometimento macroscópico dos linfonodos. Além da cirurgia e quimioterapia, a radioterapia é outra modalidade terapêutica que apresenta resultados conflitantes na literatura. O angiossarcoma associa-se às elevadas taxas de recorrência local e menor sobrevida. Dessa forma, havendo suspeição, o diagnóstico e o tratamento devem ser realizados o mais breve possível.

006

APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE LIPOESTRUTURA EM CIRURGIAS REPARADORAS DE MAMA

Jorge Villanova Biazus; Nilton Xavier; José Antonio Crespo Cavalheiro; Rodrigo Cericatto; Fernando Schuh; Christiane Cardoso Falcão; Ângela Cecconello Parizotto; Camile Cesa Stumpf. Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Introdução: na busca pela reparação e melhora estética mamária, a lipoestrutura vem a minimizar os efeitos decorrentes da radioterapia e cirurgia oncológica das mamas. Consiste na transferência de gordura autóloga, por meio de sucção por cânulas e posterior reinjeção após centrifugação. Objetivos: lipoestrutura simultaneamente ao tratamento cirúrgico conservador do câncer de mama para manutenção da simetria mamária. Métodos: foram selecionados pacientes com diagnóstico de câncer de mama, maiores de 21 anos. Foi proposto tratamento

oncológico conservador, estádios iniciais (I e II), e com relação estimada do volume total de ressecção sobre volume total da mama > 1/5, do ambulatório de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Resultados: vinte pacientes foram submetidas ao tratamento proposto, 60% entre 50 e 65 anos; 11, com tumores T1; e 9, com T2. Volume mamário de 250 a 750 mL. Três pacientes apresentaram seroma no pós-operatório; uma, infecção; e as demais não apresentaram complicações. A média de volume enxertado foi 2,70 vezes o volume retirado. Até o momento, as pacientes que foram submetidas à quimioterapia adjuvante não tiveram prejuízo no seu tratamento, assim como aquelas que já foram submetidas à radioterapia. O resultado estético da cirurgia, segundo opinião da paciente e do médico, é bom, com manutenção da forma da mama e boa consistência do tecido. Conclusão: a lipoestrutura é uma técnica segura, proporciona consistência natural às mamas e ausência de rejeição. Tem por finalidade manter a simetria das mamas, especialmente nos locais de mais dificuldade de intervenção e, além disso, evita a necessidade de intervenção na outra mama.

007

AUMENTO DA TAXA DE MASTECTOMIA EM CASOS DE CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* SUBMETIDOS À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PRÉ-OPERATÓRIA

Juliana Zabukas de Andrade; Lise Reis Melo; Beatriz Baaklini Gerônimo; Jorge Saad Souen; Adriana Akemi Yoshimura; Marcos Fernando de Lima Docema; Alfredo Carlos Simões Dornellas de Barros

Introdução: a ressonância magnética pré-operatória colabora para o acerto na seleção de pacientes com carcinoma ductal infiltrativo para tratamento conservador, ao identificar focos de multifocalidade e/ou multicentricidade, os quais foram comprovados histologicamente. Porém, a influência da ressonância magnética prévia ao tratamento cirúrgico do carcinoma ductal *in situ* sobre o planejamento terapêutico não está ainda bem esclarecida. Objetivos: comparar as taxas de mastectomia em pacientes com diagnóstico de carcinoma ductal *in situ*, submetidas ou não à ressonância magnética pré-operatória, entre janeiro de 2006 e dezembro de 2010. Métodos: foram estudadas 66 pacientes atendidas no Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio Libanês (área de Responsabilidade Social), com diagnóstico final de carcinoma ductal *in situ* na peça cirúrgica. Deste total, 37 haviam sido submetidas à ressonância magnética antes da cirurgia (sete lesões palpáveis – 18,9%) e 29, não (cinco lesões palpáveis – 17,2%). Resultados: dentre os casos de ressonância magnética, ocorreram 16 (43,2%) mastectomias (totais ou adenectomias) e 21 cirurgias conservadoras (56,8%), ao passo que, no grupo sem ressonância magnética, foram efetuadas 6 (20,6%) mastectomias (totais ou adenectomias) e 23

cirurgias conservadoras (79,4%). Sete casos, entre as 16 que receberam mastectomia após ressonância magnética, tiveram multicentricidade/ multifocalidade ou lesões $\geq 5,0$ cm no tecido examinado (43,7%). Conclusão: a realização de ressonância magnética pré-operatória levou a um aumento da remoção completa da glândula mamária, não-justificada, em 56,3% das pacientes. É recomendável que venha a ser feita comparação histopatológica por biópsias múltiplas antes de se mudar o planejamento da cirurgia, em função da ressonância magnética nos casos de carcinoma ductal *in situ*.

008

AVALIAÇÃO CITOLÓGICA DE LINFONODOS AXILARES SUSPEITOS CLINICAMENTE DE ACOMETIMENTO METÁSTÁTICO PELO CARCINOMA MAMÁRIO

Paulo Gustavo Tenorio do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: o tratamento cirúrgico do câncer de mama vem se tornando cada vez mais conservador na abordagem do tumor primário e dos linfonodos axilares; portanto, muito menos agressivo. O fator mais importante na determinação do prognóstico das pacientes com câncer de mama é a presença de metástases nos linfonodos axilares. As primeiras pesquisas foram direcionadas no sentido de identificá-los livres ou comprometidos no pré-operatório. Métodos: foram avaliadas 12 pacientes com câncer de mama e linfonodos suspeitos em exame clínico ou ultrassonográfico, atendidas no Hospital Israelita Albert Einstein, de 2009 a 2010. As 12 pacientes foram submetidas à punção por agulha fina, guiada por ultrassonografia, e avaliação citológica pelo serviço de patologia do hospital. Resultados: as 12 pacientes avaliadas apresentavam carcinoma ductal invasor clinicamente palpável como nódulo e com diâmetro menor que 4 cm. Oito pacientes apresentavam linfonodo axilar ipsilateral ao tumor com tamanho maior que 1,5 cm, porém apenas quatro delas apresentavam citologia positiva para carcinoma. Duas pacientes apresentavam linfonodo axilar com aumento da espessura cortical, e ambos foram negativos em análise citológica e duas apresentavam alteração da ecogenicidade central, com citologia negativa à punção. As pacientes com citologia negativa foram submetidas à biópsia de linfonodo sentinela, que resultou negativo para comprometimento neoplásico. Desta forma, evitou-se a realização de linfonodectomia axilar radical em 66% (oito) das pacientes com linfonodo axilar suspeito em imagem ultrassonográfica pré-operatória. Conclusões: a avaliação do acometimento neoplásico dos linfonodos axilares, por meio do estudo citológico guiado pela ultrassonografia, é um método promissor para se confirmar os achados radiológicos suspeitos e evitar a linfonodectomia axilar radical.

009 BIÓPSIA DO LINFONODO SENTINELA PELA TÉCNICA DO RADIOFÁRMACO ISOLADO NO CÂNCER DE MAMA

Gláucia Mesquita Cordeiro; Paulo Roberto Coelho; Maria do Perpétuo Socorro Saldanha; Heloísa Magalhães; Márcia Dallyane Freitas; Antônio Fernando Melo Filho; Ângelo Roncalli Lima; José Pereira Guará

Objetivos: determinar a acurácia da biópsia do linfonodo sentinela pela técnica do radiofármaco isolado, bem como sua taxa de localização, sensibilidade, especificidade, taxa de falso-negativos e de falso-positivos. **Métodos:** foram avaliadas 401 pacientes submetidas à biópsia do linfonodo sentinela, com injeção intradérmica intraoperatória do radiofármaco isolado, no Hospital do Câncer do Ceará no Instituto do Câncer do Ceará (HC-ICC), de julho de 2002 a agosto de 2010. Dados demográficos, clínico-cirúrgicos e anatomopatológicos foram analisados. O índice de Kappa foi utilizado para avaliação de concordância entre a congelação e a análise histopatológica definitiva. **Resultados:** a idade média foi de 56 anos, sendo a maioria acima de 40 (90,8%). Carcinoma ductal invasivo esteve presente em 85,3% dos casos. A biópsia do linfonodo sentinela foi positiva em 28,4%. O resultado anatomopatológico definitivo foi positivo em 31,4%. A concordância entre os dois métodos apresentou um coeficiente Kappa de 0,91 (IC95%=0,86-0,95). A concordância entre os métodos foi satisfatória, independente da idade, do grau nuclear e do receptor de estrogênio. A acurácia foi de 96,1%; a sensibilidade, 88,89%; a especificidade, 99,27%; a taxa de falso-positivo, 0,73% e a taxa de falso-negativo, 11,11%. Não houve influência da presença de cirurgia prévia na migração do radiofármaco. Recidiva local e sistêmica foram observadas em 3,5 e 4,5% das pacientes, respectivamente. **Conclusões:** a biópsia do linfonodo sentinela com a técnica do radiofármaco isolado é segura, tem boa taxa de identificação e acurácia, independente da idade, do grau nuclear e do receptor de estrogênio.

010 CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Bertha Andrade Coelho; Luis Cláudio dos Santos; Érika Monteiro Pinheiro Mourão

Introdução: o carcinoma adenoide cístico da mama é um tumor raro. Geralmente de bom prognóstico, envolvimento linfonodal e metástases à distância raramente ocorrem. Foram apresentados um relato de caso e uma revisão da literatura. **Descrição do caso:** CSD, 61 anos. Em 2008, a paciente tinha nódulo de 2 cm em mama esquerda, endurecido, aderido a planos adjacentes, axila negativa. Mamografia mostrava lesão tipicamente maligna. *Core-biopsy:* compatível com carcinoma adenoide cístico. Foi realizada setorectomia e biópsia do linfo-

nodo sentinela, na qual confirmou-se carcinoma adenoide cístico, margens livres e biópsia do linfonodo sentinela negativa. A paciente foi submetida à radioterapia e estava assintomática até 2010. Evoluiu com espessamento suspeito de recidiva. Imagens compatíveis com processo cicatricial. Biópsia evidenciou recidiva. Realizou-se mastectomia e rebiópsia do linfonodo sentinela. O anatomopatológico mostrava carcinoma adenoide cístico residual e linfonodo sentinela negativo. Não foi indicado tratamento complementar. **Comentários:** o carcinoma adenoide cístico da mama é uma patologia rara, que representa menos de 0,1% dos tumores mamários. São tumores pequenos (em 80% dos casos detectados como massas palpáveis em estádios iniciais) e de bom prognóstico, haja visto seu baixo potencial metastático. Seu nível de atividade proliferativa é de moderado a baixo. Frequentemente, são receptores hormonais negativos. Ocorrem principalmente na sexta e sétima décadas de vida. O tratamento é eminentemente cirúrgico, variando desde ressecção local até mastectomia radical. No entanto, o melhor tratamento cirúrgico ainda não foi definido. Alguns questionam a necessidade do esvaziamento axilar ou até mesmo da biópsia do linfonodo sentinela, já que menos de 5% das pacientes apresentam metástases linfonodais. A radioterapia pode ser considerada, e melhora o controle locoregional. São necessários estudos comparando opções terapêuticas para que um ótimo tratamento possa ser oferecido.

011 CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO: APRESENTAÇÃO ATÍPICA COM METÁSTASE AXILAR DE SÍTIO PRIMÁRIO OCULTO: RELATO DE CASO

José Pereira Guará; Paulo Roberto Coelho; Maria do Perpétuo Socorro Saldanha; Gláucia Cordeiro Mesquita; Heloísa Magalhães; Raquel Aranha Viegas; Ângelo Roncalli Lima; Antônio de Pádua Carneiro Almeida

Introdução: o carcinoma oculto de mama com metástase axilar representa de 0,3 a 1% dos tumores da mama. O carcinoma adenoide cístico, por sua vez, representa 0,1% dos carcinomas mamários, em geral, são de baixo grau histológico e seu comprometimento linfonodal é raro. **Descrição do caso:** FAOD, 40 anos, sexo feminino, natural do Ceará, primiparidade aos 31 anos, mãe e duas tias com câncer de mama após 50 anos, em uso de tamoxifeno 10 mg/dia para mastalgia, em acompanhamento regular no Instituto do Câncer do Ceará. A paciente chegou ao ambulatório de mastologia em janeiro de 2010, relatando melhora da mastalgia após três meses de uso da medicação, trazendo mamografia e ultrassonografia com cistos bilaterais (BI-RADS II). Ao exame físico, com mamas normais à palpação, porém linfonodo aumentado e algo fixo em axilar direita. Realizou-se punção aspirativa por agulha fina da lesão: hipocelular e negativa para neoplasia. Em maio de 2010, a paciente foi submetida à exérese do

linfonodo. Congelação da metástase axilar de carcinoma. Realizou-se, então, linfadenectomia axilar direita e exérese de setor suspeito do QSE da mama. Resultado final da patologia: metástase de carcinoma indiferenciado em 3 dos 11 linfonodos dissecados. Área suspeita no QSE contém linfonodo intramamário comprometido com ductos e lóbulos mamários normais ao seu redor. O painel de IHQ é compatível com carcinoma adenoide cístico diferenciado. Exames de estadiamento, ressonância nuclear magnética de mamas e investigação de possível sítio primário em cabeça e pescoço foram negativos. Considerado primário oculto de mama, foi submetida à radioterapia da mama e FSCD. Não foi indicada quimioterapia adjuvante. No momento, em seguimento, sem sinais de recorrência local ou à distância.

012 CARCINOMA ESPINOCELULAR PRIMÁRIO DE MAMA: RELATO DE CASO

João Ricardo Auler Paloschi; Fernando Vequi Martins; Ailton Joioso; José Roberto Fígaro Caldeira; André Augusto Curty Romero Veloso
O carcinoma espinocelular primário da mama representa somente entre 0,06 e 0,5% dos carcinomas mamários. Acredita-se que a metaplasia escamosa do epitélio ductal seja sua lesão precursora. O diagnóstico pode ser realizado por punção aspirativa por agulha fina ou biópsia de fragmentos. O tratamento é incerto (cerca de 50 casos na literatura); a mastectomia com linfadenectomia axilar é preconizada. A radioterapia é usada na maioria dos relatos. O uso da quimioterapia é infrequente, existindo descrições de boas respostas à cisplatina e ao fluoracil. O prognóstico é semelhante aos demais carcinomas mamários. Descrição do caso: apresentou-se o caso de uma mulher de 68 anos, que procurou o serviço de mastologia com nódulo em mama esquerda há seis meses. Realizou-se mamografia (BI-RADS 0) e ultrassonografia das mamas (BI-RADS 4C). Foi submetida à punção aspirativa por agulha fina com material insuficiente. Em seguida, a paciente realizou duas biópsias de fragmentos, apresentando o mesmo resultado histopatológico: mastite linfocítica. Dessa forma, realizou-se tratamento clínico por seis meses com antibióticos e corticoides, com piora importante do quadro, o que a fez procurar o nosso serviço, onde, por impossibilidade de outra intervenção, foi submetida à mastectomia simples direita com resultado de carcinoma espinocelular bem diferenciado, sendo realizada linfadenectomia axilar direita (um linfonodo metastático). Atualmente, encontra-se em adjuvância (quimioterapia e radioterapia). Comentários: o carcinoma espinocelular primário de mama é raro, com crescimento rápido, e não deve ser esquecido frente a um quadro progressivo de impressão diagnóstica de benignidade que não obtém resposta ao tratamento clínico.

013 CARCINOMA *IN SITU* DE MAMA EM GAROTA DE 19 ANOS

Dayane Clementino Moraes e Cunha; Thiago Zago Azara; Bruno Garcia; Paulo Sergio Peres Fonseca; Delio Marques Conde; Erica Pereira de Sousa e Silva; Juarez Antonio de Sousa; Rogerio Bizinotto

Introdução: o câncer de mama em pacientes jovens é raro. Descrição do caso: paciente do sexo feminino, 19 anos, com queixa de tumoração em mama direita há seis meses. Nega antecedente familiar de câncer de mama. Exame físico: tumor em quadrante superomedial de mama direita, limites mal definidos, endurecido, medindo 5 cm. Nas axilas havia ausência de alterações palpáveis. Foram realizados exames complementares: a mamografia mostrou microcalcificações pleomórficas, difusas em mama direita; a ressonância mostrou formação sólida no quadrante superomedial da mama direita, em contato com musculatura profunda, sem invadi-la; a *core biopsy*, carcinoma ductal *in situ*, grau nuclear intermediário, extensa necrose intraluminal e microcalcificações. A paciente foi submetida à adenomastectomia, com congelação intraoperatória do tecido retroareolar, biópsia de linfonodo sentinela e reconstrução com músculo grande dorsal. O anatomopatológico encontrou carcinoma ductal *in situ* de grau intermediário, ocupando área de 4,0x3,0x2,0 cm. Margens cirúrgicas e tecido retroareolar livres de neoplasia e linfonodo sentinela sem metástase. À imunohistoquímica, receptores hormonais negativos e HER-2 positivo. Comentários: trata-se de um caso raro de carcinoma ductal *in situ* da mama, considerando-se a idade da paciente. Os carcinomas de mama em jovens ocorrem comumente em portadoras de mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2. O câncer de mama em adolescente, associado a mutações genéticas, apresenta comportamento clínico agressivo. Devido à extensão das lesões, microcalcificações e relação do tamanho do tumor/mama, a adenomastectomia foi o procedimento indicado. É importante orientar a paciente do risco em desenvolver câncer na mama contralateral e da necessidade de seguimento rigoroso.

014 CARCINOMA INFLAMATÓRIO DA MAMA

Luiz Antonio Guimarães Brondi; Gilson D. Stevão; Gilson L. Delgado; Letícia A. Nader; Geraldo Santiago Hidalgo; Maria Cecilia Ferro. Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – São Paulo, São Paulo, Brasil.

Introdução: o carcinoma inflamatório é um subtipo altamente agressivo de câncer mamário. Seu diagnóstico é clínico, caracterizando-se por edema e hiperemia da pele em mais de um terço da superfície mamária, com retração papilar na maioria dos casos. A infiltração dos linfáticos dérmicos, quando presentes,

leva ao pior prognóstico. Métodos: entre janeiro de 1977 a dezembro de 2010, num total de 3.815 casos de cânceres mamários, foram observados 246 casos de carcinoma inflamatório (6,4%), com idade média de 52,5 anos. Resultados: entre os casos, este tumor foi estadiado clinicamente em: IIIB, em 173 casos (70,3%); IIIC, em 41 (16,7) e IV, em 32 (13,0%). Quanto à classificação TNM-N, observou-se: N0, em 0,4%; N1a, em 4,5%; N1b, em 51,2%; N2a, em 20,7% e N3c, em 23,2% dos casos. A mama direita estava comprometida em 40% e a esquerda em 60% dos casos. Os quadrantes mamários mais atingidos foram: QC em 44% e o QSE em 32,5% dos casos. O carcinoma ductal estava presente em 98% dos casos. Foram observados três casos de carcinoma inflamatório bilateral e sete estavam associados à gravidez ou lactação. Em 91,1% dos casos, havia tumor palpável na mama, sendo que a maioria (50,4%) media entre 5 a 10 cm de diâmetro. Nos casos em que a mastectomia radical foi indicada, observou-se uma alta taxa de comprometimento axilar (87,2%). Conclusões: tentativas para controlar a doença apenas com tratamentos locorregionais não mostraram nenhuma melhora na sobrevida. Embora a mortalidade continue elevada, devido à alta agressividade e taxa de metástases, a associação de novos quimioterápicos (doxorubicina e taxanes), da radioterapia e da hormonioterapia, associados ou não à cirurgia (a mastectomia radical é realizada quando a biópsia pós-quimioterapia e radioterapia continua histologicamente positiva), faz com que se obtenha um melhor controle locorregional e à distância da doença, o que certamente deverá melhorar o prognóstico do carcinoma inflamatório.

015 CARCINOMA OCULTO DE MAMA: RELATO DE CASO

Fernando Vequi Martins; José Roberto Figaro Caldeira; João Ricardo Auler Paloschi; Ailton Joioso; André Augusto Curty Romero Veloso

Introdução: o carcinoma oculto de mama é incomum (0,3 a 1% das neoplasias mamárias), definindo-se como câncer de mama em linfonodos axilares sem tumor na mama (excluído por exame físico e imagem). O diagnóstico é feito por punção aspirativa por agulha fina ou *core biopsy* do gânglio aumentado, com imunoistoquímica para confirmação do sítio primário. O tratamento é controverso, optando-se entre esvaziamento axilar isolado, mastectomia radical com linfadenectomia axilar e setorectomia do quadrante superolateral, com linfadenectomia axilar. A adjuvância é realizada conforme o estadiamento TNM. Descrição do caso: relatou-se o caso de uma mulher de 62 anos, com nódulo axilar esquerdo há três meses. Realizou-se mamografia (BI-RADS 0) e ultrassonografia mamária (nódulos sólidos na axila esquerda, BI-RADS 4). Foi submetida à biópsia incisional em axila esquerda, sendo retirados cinco gânglios com metástase de neoplasia maligna, sendo necessária imunoistoquímica para revelar sítio primário. Encaminhada

ao nosso serviço, foi solicitada imunoistoquímica (carcinomas de ductos mamários metastáticos), ressonância nuclear magnética de mamas (sem alterações na topografia mamária bilateral) e rastreamento sistêmico (resultados normais). Após, decidiu-se por realização de setorectomia de quadrante superolateral esquerdo com linfadenectomia axilar (anatomopatológico: ausência de neoplasia na mama e carcinoma de ductos mamários metastáticos em 4 dos 20 linfonodos dissecados). O estadiamento patológico final foi pT0N2M0, pIIIa. Atualmente, encontra-se em tratamento adjuvante. Comentários: o carcinoma oculto de mama deve ser lembrado diante a uma paciente com linfadenomegalia axilar isolada, sem outros achados sistêmicos e alterações em exames de imagem na topografia mamária.

016 CENTRO DE TREINAMENTO EM ONCOPLASTIA: RESULTADOS PRELIMINARES

Angelo Gustavo Zucca-Matthes; René Aloísio Da Costa Vieira; Rodrigo Augusto Depieri Michelli; Gustavo Henrique Fabri Pereira Ribeiro; Antônio Bailão Jr.; Raphael Luis Haikel; Angelo Carmo Silva Matthes.

Breast Unit – Sennonetwork – Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, São Paulo, Brasil.

Objetivos: avaliar as características dos alunos e a aprendizagem em Centro de Treinamento em Oncoplastia. Métodos: estudo retrospectivo que avaliou a aprendizagem dos mastologistas em Centro de Treinamento em Oncoplastia, utilizando a classificação de Urban, o tipo de procedimentos para oncoplásticas que os alunos realizavam previamente ao Centro de Treinamento em Oncoplastia e aos procedimentos para oncoplásticas e que os alunos julgavam habilitados a realizar após o Centro de Treinamento em Oncoplastia. Curso Teórico-Prático, no qual a discussão teórica encontra-se associada à discussão dos casos operados no curso e pelos alunos, avaliando indicação, técnica, complicações, resultados e tratamento das complicações; e cirurgias são realizadas com a participação dos alunos. Disposta em 21 módulos, no primeiro grupo, foram realizadas 91 cirurgias, totalizando 252 horas, sendo realizados 11% de procedimentos para oncoplásticas de nível I; 54%, nível II e 35%, nível III, sendo procedimentos para oncoplásticas bilaterais em 69% dos casos. Resultados: dez cirurgiões realizaram o primeiro curso e 12, o segundo. A maioria dos especialistas (90,9%) tinha experiência em mastologia superior a cinco anos. 86,4% trabalhavam no Sistema Único de Saúde e apenas 15,8% não tinham o auxílio regular do cirurgião plástico. 81,8% dos alunos visavam à melhoria na técnica em procedimentos para oncoplásticas. No início, 63,3% realizavam procedimentos para oncoplásticas tipo I e nenhum realizava procedimentos para oncoplásticas nível II-III. Ao término do curso, todos realizavam procedimentos para oncoplásticas tipo I; 30%, tipo II; e 70%, tipos II e III. Conclusões: o Cen-

tro de Treinamento em Oncoplastia aprimora as habilidades em procedimentos para oncoplásticas, qualificando a atuação profissional frente ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. Independente do conhecimento do cirurgião, o Centro de Treinamento em Oncoplastia o qualifica a realizar procedimentos para oncoplásticas.

017 COEXISTÊNCIA DE TUMOR *PHYLLODES* MALIGNO E CARCINOMA LOBULAR INVASIVO EM AMBAS AS MAMAS: RELATO DE CASO

Paulo Gustavo Tenorio do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: o tumor *phylloides* maligno é um tumor raro, cuja frequência está em torno de 1,9 a 48,9% na literatura. Relata-se uma casuística de 24% de carcinoma mamário associado ao tumor *phylloides*. Descrição do caso: paciente de 43 anos, sexo feminino, branca, apresentou em novembro de 2010 nódulos nas mamas bilateral, com crescimento progressivo. Ao exame físico, apresentava nódulo endurecido de 10 cm, ocupando toda a mama esquerda, e espessamento mamário de 5 cm em região retroareolar à direita. A mamografia apresentava massa lobulada que ocupava a totalidade da mama esquerda e distorção arquitetural em região retroareolar à direita. À ultrassonografia, nódulo lobulado e heterogêneo à esquerda e nódulo especulado de 3 cm à direita. A paciente foi submetida à biópsia por agulha grossa, guiada por ultrassonografia bilateralmente com diagnóstico de neoplasia fibroepitelial à esquerda e carcinoma lobular invasor à direita. Realizou-se a mastectomia radical modificada à direita, com reconstrução mamária imediata com retalho abdominal e nodulectomia com margens à esquerda, associado com reconstrução com retalho local. O anatomopatológico final foi de tumor *phylloides* maligno de alto grau, com extensa alteração mixoide, associado com neoplasia lobular intraepitelial grau 3 à esquerda e carcinoma lobular invasivo, grau 2 nuclear; grau 2 histológico à direita associado com neoplasia lobular intraepitelial grau 3 e um linfonodo axilar comprometido pela neoplasia em dez dissecados. Conclusões: o caso em questão demonstra uma situação atípica de coexistência de tumor *phylloides* maligno e carcinoma lobular em uma paciente jovem. Não há evidência na literatura quanto à existência de uma origem genética relacionada aos dois tipos dos tumores mamários em questão.

018 CONTRATURA CAPSULAR EM PACIENTES SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM PRÓTESES

Ana Carolina Crozzeria; Ana Paula de Freitas Porto Fonseca; Tânia Navarro Altamirano; Thaissa Daud de Faria; Gustavo Henrique Fabri Ribeiro; Raphael Luis Haikel; René Aloísio da Costa Vieira; Angelo

Gustavo Zucca Matthes.

Breast Unit – Senonetwork – Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, São Paulo, Brasil.

Introdução: o tratamento oncológico do câncer de mama tornou-se padrão-ouro na terapia desta doença. Tal procedimento inclui não apenas a remoção do tumor, como também a reconstrução ou manutenção da mama como parte do procedimento. A fim de manter o princípio de menor agressão possível, várias técnicas reconstrutoras foram desenvolvidas nos últimos anos. Merece destaque o uso de materiais aloplásticos. Objetivos: análise retrospectiva das contraturas capsulares, envolvendo pacientes que realizaram reconstrução mamária com prótese, submetidas, ou não, à radioterapia. Métodos: este estudo retrospectivo foi realizado no Departamento de Mastologia e Reconstrução e no Departamento de Radioterapia do Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII, de janeiro de 2007 a setembro de 2009. Selecionou-se pacientes com câncer de mama, submetidas à reconstrução mamária com próteses seguidas, ou não, por radioterapia adjuvante. A indicação radioterápica foi feita pelo protocolo do Departamento de Radioterapia do Hospital de Câncer de Barretos, levando-se em consideração o tamanho tumoral, a invasão angiolinfática, o comprometimento axilar e a idade da paciente. Resultados: foram analisadas 73 pacientes com uma mediana de idade de 42,1 anos (22 a 62). A maioria foi acometida por carcinoma ductal infiltrante (87,5%). Os estádios tratados foram: 0 (5,5%), I (19,2%), II (54,8%) e III (20,6%). 64,8% das pacientes foram submetidas à radioterapia adjuvante da mama reconstruída com implante. O índice de contratura capsular foi de 52,2% para aquelas submetidas à radioterapia e de 16% para aquelas que não foram expostas. Conclusões: a radioterapia associada à reconstrução mamária com prótese mostrou uma elevada taxa de contratura capsular neste serviço.

019 CORRELAÇÕES DO TAMANHO DAS METÁSTASES DOS LINFONODOS SENTINELAS COM O INTERVALO LIVRE DE DOENÇA E A SOBREVIVÊNCIA GLOBAL DE 1.247 PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Edison Mantovani Barbosa (Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil); Joaquim Teodoro de Araujo Neto (Instituto Brasileiro de Controle do Câncer; Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo, São Paulo, Brasil); Eurípedes Carlos Carvalho Filho (Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil); Karina Patrício Infante (Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil); Manoel Carlos Melillo Felzener (Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil); Carolina Paula Rodrigues Matielli (Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil); Márcia Garrido Modesto Tavares (Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São

Paulo, São Paulo, Brasil); João Carlos Sampaio Góes (Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil).

Objetivos: avaliar as correlações do tamanho das metástases dos linfonodos sentinelas de 1.247 pacientes submetidas às biópsias dos linfonodos sentinelas, com intervalo livre de doença e sobrevida global. **Métodos:** estudo retrospectivo de 1.247 pacientes submetidas às biópsias dos linfonodos sentinelas, consecutivas no período de 1998 a 2010. Foram avaliados o intervalo livre de doença e a sobrevida global de 380 pacientes, que apresentaram linfonodos sentinelas positivos para macrometástases, micrometástases e células tumorais isoladas. As associações entre os tipos de metástases foram avaliadas com testes de razão de verossimilhança, corrigida com X2 para amostras insuficientes, e as curvas de Kaplan-Meier para sobrevida global e para o intervalo livre de doença, sendo o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** do total de 1.247 pacientes avaliadas, 867 (69,5%) apresentaram linfonodos sentinelas negativos e 380 (30,5%) positivos, sendo 284 (74,7%) com macrometástase, 82 (21,6%) micrometástases e 14 (3,7%) com células tumorais isoladas. O tempo médio de seguimento foi de 64 meses. Nas comparações das curvas de sobrevida global, $p = 0,307$ e para o intervalo livre de doença, $p < 0,001$. **Conclusões:** os tamanhos das metástases nos linfonodos sentinelas foram estatisticamente significantes para a curva de intervalo livre de doença, e não foram estatisticamente significantes para a curva de sobrevida global.

020

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS EM MAMA: RELATO DE CASO

José Pereira Guará; Ércio Ferreira Gomes; Lia Raquel Caldas; Raquel Aranha Viegas; Maria Do Patrocínio Grangeiro; Gláucia Mesquita Cordeiro; Heloisa Magalhães; Ângelo Roncalli Lima
O dermatofibrosarcoma *protuberans* é uma neoplasia de partes moles de malignidade intermediária, cuja localização mais frequente é no tronco e nas extremidades. Constitui menos de 0,1% dos tumores malignos e cerca de 1% dos sarcomas de partes moles. De origem dérmica, tem capacidade de infiltrar tecidos subjacentes com alto índice de recorrência. Seu tratamento é exérese cirúrgica com margens amplas. O tratamento radioterápico adjuvante tem indicação relativa. **Descrição do caso:** LCSO, 58 anos, sexo masculino, foi atendido no Instituto do Câncer do Ceará em janeiro de 2007, com história de nódulo em mama direita de crescimento lento, notado há cerca de um ano. O paciente, em sua cidade do interior, foi submetido à tumorectomia sem biópsia prévia, cujo anatomopatológico demonstrou lesão de neoplasia maligna com cordões de células com escasso citoplasma e núcleos ovalados imersos em estroma mixoide. Os blocos de parafina foram revisados no Serviço de Patologia do Instituto do Câncer do Ceará, e a imunoistoquímica obteve marcação positiva para vimetina e CD 34 e negativa para coquetel de ceratinas

(AE1/AE3). Concluiu o diagnóstico de dermatofibrosarcoma *protuberans* com provável transformação fibrossarcomatosa. Os exames tomográficos de tórax e abdômen eram normais. Em fevereiro de 2007, o paciente foi submetido à mastectomia simples. O exame anatomopatológico final demonstrou apenas fibrose cicatricial. Não foram indicados quaisquer tratamentos adjuvantes. O paciente permanece em seguimento ambulatorial regular, sem sinais de recorrência local.

021

DEVE-SE FAZER BIÓPSIA DE LINFONODO SENTINELA NO CARCINOMA DUCTAL *IN SITU*?

Juliana Zabukas de Andrade; Lise Reis Melo; Adriana Akemi Yoshimura; Felipe Eduardo de Andrade; Maria Aparecida Cardoso de Barros; Cristiane da Costa Bandeira Abrahao Nimir; Paulo Aguirre Costa; Alfredo Carlos Simões Dornellas de Barros
Introdução: a biópsia do linfonodo sentinela axilar está consagrada como parâmetro para previsão de comprometimento axilar e estabelecimento dos fatores prognósticos e da orientação terapêutica. No carcinoma ductal *in situ*, a sua indicação não está ainda clara, existindo provavelmente justificativa para o procedimento em certos casos. **Objetivos:** estimar a frequência do acometimento do linfonodo sentinela biopsiado por método radioguiado em casos de carcinoma ductal *in situ*. **Métodos:** no período compreendido entre janeiro de 2006 e dezembro de 2010, foram atendidas, pelo Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio Libanês (área de Responsabilidade Social), 66 pacientes com diagnóstico de carcinoma ductal *in situ* na análise definitiva da mama. Entre estas, em 51 (77,2%), foram efetuadas biópsias radioguiadas de linfonodo sentinela axilar, o qual foi examinado durante a cirurgia por *imprint* citológico e, em seguida, em parafina, por cortes a cada 50 μm . **Resultados:** na casuística de 51 tumores, foram verificados GN 1 a 4 vezes, GN 2 a 18 e GN 3 a 29, e 36 casos com comedonecrose e 15 sem. Doze pacientes apresentavam lesões palpáveis. Pelo exame citológico intraoperatório, houve diagnóstico de metástase linfonodal, levando à dissecação de nível I, que não foi confirmada no exame de parafina. Ao final, pelo exame microscópico definitivo, não houve nenhum caso de metástase no linfonodo sentinela. **Conclusões:** a biópsia de linfonodo sentinela não é necessária de rotina no tratamento do carcinoma ductal *in situ*. No entanto, talvez estudos com casuísticas maiores venham a justificar o procedimento em determinados subgrupos específicos.

022

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DUAS COLAS DE CIANOACRILATO E O FIO DE NYLON 5-0 NA SÍNTESE DE PELE EM RATAS

Sylverson Porto Rassi (Pesquisador Responsável; Membro Especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Médico voluntário do Departamento de Ortopedia, Traumatologia

e Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Ruffo Freitas-Júnior (Orientador; Coordenador do Programa de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Régis Resende Paulinelli (Pesquisador Participante do Programa de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Marise Amaral Rebouças Moreira (Pesquisadora Participante; Professora adjunta do Departamento de Imagenologia e Anatomia Patológica da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Mário Silva Approbato (Pesquisador Participante; Coordenador do Laboratório de Reprodução Humana do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Bárbara Pacheco Lima (Pesquisadora Participante; Aluna de Curso de Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Denise Rezende (Pesquisadora Participante; Enfermeira e Instrumentadora Cirúrgica).

Objetivos: é comprovado que o adesivo de cianoacrilato traz benefícios em cirurgias da mama, como a redução do tempo de fechamento. Este trabalho comparou o uso do 2-etil-cianoacrilato (Super Bonder® Flex Gel) na síntese de pele em ratas com o 2-octil-cianoacrilato (Dermabond®) e a síntese intradérmica com fio de *nylon* 5-0, considerando: o tempo gasto em cada procedimento, a ocorrência de complicações e efeitos adversos e os aspectos macroscópicos e microscópicos da cicatriz. Métodos: foram utilizadas 30 ratas, as quais receberam três incisões no dorso que foram fechadas com o 2-etil-cianoacrilato, 2-octil-cianoacrilato ou sutura intradérmica com *nylon* 5-0, de acordo com uma tabela de randomização prévia. Após sete dias, realizou-se a avaliação clínica da cicatriz e, após 40 dias, o exame anatomopatológico. Foi considerado o intervalo de confiança de 95%, com resultado significativo quando $p < 0,05$. Resultados: o tempo médio de síntese em segundos foi de 33,20 (\pm 2,72), com o 2-etil-cianoacrilato; 29,87 (\pm 2,89), com o 2-octil-cianoacrilato; e 198,40 (\pm 70,93), com o fio de *nylon* 5-0 ($p < 0,01$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três métodos em relação à ocorrência de complicações/efeitos adversos na cicatriz cirúrgica e nem nas avaliações macro e microscópicas. Conclusões: o tempo de fechamento com o 2-etil-cianoacrilato foi significativamente maior do que com o 2-octil-cianoacrilato, e o tempo de fechamento com o *nylon* 5-0 foi significativamente maior quando comparado com as duas colas. Os três métodos foram semelhantes com relação à ocorrência de complicações e nos aspectos macro e microscópicos.

023

ESTUDO DO LINFONODO SENTINELA NO CÂNCER DE MAMA COM AZUL PATENTE NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO HOSPITAL BARÃO DE LUCENA

Paulo Giovanni de Carvalho Cavalcanti Fernandes; Viviane Lubanco Thomé Reis; Darley Ferreira Filho; Vivina Figueroa.

Hospital Barão de Lucena, Recife, Pernambuco, Brasil.

Objetivos: avaliar a identificação do linfonodo sentinela em pacientes com câncer de mama, submetidas à cirurgia conservadora por meio do mapeamento linfático com azul patente, comparando os resultados da biópsia de congelação e da parafina. Métodos: foi realizado um estudo retrospectivo observacional, com 83 pacientes, no período de março de 2008 e abril de 2010, com carcinoma de mama. Linfonodos claramente corados foram retirados e enviados para estudo anatomopatológico de congelação intraoperatória. Os linfonodos foram seccionados longitudinalmente, um segmento foi reservado para parafina e outro para congelação. Resultados: as pacientes tinham em média de 40 a 59 anos (50%); 81% dos resultados foram negativos na congelação e parafina; 75% dos tumores foram classificados como carcinoma ductal invasivo; 86% dos casos foram positivos na parafina e congelação. Conclusões: a biópsia do linfonodo sentinela fornece um reflexo fidedigno do *status* axilar, com baixa taxa de falso-negativo. O método do linfonodo sentinela tem boa acurácia, baixo custo, fácil aplicação e resultados confiáveis para predizer o comprometimento axilar.

024

ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO COMPARANDO O AZUL PATENTE E O DE METILENO NA IDENTIFICAÇÃO DO LINFONODO SENTINELA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Ana Clara Araújo Costa; Régis Resende Paulinelli; Ruffo de Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Luís Fernando de Pádua Oliveira; Roberta Pinter Lacerda; Evelling Lorena C. de Oliveira; Thiago Martins Isac.

Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil.

Objetivos: comparar a acurácia e a taxa de detecção do linfonodo sentinela com injeção peritumoral e periareolar. Métodos: foram incluídas, de forma randomizada e prospectiva, 71 pacientes com diagnóstico de carcinoma mamário invasor, que consentiram em participar livremente do estudo, entre 2005 e 2007, provenientes do Programa de Mastologia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com previsão de serem submetidas ao esvaziamento axilar. Foram injetados 2 mL de corante em região peritumoral (Grupo A), em 30 (45,50%) mulheres, e periareolar (Grupo B), em 36 (54,50%). Cinco pacientes (7,04%) tiveram seus dados perdidos para esta análise. Resultados: os dois grupos apresentaram características das pacientes e dos tumores semelhantes. Foram detectados linfonodos sentinelas em 20 (66,67%) mulheres no Grupo A e 18 (52,94%), no B ($p = 0,27$). A mediana de linfonodos sentinelas detectados foi de 1,00 (0,00 a 1,00) nos dois grupos ($p = 0,76$). Ocorreu um falso-negativo (5,88%) no Grupo A e

2 (12,50%), no Grupo B ($p=0,60$). O linfonodo sentinela foi o único gânglio comprometido em quatro (36,36%) casos, no Grupo A, e 3 (37,50%) casos, no Grupo B ($p=1,00$). O tempo e o grau de dificuldade para identificação do linfonodo sentinela foram semelhantes nos dois grupos. Conclusões: o local da injeção do corante não influenciou na taxa de detecção do linfonodo sentinela e nem na acurácia do método.

025 ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO COMPARANDO O AZUL PATENTE E O AZUL DE METILENO NA IDENTIFICAÇÃO DO LINFONODO SENTINELA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Régis Resende Paulinelli; Ruffo De Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Luís Fernando De Pádua Oliveira; Ana Clara Araújo Costa; Roberta Pinter Lacerda; Thiago Martins Isac; Evelling Lorena C. De Oliveira (Programa De Mastologia do Hospital Das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).

Objetivos: comparar a acurácia e a taxa de detecção do linfonodo sentinela com o azul patente e o azul de metileno. Métodos: foram incluídas, de forma randomizada e prospectiva, 71 pacientes com diagnóstico de carcinoma mamário invasor, que consentiram em participar livremente do estudo, entre 2005 e 2007, provenientes do Programa de Mastologia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, com previsão de serem submetidas ao esvaziamento axilar. Foi injetado 2 mL de azul patente (Grupo A), em 35 (49,30%) mulheres, e de azul de metileno (Grupo B), em 31 (43,70%), 20 minutos antes do esvaziamento axilar, em localização periareolar ou peritumoral. Cinco pacientes (7,04%) tiveram seus dados perdidos para esta análise. Resultados: os dois grupos apresentaram características das pacientes e dos tumores semelhantes. Foram detectados linfonodos sentinelas em 21 (60,00%) mulheres no Grupo A e 17 (58,60%) no B ($p=0,91$). Havia linfonodos sentinelas comprometidos em 11 (57,90%) casos, no Grupo A, e 9 (64,30%) no Grupo B ($p=0,99$). Ocorreram três falsos-negativos (15,8%) no Grupo A e nenhum (0,00%) no B ($p=0,24$). O linfonodo sentinela foi o único gânglio comprometido em 4 (36,4%) casos no Grupo A e 3 (37,5%) casos no Grupo B ($p=1,00$). O tempo e o grau de dificuldade para identificação do linfonodo sentinela foi semelhante nos dois grupos. Conclusão: a utilização do azul de metileno para a identificação do linfonodo sentinela em pacientes com câncer de mama é uma boa alternativa ao uso do azul patente.

026 EXTENSÃO DA CIRURGIA CONSERVADORA EM PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CLÍNICO NEOAJUVANTE

Fernando Antonio Mourão Valejo; Daniel Guimarães Tiezzi

Introdução: a determinação da extensão da ressecção cirúrgica em cirurgias conservadoras pós-tratamento neoadjuvante é uma tarefa importante, já que ressecções inadequadas podem elevar a taxa de recidiva e, grandes ressecções, podem comprometer o resultado estético do procedimento. Objetivos: determinar se a avaliação clínica é adequada na determinação do volume a ser ressecado em cirurgias conservadoras após tratamento neoadjuvante. Métodos: foram avaliadas 158 pacientes submetidas à cirurgia conservadora primária (Grupo EBC) e 129 pacientes submetidas à cirurgia pós-tratamento neoadjuvante (Grupo LABC). Comparou-se o volume de tecido mamário ressecado, o diâmetro patológico do tumor e a margem cirúrgica. Resultados: a mediana de tecido mamário ressecado foi de 50,4 cm³, no Grupo EBC, e 93,1 cm³, no Grupo LABC. A mediana do diâmetro tumoral e a taxa de comprometimento de margens cirúrgicas entre os grupos foram semelhantes. Quando relacionou-se o volume ressecado com o tamanho do tumor, encontrou-se uma correlação positiva no Grupo EBC e ausência de correlação no Grupo LABC. Conclusões: existe um nítido aumento do volume de tecido mamário excisado em pacientes submetidas à cirurgia conservadora da mama após tratamento neoadjuvante, com perda da correlação entre o tamanho do tumor e o volume do espécime ressecado.

027 INCIDÊNCIA DE METÁSTASE AXILAR NO CARCINOMA MICROINVASOR DE MAMA

Sandra Marques Silva Gioia; Flávia Luz Felício; Juliana Murteira Esteves Silva; Fernanda Maria Braga Marinho; Giselle Maria Vignal; Lidia Maria Magalhães Cordeiro de Rezende; Pedro Aurelio Ormonde do Carmo.

Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Objetivos: o carcinoma microinvasor é um subtipo incomum de carcinoma mamário, definido como células cancerosas que ultrapassam a membrana basal aos tecidos adjacentes com nenhum foco maior que 0,1 cm na maior dimensão. O manejo cirúrgico, particularmente da axila, tem sido controverso. O objetivo deste artigo é estudar a incidência de metástase axilar no carcinoma mamário, avaliando as abordagens cirúrgicas para se obter o status axilar. Métodos: foi realizado um estudo retrospectivo de 141 pacientes com diagnóstico de carcinoma mamário do Instituto Nacional de Câncer, de 2000 a 2010. Foram avaliados: o tipo de cirurgia, o status axilar, a sobrevida livre de doença e a sobrevida global destas pacientes. Resultados: a média de idade das pacientes foi de 56 anos. Foi realizada cirurgia conservadora (25%), biópsia do linfonodo sentinela (68%), esvaziamento axilar (37%) e status axilar desconhecido (5%). Em média, sete linfonodos foram isolados (1 a 29). Axila positiva foi encontrada em 9,4% dos casos. No seguimento, observou-se um caso de recidiva local e um de recidiva óssea com evolução para óbito. A sobrevida livre de doença foi de

98,2% e a global, 99,1%. Conclusões: a maioria das séries de casos confere prognóstico excelente, com poucas recorrências locais ou à distância. O carcinoma mamário deve ser considerado como verdadeiramente invasor, com potencial de enviar metástases a linfonodos regionais. A introdução da biópsia de linfonodo sentinela permitiu um novo pensamento acerca da investigação do status axilar no carcinoma mamário, sendo um procedimento seguro e com menor morbidade.

0028

LINFONDO SENTINELA COM ANESTESIA LOCAL VERSUS GERAL: ANÁLISE DE CUSTO

Tânia Navarro Altamirano; Fernando Yaeda de Mello; Ana Carolina Crozera; Antonio Bailão Jr.; Cláudia Carvalho Rizzo; Alex de Souza Rossi; René Aloísio da Costa Vieira; Angelo Gustavo Zucca Matthes.

Breast Unit – Senonetwork – Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, São Paulo, Brasil.

Introdução: atualmente, a pesquisa do linfonodo sentinela corresponde ao procedimento padrão para determinar o estado axilar em pacientes com câncer de mama, que estão em estágio precoce e com axila clinicamente negativa. Objetivos: analisar a custo-efetividade entre a realização da biópsia de linfonodo sentinela com anestesia geral *versus* local. Métodos: estudo retrospectivo pareado, baseado na revisão dos prontuários de pacientes portadoras de câncer de mama, as quais foram submetidas à cirurgia ambulatorial sob anestesia local, comparadas com pacientes operadas sob anestesia geral em regime de internação hospitalar, no período de janeiro a novembro de 2010. Excluiu-se o custo do procedimento propriamente dito, os honorários médicos e os procedimentos pré-operatórios como linfocintilografias, marcações, entre outros, pois os valores são os mesmos em ambos os itens comparados. CEP-HCB 246/2009. Resultados: verificou-se, pela análise do consumo de materiais nos dois centros cirúrgicos, que no centro cirúrgico ambulatorial, em média, é 34% menor do que no central. O custo da hora cirúrgica no centro cirúrgico ambulatorial é de 33,4% do valor total da sala no centro cirúrgico central. Assim, após análise detalhada, verificou-se que quando a ressecção de lesão de mama com biópsia de linfonodo sentinela foi realizada ambulatorialmente, apresentou custo 81,05% inferior ao do procedimento no paciente internado. Conclusões: a cirurgia sob anestesia local é um procedimento factível que traz pouco desconforto para o paciente, devendo ser indicado sempre que possível. Apresenta grande vantagem quanto aos custos, comparando-se com a técnica sob anestesia geral.

0029

LINFONODO SENTINELA EM AXILA CLINICAMENTE N0: ATÉ QUE TAMANHO DE TUMOR PODEMOS REALIZAR O LINFONODO SENTINELA?

René Aloísio da Costa Vieira; Angelo Gustavo Zucca Matthes; Thaissa Daud de Faria; Antonio Bailão Jr.; Allini Mafra da Costa; Gustavo Henrique Fabri Pereira Ribeiro; Rodrigo Augusto Depieri Michelli; Gilberto Uemura.

Breast Unit – Senonetwork – Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, São Paulo, Brasil.

Introdução: a técnica do linfonodo sentinela encontra-se consagrada, entretanto, em tumores > 3 cm ainda há controvérsias. Objetivos: avaliar a taxa de comprometimento linfonodal em pacientes clinicamente N0 com tumores > 3 cm, submetidas à linfadenectomia axilar. Métodos: estudo retrospectivo das pacientes EC I a III, com axila clinicamente N0, atendidas no HCB, no período de 1998 a 2001, submetidas a LA. Do universo de 1.493 pacientes, foram excluídas aquelas com diagnóstico e tratamento, permanecendo 956. Destas, foram excluídas pacientes com estádios clínicos 0 e IV, e pacientes com histologias não-classificáveis pelo TNM, constituindo 728 pacientes. Excluiu-se pacientes não-submetidas a LA ou nas quais foram dissecados menos de cinco linfonodos, permanecendo 670 pacientes. Destas, foram excluídas pacientes onde com primário oculto, resultando e 652 pacientes para análise. CEP-HCB 495/2011. Resultados: 544 pacientes não foram submetidas a tratamento adjuvante. Frente ao estadiamento clínico I, II e III, realizaram QTN, 0, 1,7 e 52,3% das pacientes. Em pacientes não-submetidas a QTN, ao avaliar-se a taxa de doença metastática axilar em pacientes com tumores de 0,2 a 3,0 cm, 3,1 a 6,0, 6,1 a 8,0 e 9,0 a 12,0, foi respectivamente de 41,0, 54,3, 78,6 e 100,0% (p < 3cm, deve ser considerada, havendo a necessidade de estudos prospectivos.

0030

LINFONODO SENTINELA INTRAMAMÁRIO COMPROMETIDO E AXILA LIVRE: ESVAZIAMENTO AXILAR OU CONDUTA CONSERVADORA?

Dionísio Nepomuceno Viviani; Thaissa Daud de Faria; Antonio Bailão Jr.; Sonia Marta Moriguchi; Suellen Strada Ferreira; Fernando Yaeda de Melo; Angelo Gustavo Zucca Matthes; René Aloísio da Costa Vieira.

Breast Unit – Senonetwork – Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, São Paulo, Brasil.

Introdução: atualmente, a pesquisa do linfonodo sentinela corresponde ao procedimento padrão para determinar o estado axilar em pacientes com câncer de mama, em estágio precoce e com axila clinicamente negativa. A ocorrência do linfonodo sentinela-IM é na ordem de 0,2 a 2,6%. Na presença de metástase do LIM, a taxa de metástase no linfonodo axilar é da ordem de 60 a 81%, mas não há consenso na conduta frente ao achado do linfonodo sentinela-IM comprometido com axila N0. Objetivos: discutir as opções terapêuticas no linfonodo sentinela-IM. Métodos: estudo retrospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCB 477/2011, avaliando pa-

cientes portadoras de câncer de mama, com LIM. Avaliou-se dois casos em que o linfonodo sentinela-IM mostrou-se sem comprometimento axilar ao exame de congelação, apresentando-se positivo à parafina. Resultados: no primeiro caso, o linfonodo sentinela-IM se mostrou comprometido à parafina e o linfonodo sentinela axilar, livre (0/3). Posterior linfadenectomia axilar mostrou 0 dos 16 linfonodos dissecados. No segundo, o linfonodo sentinela-IM mostrou-se comprometido à parafina e o linfonodo sentinela axilar, livre (0/8). Posterior linfadenectomia axilar mostrou 3 dos 18 linfonodos comprometidos. Conclusões: a linfadenectomia axilar constitui tratamento padrão, visto a taxa de comprometimento axilar ser elevada, a raridade desta patologia e da dificuldade de realizar estudos prospectivos com número elevado de casos. Em casos selecionados, em função das características da paciente, das características histológicas do tumor primário, da utilização de terapêutica adjuvante e da possibilidade de seguimento, a conduta expectante pode ser realizada, desde que avaliada pela paciente.

031

MAMOPLASTIA ONCOPLÁSTICA, COM DUPLO PEDÍCULO INDEPENDENTE, NO TRATAMENTO DE HIPERPLASIA ESTROMAL PSEUDOANGIOMATOSA NODULAR VOLUMOSA: RELATO DE CASO

Ana Clara Araujo Costa (Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Roberta Pinter Lacerda (Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Régis Resende Paulinelli (Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Ruffo De Freitas-Júnior (Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Luis Fernando Pádua De Oliveira (Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Marise Amaral Rebouças Moreira (Departamento de Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Thiago David Alves Pinto (Departamento de Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Leonardo Ribeiro Soares (Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).

Introdução: a formação de nódulos mamários por hiperplasia estromal pseudoangiomatosa é rara. Trata-se de uma lesão proliferativa de provável dependência hormonal. Os nódulos são, usualmente, circunscritos, firmes e de consistência borrachosa, podendo atingir grandes volumes. **Descrição do caso:** MDSS, 27 anos, sexo feminino, G1P1, usuária de anticoncepcional hormonal oral, apresentando nódulo de crescimento rápido em mama esquerda, causando diferença de volume entre as mamas. Tia materna com câncer de mama. Ao exame: abaula-

mento de quadrante superior interno da mama esquerda com nódulo móvel, fibroelástico e indolor, medindo 4,5x3,5 cm. A ultrassonografia mostrou área nodular hipocogênica, em QSI da mama esquerda, medindo 38,1 mm em seu maior diâmetro. *Core biopsy* compatível com hiperplasia estromal pseudoangiomatosa com vimentina, HHF35 e CD 34 positivos e ausência dos receptores de estrogênio e progesterona. Devido a uma relação mama-tumor desfavorável, a paciente foi submetida a uma nova técnica de mamoplastia oncoplástica, chamada de duplo pedículo independente, que permite a ressecção de grandes volumes dos quadrantes superiores, sem prejuízo da forma, e com correção da ptose. **Comentários:** a hiperplasia estromal pseudoangiomatosa é uma doença proliferativa benigna com bom prognóstico, cujo tratamento baseia-se na ressecção da lesão com margens livres. Os tumores podem atingir grandes volumes e requerer um tratamento radical, como a mastectomia. As recentes técnicas oncoplásticas, que visam à preservação da mama, oferecem uma boa alternativa, proporcionando o tratamento adequado, bem como o resultado estético favorável.

032

MAMOPLASTIA ONCOPLÁSTICA COM DUPLO PEDÍCULO INDEPENDENTE: NOVA TÉCNICA DE CONSERVAÇÃO MAMÁRIA

Régis Resende Paulinelli (Programa de Mastologia, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Eneida Ribeiro Marinho (Instituto de Mastologia e Oncologia – Goiânia, Goiás, Brasil).

Objetivos: descrever a experiência com uma modalidade de mamoplastia oncoplástica inédita, chamada duplo pedículo independente. **Métodos:** entre outubro de 2008 a janeiro de 2011, foram incluídas sete pacientes da clínica privada com tumores em quadrantes superiores, as quais foram informadas do caráter experimental da cirurgia e assinaram o termo de consentimento informado. A marcação pré-operatória seguiu a da mamoplastia convencional, em T invertido. A margem macroscópica foi de pelo menos 2 cm. A aréola foi mantida pelo pedículo medial ou lateral, que permitiu o melhor acesso ao tumor. Foi confeccionado um pedículo inferocentral extenso para preencher o defeito. Colocou-se um clipe metálico para orientar a radioterapia e a outra mama foi simetrizada. **Resultados:** a média de idade foi de 52,14 (+ 9,63) anos. A mediana do tamanho tumor foi de 44,14 mm (25 a 80 mm). A mediana do grau de ptose mamária foi igual a 2 (1 a 3). A média de satisfação, de 0 a 10, pela paciente, foi de 6,43 (+ 0,79) no pré-operatório, e de 8,43 (+1,90) no pós-operatório. Foi escolhido o pedículo medial em quatro (57,10%) casos e o lateral, em três (42,90%). O carcinoma ductal invasor foi o tumor mais frequente. Uma paciente era tabagista e três eram hipertensas. Uma paciente com fibrilação atrial apresentou um hematoma volumoso, foi reoperada, evoluindo com deiscência parcial da

sutura. Houve um caso de leve sofrimento parcial da aréola. Duas pacientes foram submetidas à mastectomia e reconstrução, após a descoberta de tumor multicêntrico. Não houve necrose gordurosa ou recidiva. A média do seguimento foi de 11,29 (+9,90) meses. Conclusões: a nova técnica possibilitou a conservação mamária em situações difíceis, com correção da ptose e melhora da satisfação.

033

MARCAÇÃO COM AZUL PATENTE E AR COMO UMA ALTERNATIVA AO ROLL E À MAMOTOMIA PARA RESSECÇÃO DE LESÕES IMPALPÁVEIS DE MAMA

Sabas Carlos Vieira; Marcus Luciano Lopes de Paiva Crisanto; Emmyle Cristyne Alves Soares; Tayná Cristinne Barros de Oliveira; Viviane Carvalho Alves; Jacira Oliveira Ibiapina

Objetivos: o presente estudo avaliou uma alternativa à ressecção de lesões impalpáveis de mama, utilizando marcação com corante azul patente e ar. Métodos: estudo descritivo de casos consecutivos, de janeiro de 2009 a novembro de 2010, com diagnóstico mamográfico de lesões impalpáveis de mama classes BI-RADS III, IV e V com indicação para estudo histológico. As pacientes se submeteram à injeção de azul patente, orientada por estereotaxia e ultrassonografia ou somente ultrassonografia para marcação da lesão impalpável. O tempo entre a injeção do corante e a realização da cirurgia foi em média de 2 horas e 43 minutos. Resultados: foram estudadas 66 pacientes. A idade variou de 34 a 72 anos, com média de 48. Os nódulos representaram 53,1% das anormalidades; as microcalcificações, 37,5% e os cistos complexos, 9,4%. Em 84,4% dos casos, as lesões eram BI-RADS IV; 6,2%, BI-RADS III e 9,4%, BI-RADS V. Não foram encontradas neoplasias em 12,5% dos casos; em 57,8%, foram encontradas neoplasias benignas; em 9,4%, hiperplasia atípica. Neoplasias malignas foram encontradas em 20,3% dos espécimes cirúrgicos. Destes, 53,85% eram carcinoma *in situ* e 46,15%, invasor. Nenhuma lesão BI-RADS III era maligna. Dentre as lesões BI-RADS IV, o percentual de câncer foi de 10,9% e, dentre as BI-RADS V, 100%. Dos casos de câncer, nenhum foi reoperado para ampliar a margem de ressecção. Conclusões: a ressecção de lesão impalpável de mama foi possível em todas as lesões, não sendo necessário reoperação nos casos de neoplasia maligna.

034

MASTECTOMIA COM PRESERVAÇÃO DO COMPLEXO ARÉOLO-PAPILAR: APRESENTAÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS

Sabas Carlos Vieira; Ana Lúcia Nascimento Araújo; Theodoro Ribeiro Gonçalves Neto; Ravena Fontenele Belchior Cabral

Introdução: a mastectomia preservadora do complexo aréolo-papilar consiste em adenectomia terapêutica por via subcutânea e possibilita a reconstrução imediata do corpo mamário de

forma adequada. A seguir, são apresentadas três pacientes que se submeteram ao complexo aréolo-papilar, com reconstrução imediata. Descrição dos casos: a primeira paciente, 50 anos, apresentava tumor em mama direita T1N0M0, cuja biópsia identificou carcinoma ductal invasivo G3. Foi submetida ao complexo aréolo-papilar, à pesquisa de linfonodo sentinela, à reconstrução imediata com músculo grande dorsal e prótese e posterior quimiorradioterapia adjuvante. Uma outra, de 33 anos, apresentava tumor em mama esquerda T2N0M0, do tipo carcinoma ductal invasivo G2. Também submeteu-se ao complexo aréolo-papilar, à pesquisa de linfonodo sentinela e à reconstrução imediata com retalho do grande dorsal e prótese. Também realizou quimiorradioterapia adjuvante. A terceira paciente, 52 anos, apresentava tumor em mama direita T2N0M0, de tipo carcinoma ductal infiltrante G1. Submeteu-se também ao complexo aréolo-papilar, à retirada de linfonodo sentinela, à reconstrução imediata com grande dorsal e prótese e posterior quimioterapia adjuvante. As três pacientes apresentam ausência de doença em atividade no seguimento, mas as duas últimas evoluíram com necrose de aréola, resolvidas com colocação de enxerto. Comentários: o complexo aréolo-papilar tem sido utilizado no tratamento do câncer de mama em estágio inicial, devido à baixa taxa de recidiva local em comparação com outras formas de mastectomia e com resultado estético superior a outras formas de reconstrução, devido à conservação da pele e do tecido submamário. Essa técnica permite evitar o trauma da mastectomia radical e operações subsequentes para reconstrução mamária secundária.

035

MASTECTOMIA PRESERVADORA DE PELE: APRESENTAÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS

Ana Lúcia Nascimento Araújo Sabas; Carlos Vieira; Theodoro Ribeiro Gonçalves Neto; Ravena Fontenele Belchior Cabral; Rafael Bandeira Lages

Introdução: a mastectomia preservadora de pele preserva parte considerável do envelope cutâneo, tornando possível a reconstrução imediata do corpo mamário simétrico e bastante natural. A seguir, são apresentadas três pacientes que se submeteram à mastectomia preservadora de pele, com reconstrução imediata. Descrição dos casos: a primeira paciente, 64 anos, apresentava tumor em mama esquerda T2N0M0, cuja biópsia identificou carcinoma ductal invasivo G3. Foi submetida à mastectomia preservadora de pele sem preservação do complexo aréolo-papilar, pesquisa de linfonodo sentinela, reconstrução imediata com músculo grande dorsal e prótese e posterior quimiorradioterapia adjuvante. Uma outra, de 52 anos, também apresentava tumor em mama esquerda T2N0M0, do tipo carcinoma ductal invasivo G2. Também submeteu-se à mastectomia preservadora de pele (sem preservação do complexo aréolo-papilar), pesquisa de linfonodo sentinela e reconstrução imediata com

retalho do grande dorsal e prótese. Apresentou seroma de retalho de grande dorsal, que foi resolvido por punção. Também realizou quimioterapia adjuvante. A terceira paciente, 57 anos, apresentava tumor em mama direita T2N0M0, de tipo carcinoma ductal infiltrante G2. Submeteu-se também à mastectomia preservadora de pele (sem preservação do complexo aréolo-papilar), retirada de linfonodo sentinela, reconstrução imediata com grande dorsal e prótese e posterior quimioterapia adjuvante. As três pacientes apresentam ausência de doença em atividade e bom aspecto de mama reconstruída, sem intercorrências, há 16, 23 e 11 meses, respectivamente. Comentários: a mastectomia preservadora de pele vem sendo integrada ao arsenal de opções cirúrgicas no tratamento de câncer de mama, e sua segurança oncológica parece estar bem estabelecida, apresentando baixas taxas de recorrência local.

036 MELANOMA METASTÁTICO PARA A MAMA: RELATO DE CASO

Ailton Joioso; Fernando Vequi Martins; João Ricardo Auler Paloschi; José Roberto Fígaro Caldeira; André Augusto Curty Romero Veloso
Introdução: depósitos metastáticos à mama são raros, com uma incidência de 0,5 a 2% das malignidades mamárias. Os melanomas metastáticos mamários são vistos, à imagem, como nódulos circulares e bem delimitados, o que ocasionalmente os indistingue de lesões benignas. A história passada de melanoma é fundamental no diagnóstico, realizado por punção aspirativa por agulha fina ou biópsia de fragmento (*core biopsy*). O tratamento inclui cirurgia e/ou suporte sistêmico. Descrição do caso: relatou-se o caso de uma mulher de 52 anos, com lesão em dorso desde o nascimento, que havia sangrado há dois meses. Ao exame realizado pela dermatologista em nosso hospital, viu-se um nódulo em região escapular direita, medindo 8x3 cm. A exérese revelou melanoma maligno e metástases nos dois linfonodos sentinela axilares à direita, com ausência de metástases nos demais 13 linfonodos dissecados. Como adjuvância, realizou-se terapêutica com interferon. Onze meses após a cirurgia, observou-se nódulo mamário à esquerda, medindo 5x3 cm, com mamografia BI-RADS 4, sendo encaminhada ao nosso serviço, onde realizou-se *core biopsy*, com resultado de melanoma maligno metastático. Foi feita mastectomia radical com linfadenectomia axilar esquerda, que confirmou o diagnóstico, com metástases em 3 dos 31 linfonodos. Realizou-se quimioterapia e interferon adjuvantes e, após cinco meses, apresentou-se com múltiplas metástases sistêmicas, falecendo em quatro meses. Comentários: concluiu-se que o melanoma metastático para a mama não deve ser esquecido frente a uma paciente com nódulo mamário e antecedente de melanoma, diferenciando-o entre tumor primário e doença metastática, com implicações significativas ao prognóstico e tratamento.

037 METÁSTASE RENAL DE CÂNCER DE MAMA: RELATO DE CASO

André Augusto Curty Romero Veloso; João Ricardo Auler Paloschi; Ailton Joioso; Fernando Vequi Martins; José Roberto Fígaro Caldeira
Introdução: os sítios mais frequentes de metástases sistêmicas de câncer de mama são: ossos, pulmões, fígado, encéfalo, ovários e pele. A metástase renal é infrequente, e a literatura revela o subtipo histológico lobular infiltrativo como mais comum de enviar células ao rim. Se sítio único, o tratamento é cirúrgico, com quimioterapia adjuvante e radioterapia complementar à cirurgia para as lesões residuais ou infiltração de estruturas adjacentes irressecáveis. O diagnóstico de metástase renal está associado ao pior prognóstico. Descrição do caso: apresenta-se o caso de uma mulher de 63 anos, com passado de câncer de mama esquerda do subtipo lobular invasivo (estadiamento patológico T2N1M0, IIb), tratado há sete anos (mastectomia radical com linfadenectomia axilar, com quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia adjuvantes). Apresentava-se, em seguimento, quando, por lombalgia aguda a esclarecer, realizou tomografia de abdômen revelando pequena massa nodular sólida cortical exofítica no polo superior do rim esquerdo, sendo encaminhada ao setor de urologia em nosso hospital. Após novo rastreamento oncológico não evidenciar outra alteração, foi realizada exérese da lesão renal esquerda, com resultado de carcinoma metastático, provável lobular mamário, confirmado pela imunoistoquímica. Dois meses após a cirurgia, surgiram múltiplas lesões metastáticas em coluna lombar e pulmões, sendo o motivo do óbito da paciente um mês depois. Comentários: concluiu-se que a metástase renal de câncer de mama é rara, principalmente quando oligossintomática e não-associada a outros focos metastáticos, mas deve ser considerada em pacientes com massa renal e história pregressa de neoplasia mamária, sobretudo do tipo lobular invasivo.

038 MUDANÇAS NAS TAXAS DE MASTECTOMIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELO HORIZONTE AO LONGO DE 20 ANOS (1989 A 2008)

Débora Balabram; Fábio Braga Araújo; Simone Souza Porto; Joyce Soares Rodrigues; Átila da Silva Souza; Arminda Lucia Siqueira; Helenice Gobbi
(Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil).

Objetivos: avaliar as mudanças nas taxas de mastectomia e cirurgia conservadora para tratamento do câncer de mama no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, durante 20 anos, e os fatores relacionados a estas mudanças. Métodos: dados patológicos e tipos de cirurgias mamárias foram obtidos dos laudos de exames patológicos de pacientes tratadas entre 1989 e 2008, calculando-se as taxas de mastectomia e cirurgia conservadora. O teste do χ^2 foi usado

para comparar fatores associados ao tipo de tratamento empregado e às mudanças ao longo do tempo. Para análise multivariada, usou-se um modelo de regressão logística binária. Resultados: de 1989 a 2008, 2.050 espécimes cirúrgicos de câncer de mama foram recebidos, correspondentes a 1.973 pacientes; 1.324 (64,6%) corresponderam à mastectomia e 726 (35,4%) à cirurgia conservadora. Ao longo dos anos, a cirurgia conservadora se tornou mais frequente ($p < 0,001$). Em 1989, 82,2% dos casos foram tratados com mastectomia e, em 2008, a proporção mudou para 46,9% dos casos. Em análise multivariada, ano mais precoce da cirurgia, maior tamanho tumoral, ter axila acometida e ter idade maior de 68 anos foram preditores de mastectomia. Conclusões: houve mudança nos tipos de cirurgias empregados ao longo dos anos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais para tratamento do câncer de mama, podendo refletir a consolidação do tratamento conservador do câncer de mama e o diagnóstico mais precoce da doença. Porém, nossas taxas de mastectomia são ainda superiores às atualmente observadas em países desenvolvidos. Apoio: CNPq, CAPES, FAPEMIG.

039

NOVA PERSPECTIVA PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CARCINOMA MAMÁRIO LOCALMENTE AVANÇADO

Angelo Gustavo Zucca Matthes; Gilberto Uemura; Carlos Gustavo Crippa; Raphael Luiz Haikel; Ligia Maria Kerr; Ana Carolina Crozzeria; Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira; René Aloísio da Costa Vieira.

Breast Unit – Sennonetnetwork – Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, São Paulo, Brasil.

Introdução: o câncer de mama localmente avançado ainda é comum em países em desenvolvimento. A quimioterapia neoadjuvante permite a conversão de tumores extensos em operáveis. A cirurgia oncológica adiciona novas técnicas para o tratamento conservador da mama. Objetivos: analisar as indicações de cirurgia conservadora para carcinoma mamário localmente avançado de pacientes submetidas à quimioterapia neoadjuvante. Métodos: este ensaio clínico, prospectivo (www.clinicaltrials.gov, NCT00820690) incluiu mulheres portadoras de câncer de mama, estágio clínico III, submetidas a regime de quimioterapia neoadjuvante. As pacientes foram submetidas à dermatopigmentação no pré-operatório para determinar as dimensões clínicas do tumor. Exames físicos e radiológicos controlavam o tamanho do tumor. Cirurgias oncológicas foram oferecidas de acordo com a análise de vários dados antes e depois da quimioterapia neoadjuvante. O planejamento cirúrgico envolveu toda a área anteriormente marcada pela tatuagem, independente da resposta do tumor. Uma análise detalhada do espécime patológico foi realizada. As pacientes foram seguidas por radioterapia após a cirurgia. CEP 135/2008; 210/2009. Resultados: cin-

quenta pacientes foram avaliadas e tratadas cirurgicamente. O tamanho do tumor variou de 3,0 a 14,0 cm (média de 6,5 cm). A resposta patológica foi classificada como estável, resposta progressiva parcial, e resposta completa em 18, 10, 68 e 4 dos casos, respectivamente. Dezesete (34%) pacientes foram submetidas a tratamento conservador da mama. Nenhuma paciente apresentou margens positivas. Envolvimento da pele foi apresentado em 36% da amostra patológica. Conclusões: técnicas de oncológica podem aumentar as taxas de tratamento conservador da mama para as pacientes selecionadas, apesar de grandes tumores localmente avançados. Acompanhamento dessas pacientes será importante para obter informações adicionais no futuro.

040

ONCOPLASTIA MAMÁRIA: CONCEITOS, LIMITES E HABILITAÇÃO

Douglas de Miranda Pires; Clécio Ênio Murta de Lucena; João Augusto Pereira do Amaral; Annamaria Massahud Rodrigues dos Santos; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Mauro Henrique Muniz Goursand; Renice Elias Fontes Valadares; Patrícia Aguiar Bellini (Clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil).

Objetivos: definir os conceitos de Oncoplastia Mamária, os limites técnico-ético-legais do mastologista e a habilitação recomendada para aqueles que a executam. Métodos: baseado nas premissas emanadas do Simpósio de Oncoplastia em Vale dos Vinhedos, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Mastologia, foram levantados dados junto ao Conselho Federal de Medicina, à Sociedade Brasileira de Mastologia e ao Supremo Tribunal de Justiça, a fim de avaliar-se quais seriam as definições em que se enquadram o tratamento cirúrgico do câncer de mama, aplicando-se: as técnicas de oncoplastia mamária pelo mastologista, os limites a sua atuação, as implicações técnico-ético-legais em sua execução e a habilitação recomendada aos seus realizadores. Resultados: as premissas *in caput* deste trabalho foram cruzadas em todos os níveis de implicação técnico-ético-legais, para que se pudesse chegar às recomendações presentes neste trabalho. Conclusões: pelo estudo realizado, a área de atuação na recente oncoplastia mamária pelo mastologista está respaldada legalmente, tanto pelos Órgãos de Classe quanto pelo pela jurisprudência em Direito, evidentemente desde que os pressupostos legais para sua atuação sejam aplicados, não cabendo a qualquer Sociedade de Especialidade Médica sobrepor-se a estas normas, procurando restringir ou desqualificar seus atores, numa evidente tentativa de restrição do mercado de trabalho.

041

ONCOPLASTIA MAMÁRIA: MASTECTOMIA PRESERVADORA DE PELE E CAP

Douglas de Miranda Pires; Clécio Ênio Murta de Lucena; João Augusto Pereira do Amaral; Annamaria Massahud Rodrigues dos

Santos; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Mauro Henrique Muniz Goursand; Renice Elias Fontes Valadares; Patrícia Aguiar Bellini (Clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil).

Objetivos: análise retrospectiva do tratamento do câncer de mama, com a utilização das técnicas de oncoplastia mamária na Clínica de Mastologia, da Santa Casa de Belo Horizonte, com preservação de pele e complexo aréolo mamilar. Métodos: no período de seis anos, foram realizadas, utilizando as diversas técnicas de oncoplastia mamária, 326 cirurgias para tratamento do câncer de mama, além do aprimoramento e da associação destas técnicas. Dentre as técnicas utilizadas, foram reunidas em grupos distintos, conforme critérios descritos anexo, aquelas pacientes elegíveis para serem submetidas a tratamento cirúrgico de mastectomia com preservação de complexo aréolo mamilar e/ou pele. Resultados: foram utilizadas, no período analisado, as técnicas de oncoplastia mamária com utilização de tecido autólogo, transposição de retalhos, implantes mamários, bem como o aprimoramento das mesmas e inovação em algumas, com resultados oncoestéticos adequados ao esperado pelo autor e surpreendentemente agradável do ponto de vista das clientes. Dentre estas técnicas, os melhores resultados oncoestéticos foram obtidos utilizando-se a chamada mastectomia preservadora de pele e CAP. Conclusões: apesar da ainda controversa questão da radicalidade da cirurgia mamária para o tratamento do câncer, o que se observou neste trabalho foi a total segurança e confiabilidade das técnicas preservadoras de pele e do complexo aréolo mamilar.

042 ONCOPLASTIA MAMÁRIA: SANTA CASA DE BELO HORIZONTE – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 326 CASOS

Douglas de Miranda Pires; Clécio Ênio Murta de Lucena; João Augusto Pereira do Amaral; Annamaria Massahud Rodrigues dos Santos; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Mauro Henrique Muniz Goursand; Renice Elias Fontes Valadares; Patrícia Aguiar Bellini (Clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil).

Objetivos: análise retrospectiva do tratamento do câncer de mama, com a utilização das técnicas de oncoplastia mamária na Clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Métodos: baseado na percepção íntima de que, apesar dos resultados oncológicos favoráveis até a época, não eram satisfatórios do ponto de vista estético e psicológico e, fortemente influenciado pelos resultados apresentados no Congresso Brasileiro de Mastologia 2005, o autor implantou neste serviço as técnicas de oncoplastia mamária, com pragmatismo e persistência, não obstante a resistência e descrença inicial dos próprios mastologistas e de outros especialistas de áreas afins. No período de seis anos, foram realizadas, utilizando as diversas técnicas de

oncoplastia mamária, 326 cirurgias para o tratamento do câncer de mama, além do aprimoramento, bem como a associação, destas técnicas. Resultados: foram utilizadas, no período analisado, as técnicas de oncoplastia mamária com utilização de tecido autólogo, transposição de retalhos, implantes mamários, bem como o aprimoramento das mesmas e inovação em algumas, com resultados oncoestéticos adequados ao esperado pelo autor e surpreendentemente agradável do ponto de vista das clientes. Conclusões: a oncoplastia mamária há muito deixou de ser conceitual e tornou-se essencial ao tratamento do câncer de mama, vislumbrando-se sua obrigatoriedade na formação do mastologista moderno.

043 PROGRAMA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS (CÂNCER DE MAMA) DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN: ANÁLISE CRÍTICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO EM UM ANO DE PROJETO

Paulo Gustavo Tenorio do Amaral; Karina Helena Okajima;

Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: o Programa para Pacientes Oncológicos do Hospital Israelita Albert Einstein consta em assistência filantrópica e tratamento multiprofissional do câncer de mama para a população da zona Sul da cidade de São Paulo. Métodos: foram avaliados dados epidemiológicos de pacientes do Programa para Pacientes Oncológicos, as quais foram submetidas à cirurgia de agosto de 2009 a agosto de 2010. Resultados: vinte e cinco pacientes foram submetidas a tratamento cirúrgico. A média etária foi de 56,3 anos (35 a 80 anos). 60% eram da raça parda; 15%, negra e 15%, branca. Em 24 casos, o câncer manifestou-se como nódulo e, em 1 caso, como microcalcificação pleomórfica. O diagnóstico anatomopatológico foi realizado em três casos com mamotomia e, em 22 casos, com *core-biopsy*, sendo 22 de carcinoma ductal invasivo e 3 de carcinoma ductal *in situ*. Encontrou-se um tamanho tumoral médio de 1,87 cm (1,2 a 3,2 cm). Quanto ao estadiamento, três pacientes se apresentavam em estágio 0; cinco em estágio I, dez em estágio IIa, três em estágio IIb e quatro em estágio IIIa. Cinco pacientes iniciaram o tratamento com quimioterapia neoadjuvante, sendo que duas delas apresentaram resposta patológica completa. O tratamento cirúrgico adotado nas pacientes foi a mastectomia em 13 casos e a cirurgia conservadora em 12. Em relação à cirurgia axilar, 60% dos casos foram submetidos à linfonodectomia radical e 40% à biópsia do linfonodo sentinela. A reconstrução mamária foi realizada em 18 pacientes. Conclusões: em um ano de atividade do Programa para Pacientes Oncológicos, as pacientes atendidas apresentaram características semelhantes aos dados epidemiológicos encontrados na literatura. Observa-se também um tratamento cirúrgico completo, envolvendo a realização de reconstrução mamária em grande parte dos casos.

044

PRÓTESE DE SILICONE SUBGLANDULAR EVITANDO O ENVOLVIMENTO, POR CONTIGUIDADE, DO MÚSCULO PEITORAL MAIOR NO CÂNCER DE MAMA

Décio Luís Portella de Campos; Newton Jose Borba Canicoba; Mariana Carmezim Beldi; Luiz Antonio Guimarães Brondi; Hamilton Aleardo Gonella.

(Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Sorocaba, São Paulo, Brasil).

Introdução: mulheres em todo o mundo receberam implantes mamários de silicone, mas ainda há controvérsia quanto aos efeitos a longo prazo. Tem sido muito questionado o potencial carcinogênico do silicone e se sua presença pode ou não retardar o diagnóstico do câncer de mama, por interferir com a interpretação mamográfica. Métodos: foram descritos dois casos de pacientes com carcinoma ductal invasivo, nos quais o implante mamário de silicone evitou o comprometimento dos músculos peitorais. A primeira paciente apresentava tumor na mama direita há um ano, localizado no quadrante superoexterno, estágio clínico IIA (T2N1Amo). Seu implante mamário foi realizado há cinco anos com silicone submamário. A paciente foi submetida a quatro ciclos de quimioterapia neoadjuvante (adriamicina e ciclofosfamida), mas não apresentou resposta com o tratamento. Foi submetida à mastectomia radical modificada (Madden). Apresentava invasão tumoral até junto ao implante mamário de silicone, que impediu o comprometimento da musculatura por contiguidade. Foi submetida à quimioterapia adjuvante e continua em acompanhamento sem manifestação da doença (local e à distância). A segunda paciente, com tumor em quadrante central da mama direita, sem quimioterapia pré-operatória, foi submetida à mastectomia radical modificada, tendo sido observado o mesmo que o anterior: o carcinoma invadia o parênquima mamário até junto a prótese (colocada há dez anos), a qual impediu o comprometimento da musculatura adjacente. A mesma continua sob controle sem manifestação da doença. Conclusões: o implante mamário de silicone, nestas pacientes, impediu que o tumor atingisse a musculatura adjacente, evitando assim, uma mastectomia mais agressiva, sem necessidade da retirada dos músculos peitorais.

045

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM LIPOENXERTIA APÓS MASTECTOMIA: RELATO DE CASO

Jorge Villanova Biazus; Nilton Xavier; José Antonio Crespo Cavalheiro; Rodrigo Cericatto; Fernando Schuh; Ângela Ceconello Parizotto; Camile Cesa Stumpf; Tiago Selbach Garcia (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil).

Introdução: a técnica de enxerto autólogo de gordura para fins reparadores se iniciou em 1893, mas somente nos últimos anos seu emprego tem ganhado espaço na cirurgia de mama. Em

1997, Coleman criou o termo lipoestrutura (no inglês, *lipo-filling*) e preconizou que as grandes quantidades de enxerto gorduroso autólogo deveriam ser implantadas em pequenas parcelas no tecido subcutâneo, a fim de garantir a vitalidade e a viabilidade do mesmo. Objetivos: relatar o caso de uma paciente submetida à reconstrução mamária pós-mastectomia, apenas com lipoenxertia, no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Métodos: paciente de 57 anos submetida à mastectomia radical modificada à esquerda em 2006 e, posteriormente, submetida a duas tentativas de reconstrução com prótese, complicadas por extrusão e processo infeccioso tardio. Desde 2010, então, iniciou-se processo de reconstrução com enxerto autólogo. Foram realizados quatro procedimentos de lipoenxertia, em intervalos de cerca de quatro meses entre cada um, com injeção total de 800 mL de tecido rico em pré-adipócitos, obtido após centrifugação do tecido adiposo aspirado e descarte das fases oleosa e sanguínea, apresentando, como resultado final, uma ótima consistência mamária, volume adequado e simétrico à mama contralateral. Conclusões: a mama reconstruída somente com lipoestrutura proporciona uma consistência mais natural às mamas, além da ausência de rejeição. O caso relatado demonstra a reconstrução do volume total da mama em quatro tempos, sendo, então, uma ótima alternativa nas cirurgias reconstrutoras.

046

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA DE LEIOMIOSARCOMA GIGANTE COM A APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE MAMOPLASTIA

Lise Reis Melo; Juliana Zabukas de Andrade; Adriana Rochetto Assalin; Adriana Akemi Yoshimura; Felipe Eduardo de Andrade; Marcelo Moura Costa Sampaio; Beatriz Baaklini Gerônimo; Alfredo Carlos Simões Dornellas de Barros

Introdução: o leiomiossarcoma constitui tipo histológico raro dentre os sarcomas, que correspondem a menos de 1% das neoplasias primárias de mama. Este tumor apresenta comportamento biológico menos agressivo do que outros tipos de sarcomas, mas seu crescimento ocorre de forma mais rápida. A reconstrução mamária faz parte do tratamento integral da paciente portadora de câncer de mama. Descrição do caso: Paciente NAA, 44 anos, sexo feminino, encaminhada à Filantropia do Núcleo de Mastologia do Hospital Sírío Libanês (área de Responsabilidade Social) por tumoração em mama direita há dois anos, cujo diagnóstico histológico realizado no serviço de origem foi de neurofibroma. A revisão das lâminas caracterizou proliferação celular muscular benigna. À mamografia, nódulo de 2,0x1,1 cm isodensito, regular, com contornos parcialmente obscurecidos na mama esquerda (BI-RADS 0) e, à ultrassonografia, nódulo hipoeocênico de 1,6 cm em mama esquerda, cuja biópsia de fragmento diagnosticou fibroadenoma. A paciente foi submetida à ressecção tumoral em mama

direita e reconstrução mamária imediata, com a aplicação de técnicas de mamoplastia e simetrização contralateral, por meio de mamoplastia redutora. Foi utilizada técnica do pedículo inferior bilateralmente. A avaliação patológica intraoperatória foi compatível com lesão benigna. O exame anatomopatológico da tumoração de 30x20x15 cm na mama direita, com 5.765 g, constatou um tumor *phylloides* maligno com componente estromal de leiomiossarcoma, com margens livres, e fibroadenoma hialinizado à esquerda. Paciente foi encaminhada para tratamento radioterápico adjuvante. Comentários: o conhecimento das técnicas de mamoplastia tornou possível a reconstrução mamária imediata no presente caso, proporcionando um resultado estético satisfatório com adequada segurança oncológica.

047 RELATO DE CASO: EPITELIOMA CALCIFICANTE DE MALHERBE EM HOMEM

Paulo Gustavo Tenorio do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: o pilomatricoma, ou epiteloma calcificante de Malherbe, é uma neoplasia benigna com origem provável na porção matricial do folículo piloso. Sua gênese está relacionada a mutações no gene CTNBN1, o qual codifica a beta-catenina, que atua como sinalizadora para diferenciação e proliferação celular. Representa 0,12% dos tumores de pele. Descrição do caso: paciente de 67 anos, sexo masculino, refere nódulo endurecido e hiperemiado em mama esquerda há dois meses. Nega antecedentes pessoais e familiares. Refere trauma em hemitórax esquerdo há um ano, sem outras repercussões. Ao exame físico, apresentava nódulo palpável, endurecido, medindo 3 cm em região retroareolar à esquerda, associado com linfonodos móveis de até 2 cm em região axilar à esquerda. Realizou-se mamografia que constatou nódulo indistinto com calcificações heterogêneas em seu interior. Ao ultrassom, apresentava o mesmo nódulo como sólido, lobulado, heterogêneo e com aumento da vascularização local. Diante da possibilidade de carcinoma, foi submetido à biópsia excisional, tendo como diagnóstico pilomatricoma. Conclusões: apesar de ser uma neoplasia benigna, o pilomatricoma pode ser erroneamente diagnosticado como carcinoma. O diagnóstico pré-cirúrgico é quase sempre difícil, especialmente em idosos. O achado de material queratinoso na PAAF pode ser mal interpretado como carcinoma. O tratamento padrão é a ressecção do tumor.

048 RESSECÇÃO DE PAREDE TORÁCICA EM TUMOR DE MAMA RECIDIVADO E REFRAATÓRIO À TERAPIA SISTÊMICA: RELATO DE CASO

Ana Clara Araujo Costa; Roberta Pinter Lacerda; Ruffo de Freitas-Júnior; Nilceana Maya Ayres de Freitas; Miguel Angel Corrales Coutinho; Luis Fernando Pádua de Oliveira; Aloisio Garcia de Souza;

Leonardo Magalhães Cavalcante
(Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).

Introdução: o tratamento do câncer da mama localmente avançado, bem como recidiva local, ainda é motivo de discussão, devendo basear-se em terapêutica sistêmica e local. Trata-se de uma entidade muito heterogênea, com a necessidade de individualização de cada caso. Descrição do caso: VBS, 36 anos, puérpera, refere nódulo na mama direita notado durante a gestação há seis meses. Ao exame físico, apresentava nódulo no quadrante superior externo de 9,0x8,5 cm com hiperemia, Peau d'orange e um linfonodo axilar ipsilateral palpável. Na *core biopsy*, carcinoma ductal infiltrante com receptores hormonais negativos. Sem evidências de metástases. A paciente foi submetida à quimioterapia neoadjuvante, a dois ciclos de adriamicina e à ciclofosfamida. Houve progressão da doença. Feito um ciclo paclitaxel e carboplatina, progredindo com ulceração e aumento de volume. Troca do quimioterápico para capecitabina e radioterapia concomitante, com resposta parcial. Realizou-se mastectomia radical modificada à direita com retalho de avanço abdominal. Sete meses após, evoluiu com recidiva em plastrão com dor incapacitante. Portanto, iniciou-se um ciclo de gemcitabina e cisplatina com progressão de lesão até ulceração e invasão da caixa torácica. Posteriormente, submeteu-se à radioterapia com pouca resposta. Foi realizada exérese de tumor por toracotomia anterior com secção de cinco costelas, pericardiotomia parcial, fechamento com tela de Mårlex e rotação do músculo peitoral maior esquerdo. Segue em acompanhamento no serviço sem dor. Comentários: o tratamento local agressivo deve ser considerado em pacientes jovens e com bom estado geral, visto que essas pacientes podem se beneficiar e ter melhora da qualidade de vida, sobretudo quando há refratariedade ao tratamento sistêmico.

049 RESULTADO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM QUADRANTECTOMIA TRADICIONAL VERSUS ONCOPLASTIA EM UMA MESMA PACIENTE EM ÉPOCAS DIFERENTES

Felipe Sá Ferreira; Antonio Soares Safar; Luís Guilherme Scaliante
O presente caso tem por objetivo mostrar o resultado do tratamento cirúrgico conservador do câncer de mama em diferentes épocas. No primeiro evento, em 1995, a paciente teve carcinoma ductal invasor em mama direita, classificação T2N1M0 (estádio IIB), e foi tratada com quadrantectomia tradicional, linfadenectomia axilar, radioterapia e quimioterapia. Apresentou resultado estético desfavorável, com perda de volume da mama, desvio do complexo aréolo-papilar e assimetria importante da mama operada. A mama esquerda não apresentava alteração e não foi realizado algum procedimento. Após cinco anos de TMX, foi orientada para controle anual. Em

2011, foi acometida de novo câncer, agora na mama esquerda. Um tumor de 2,3 cm, no quadrante inferoexterno, com axila clinicamente negativa e estadiamento negativo (classificação T2N0M0 – estágio IIA). Foi submetida a tratamento conservador com técnica de oncoplastia (abordagem pedículo superior – técnica de Strombeck), com biópsia do linfonodo sentinela, quimioterapia e radioterapia adjuvantes. O resultado cosmético da segunda cirurgia foi consideravelmente superior, mantendo a forma adequada da mama, os conceitos oncológicos de margens livres, corrigindo a ptose existente e trazendo satisfação para a mulher imensurável, com a preservação de sua autoestima, feminilidade e confiança. A mama direita, que se mostrava ‘deformada’ e nunca despertou a vontade de correção pela paciente, agora será submetida a um tratamento reconstrutivo para melhorar o resultado final, por desejo da paciente. Portanto, as novas abordagens, utilizando o conceito de oncoplastia no tratamento do câncer de mama, estão instituídas na prática médica e o mastologista deve dominá-las e trazer maior qualidade de vida às pacientes.

050 UTILIZAÇÃO DO RETALHO INFERIOR COMO TÉCNICA DE ONCOPLASTIA NOS TUMORES LOCALIZADOS NO QUADRANTE CENTRAL E SUPERIOR MAMÁRIO

Darley de Lima Ferreira Filho; Nancy Cristina Ferraz de Lucena Ferreira.

Serviço de Mastologia do Hospital Barão De Lucena – Recife, Pernambuco, Brasil.

Objetivos: avaliar o perfil epidemiológico, as características clínico-patológicas e os resultados estéticos das pacientes submetidas a técnicas de oncoplastia, bem como determinar as complicações cirúrgicas, recorrências e prognósticos dessas pacientes e compará-los com a literatura. Métodos: estudo retrospectivo, descritivo, observacional e transversal de pacientes submetidas à técnica de oncoplastia, no período de janeiro de 2008 até dezembro de 2010. Foram avaliadas 30 pacientes, por meio da análise de prontuários e pacientes. Resultados: todas as pacientes utilizaram o pedículo V de Liacyr, com técnica clássica de Pitangy ou na forma de L de Bozola. O procedimento cirúrgico variou de acordo com o tipo de ressecção da mama, se fosse no quadrante central ou nos superiores. A idade média foi de 42 anos. A raça negra foi encontrada em 37% das pacientes. O tipo histológico mais encontrado foi o carcinoma ductal em 92% das pacientes. O tamanho tumoral T1 e T2 foi evidenciado em 75% das pacientes. A axila estava negativa em 52% das pacientes, e de um a três linfonodos estavam comprometidos, em 24%. Em relação ao estudo da imunoistoquímica, o RE/RP + e HER-2 - foram observados em 40%. O índice de satisfação foi superior a 90%. Até o momento, 84% das pacientes não apresentaram recorrência de recidiva local ou metástase.

Conclusões: a perda ou deformidade mamária implica em uma série de transtornos psíquicos nas pacientes, levando sempre a uma instabilidade emocional. Por isso, é muito importante a reparação anatômica, sempre respeitando os princípios oncológicos em detrimento à estética mamária. Além disso, deve-se seguir os princípios da cirurgia oncológica clássica.

051 VARIAÇÃO TEMPORAL DAS CIRURGIAS MAMÁRIAS REALIZADAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL

Roberta Pinter Lacerda; Régis Resende Paulinelli; Ruffo de Freitas Junior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Luis Fernando Pádua de Oliveira; Ana Clara Araújo Costa; Liza Batista Siqueira; Eduardo Nazareno dos Anjos Carrijo

(Programa de Mastologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).
Objetivos: estudo temporal dos tipos de procedimentos que vêm sendo executados pelo Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Métodos: o estudo é um corte transversal no histórico de cirurgias mamárias realizadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2009. Foram analisados os arquivos do centro cirúrgico e os dados contidos nos prontuários das pacientes. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa. Foram excluídas as cirurgias realizadas para doenças benignas da mama. Os dados obtidos foram estratificados por ano e analisados pelo programa SPSS, versão 15.0. Também foi utilizada a regressão de Poisson e foram consideradas diferenças significantes com $p < 0,05$. Resultados: foram realizadas 403 cirurgias de câncer de mama, no período de 2002 a 2009, com uma média de 50,38 cirurgias por ano. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma ductal invasor, correspondendo a 72,6% dos casos de câncer de mama. A média de idade das pacientes foi 52 anos, a mediana do tamanho do tumor foi 3,0 cm, 29% se encontravam em estádios 3 e 4. Houve um aumento significativo do tamanho do tumor ($p < 0,01$), do estágio clínico ($p = 0,02$) e das indicações de quimioterapia neoadjuvante. Observou-se um aumento significativo das mastectomias ($p = 0,02$; IC95% = -1,5 a 15). Conclusões: nos últimos anos, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, tem ocorrido uma diminuição do diagnóstico precoce do câncer de mama.

DIAGNÓSTICO

052 ACHADOS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO ANGIOSSARCOMA PRIMÁRIO DE MAMA

Lise Reis Melo; Vera Lúcia Nunes Aguiar; Marcos Fernando De Lima Docema; Carla Basso Dequi; Juliana Zabukas

De Andrade; Beatriz Baaklini Gerômyo; Adriana Akemi Yoshimura; Alfredo Carlos Simões Dornelas Barros

Objetivos: descrever os aspectos da ressonância magnética das mamas no angiossarcoma primário de mama. **Métodos:** entre 2008 e 2011, foram identificadas quatro pacientes atendidas na Filantropia do Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio Libanês (área de Responsabilidade Social), com o diagnóstico de angiossarcoma primário de mama. A idade variou de 28 a 58 anos. Essas pacientes foram submetidas à ressonância magnética de campo fechado de 3,0 e 1,5 T, com bobina dedicada e injeção endovenosa do meio de contraste. O diagnóstico histológico foi obtido por biópsia percutânea de fragmento, com predomínio de alto grau histológico. **Resultados:** os achados da ressonância magnética, nos quatro casos estudados, foram semelhantes, com a identificação de tumores bastante vascularizados, heterogêneos e áreas de hemorragia em seu interior. O achado mais frequente foi de nódulo com grandes dimensões, tendo um realce intenso e precoce. As pacientes foram submetidas à mastectomia associada ao esvaziamento axilar nível I, seguida de radioterapia. A ressonância magnética foi o melhor método em prever o tamanho final da lesão em três casos. Em menos de 12 meses, três delas desenvolveram metástase à distância e foram a óbito. **Conclusões:** o angiossarcoma primário constitui tumor raro. A mama é um dos sítios anatômicos mais frequentes desta neoplasia, correspondendo a 8% dos sarcomas neste órgão. A ressonância magnética constitui importante método de imagem, apresentando realce intenso e heterogêneo após injeção do contraste com áreas de hemorragia em seu interior, em todos os casos. A grande utilidade deste método é determinar a extensão pré-operatória da lesão.

053 ADENOCARCINOMA DE LARINGE COM METÁSTASE PARA A MAMA: RELATO DE CASO

Juliana Murteira Esteves Silva; Sandra Marques Silva Gioia; Flávia Luz Felício; Fernanda Maria Braga Marinho; Emanuelle Narciso Alvarez; Lidia Maria Magalhães Cordeiro De Rezende; José Ricardo Conte De Souza

O câncer de laringe representa cerca de 25% dos tumores malignos que acometem a região da cabeça e do pescoço. Mais de 90% é do tipo carcinoma epidermoide, de grau bem, moderadamente ou pouco diferenciado. Tumores carcinoides são raros na laringe, com metástases precoces, principalmente para linfonodos cervicais. O tratamento preconizado é cirúrgico com esvaziamento cervical seletivo ou radical. O risco de recidiva é maior nos primeiros dois anos de seguimento clínico, crucial para detectar recidivas. Paciente do sexo feminino, 59 anos, matriculada no Instituto Nacional de Câncer, em abril de 2009, queixando-se de rouquidão e desconforto orofaríngeo. Ao exame, cavidade oral e orofaringe sem alterações. A laringoscopia evidenciava tumoração infiltrante e insuflante acometendo

prega faringoepiglótica esquerda, provavelmente seio piriforme esquerdo e prega aritenoepiglótica esquerda, além de acometimento de área pós-cricoide. Biópsia de laringe em dezembro de 2009 revelou adenocarcinoma com diferenciação neuroendócrina. Estadiamento clínico T3 N2c M0. Foi submetida à laringectomia total com linfadectomia cervical bilateral, em maio de 2010, e radioterapia adjuvante. Apresentou, em setembro de 2010, nódulo metastático em dorso. Em março de 2011, apresentou nódulo palpável em região retroareolar de mama direita com *core biopsy* com laudo histopatológico: carcinoma neuroendócrino de provável origem metastática com painel imunoistoquímico: AE1/AE3, sinaptofisina, cromogranina e CK7 positivos; GCDF15, RH e HER2 negativos. Diagnóstico final de carcinoma de laringe metastático para mama. Reestadiamento não revelava outros sítios suspeitos. Atualmente, a paciente encontra-se em tratamento quimioterápico. Não há relato na literatura de metástase de adenocarcinoma de laringe com diferenciação neuroendócrina para mama, sendo este o primeiro caso descrito.

054 ADENOCARCINOMA DE OVÁRIO COM METÁSTASE AXILAR: RELATO DE CASO

Flavia Luz Felício; Sandra Marques Silva Gioia; Juliana Murteira Esteves Silva; Fernanda Maria Braga Marinho; Ellyette de Oliveira Canela; Fabiola Procaci Kestelman; Walter Marcos Luiz da Cunha; Rodrigo Motta de Carvalho

O câncer de ovário apresenta como tipo histológico principal o carcinoma epitelial. Há taxa de sobrevida global de 30% em cinco anos, devido ao diagnóstico tardio. A disseminação peritoneal é a forma mais comum e precoce de disseminação do câncer epitelial ovariano, tendo como sítios preferenciais as superfícies da cavidade peritoneal. Disseminações linfáticas e hematogênicas também podem ocorrer mais comumente na doença avançada e em cadeias linfonodais abdominais, pélvicas e para-aórticas. O acometimento de linfonodos supradiaphragmáticos é muito raro. Paciente do sexo feminino, 37 anos, matriculou-se no Instituto Nacional de Câncer em 1998 para investigação de massa pélvica. Foi submetida à histerectomia total abdominal, salpingooforectomia bilateral e omentectomia por adenocarcinoma ovariano papilífero bilateral. A histopatologia revelava metástases peritoneais. Realizou-se quimioterapia adjuvante e acompanhamento clínico subsequente no Serviço de Ginecologia Oncológica. Em 2010, a paciente foi encaminhada ao Serviço de Mastologia por lesão mamográfica suspeita. Mamografia BI-RADS 4A, por nódulo, com microcalcificações no quadrante superolateral da mama direita. Exame clínico normal. A ressonância magnética de mamas foi inconclusiva. Revisão da mamografia elucidada que lesão suspeita na mama direita correspondia a linfonodos com microcalcificações no prolongamento axilar. Foi subme-

tida à biópsia excisional desses linfonodos em 2011. Histopatológico de adenocarcinoma seroso papilífero em linfonodo axilar compatível com origem ovariana. Reestadiamento sem evidência de outros sítios metastáticos. Atualmente em tratamento quimioterápico paliativo com carboplatina e paclitaxel. Quando presentes, as metástases axilares de câncer de ovário podem se apresentar como microcalcificações linfonodais em exames de imagem. Há poucos casos na literatura de metástase axilar de câncer primário de ovário, o que mostra a importância deste caso.

055

ADENOMEGALIA AXILAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

Thiago Zago Ázara; Dayane Clementino Moraes de Cunha; Érika Pereira de Sousa e Silva; Rogério Bizinotto Ferreira; Juarez Antônio de Sousa; Délio Marques Conde; Élbio Cândido de Paula
 Introdução: não é incomum mulheres procurarem o ambulatório de mastologia, queixando-se do aparecimento de massa axilar. A adenomegalia axilar pode estar relacionada a várias causas, incluindo carcinoma oculto de mama, outras neoplasias malignas e doença infecciosas. Descrição do caso: mulher, 64 anos, sem antecedente familiar ou pessoal de câncer de mama. Queixa-se que, há dois meses, iniciou quadro de aumento de volume da axila direita, associado à dor. Ao exame clínico, mamas sem alterações. Na axila direita, à inspeção, apresentava-se aumento de volume; à palpação, tumoração com mobilidade reduzida e paciente referindo dor. A axila esquerda apresentava ausência de alterações palpáveis. Na mamografia, houve ausência de lesões nas mamas e linfonodos em axila direita com aumento de tamanho e densidade (BI-RADS[®] 1). A ecografia mamária mostrava ausência de lesões (BI-RADS[®] 1). A paciente foi submetida à punção aspirativa com agulha fina de linfonodo axilar guiada por ecografia. Citologia demonstrou processo reativo sem sinais de malignidade. Realizou-se biópsia de linfonodos axilares com histologia revelando hiperplasia linfoide atípica, sugestiva de processo linfoproliferativo de grandes células. Imunoistoquímica demonstrou linfoma difuso de grandes células B (70%) com linfoma folicular grau 2 (30%). Realizou-se o estadiamento e a paciente submeteu-se à quimioterapia. Comentários: doenças neoplásicas e não-neoplásicas podem ter como primeira manifestação a adenomegalia axilar. O mastologista deve estar preparado para avaliação de massas axilares, uma vez que é queixa frequente na especialidade e, em muitos casos, é manifestação de doença mamária. É preciso saber quando há indicação de uma biópsia. Dessa forma, evitam-se procedimentos cirúrgicos desnecessários e, simultaneamente, não se retarda o diagnóstico de uma neoplasia maligna.

056

ANÁLISE DE 197 CASOS DE CORE BIOPSY POR ULTRASSOM DE MAMA DO INSTITUTO DA MAMA DE UBÁ

Jackson Roberto de Moura; José do Carmo Lopes Moreira; Tania Maria Baptista Moreira

Estudo retrospectivo dos casos de *core biopsy* por ultrassom de mama, realizado pelo Instituto da Mama de Ubá, em Ubá e região, durante o período de julho de 2007 a julho de 2010, com análise dos dados pelos programas Epi-info e Bioestat. Consta de 197 casos de *core biopsy* por ultrassom, realizados no serviço, sendo analisadas as complicações (hematoma, infecção, perfuração pulmonar, reflexo vasovagal), falso-positivo e falso-negativo. Objetivou-se verificar a segurança e eficiência da técnica realizada pelo serviço. Hematoma pós-*core* ocorreu em sete casos, não tendo necessidade cirúrgica em nenhum deles. Infecção e perfuração pulmonar não ocorreram. Reflexo vasovagal ocorreu em dez casos, não tendo nenhuma necessidade de internação. O falso-positivo foi de 0% em 35 casos. Falso-negativo foi de 0%, em 192. Concluiu-se que há bons resultados para o método, representando uma ótima opção pré-cirúrgica, evitando procedimentos cirúrgicos desnecessários e trazendo uma imensa tranquilidade para o acompanhamento de nódulos palpáveis da mama.

057

ANGIOSSARCOMA DE MAMA: ESTUDO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE NOVE CASOS DIAGNOSTICADOS E TRATADOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Juliana Murteira Esteves Silva; Sandra Marques Silva Gioia; Flávia Luz Felício; Fernanda Maria Braga Marinho; Giselle Maria Vignal; Lidia Maria Magalhães Cordeiro De Rezende; Emanuelle Narciso Alvarez (Instituto Nacional De Câncer – Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).

Objetivos: angiossarcomas de mama são tumores malignos raros, correspondendo a menos de 1% dos sarcomas, podem ser: primários, idiopáticos, secundários à radioterapia ou relacionados ao linfedema congênito ou pós-cirúrgico. O tratamento geralmente é cirúrgico com ou sem adjuvância. O prognóstico é reservado, principalmente para tumores grau 3 pelo alto potencial metastático. Metástases ocorrem mais frequentemente nos ossos, pulmões e fígado. O objetivo deste estudo é relatar a experiência do Instituto Nacional de Câncer dos casos de angiossarcomas de mama, por meio de um estudo clínico-patológico de nove pacientes tratadas entre 1996 e 2011, comparando os resultados encontrados com os da literatura. Quatro casos não foram avaliados por perda de seguimento. Métodos: revisão de prontuários, lâminas de rotina e estudo imunoistoquímico. As variáveis estudadas foram: idade, tamanho do tumor, tempo de latência, grau histológico, limites cirúrgicos e sobrevida. Resul-

tados: média de idade de 56 anos (31 a 76); o tamanho do tumor variou de impalpável a 20 cm (média 8 cm; um não foi avaliado); cinco casos foram primários e quatro secundários (tempo de latência variou de 4 a 34 anos), sendo três de Síndrome de Stewart-Treves. Grau histológico 3 em 44,5%. Os casos tratados cirurgicamente apresentaram limites livres (4 casos). O intervalo entre o diagnóstico do angiossarcoma de mama e o óbito foi de 30 meses, nos casos primários, e 3 nos secundários, em média. Conclusões: assim como na literatura, os casos de angiossarcomas de mama têm prognóstico ruim, evoluindo para óbito em pouco tempo independente do tratamento efetuado.

058

ASPECTOS CLÍNICO-PATOLÓGICOS E EVOLUTIVOS DE UMA SÉRIE DE CASOS DE LESÕES VASCULARES ATÍPICAS DA MAMA

Conceição Maria Fraga Guedes (Universidade Federal De Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil); Helenice Gobbi (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil); Mauro Giuseppe Mastropasqua (Istituto Europeo De Oncologia, Milão, Itália); Edoardo Botteri (Istituto Europeo De Oncologia, Milão, Itália); Alberto Luini (Istituto Europeo De Oncologia, Milão, Itália); Maximiliano Cassilha Kneubil (Istituto Europeo De Oncologia, Milão, Itália); Giuseppe Viale (Istituto Europeo De Oncologia, Milão, Itália).
Objetivos: avaliar as características clínicas, patológicas e evolutivas de uma série de casos de lesões vasculares atípicas da mama e verificar se representam lesão de risco para desenvolvimento de angiossarcomas. Métodos: selecionaram-se os casos de lesões vasculares atípicas diagnosticados no Instituto Europeu de Oncologia, em Milão, no período de 1999 a 2009, analisando-se aspectos clínico-patológicos e evolutivos. Resultados: foram identificados 24 casos de lesões vasculares atípicas, todos secundários à radioterapia prévia da mama. A mediana de idade ao diagnóstico foi de 58 anos e a mediana do tamanho da lesão foi de 0,5 cm. O período de latência entre a radioterapia e o surgimento das lesões vasculares atípicas foi de 49 meses. Pápula cutânea, violácea, única no sítio prévio de irradiação foi a manifestação clínica mais frequente (62,5% dos casos). As lesões vasculares atípicas não infiltravam o subcutâneo e não exibiam proliferação acentuada, atípicas significativas, hemorragias ou mitoses. Infiltrado inflamatório mononuclear foi observado na maioria dos casos. Uma paciente cursou com recidiva local (4,2%) e duas (8,3%) apresentaram angiossarcomas 19 e 89 meses depois no sítio de biópsia prévio. O comprometimento de margens foi associado à evolução desfavorável. Conclusões: os presentes dados não permitem afirmar se as lesões vasculares atípicas são fatores de risco para o desenvolvimento de angiossarcomas ou angiossarcomas subamostrados. A ocorrência de recidiva local e surgimento de angiossarcomas subsequentes sugerem que as lesões vasculares atípicas devam

ser completamente excisadas, com margens cirúrgicas livres, e que as pacientes sejam acompanhadas até que suas histórias naturais sejam melhor elucidadas.

059

AValiação DAS CARACTERÍSTICAS MAMOGRAFICAS DE MICROCALCIFICAÇÕES SUBMETIDAS À BIÓPSIA PERCUTÂNEA

Luciana Gandra Camargo de Barros Oliveira;
Coscia EB; Francisco AA; Ferreira VTR

Objetivos: avaliar características mamográficas de microcalcificações submetidas à biópsia percutânea e correlacionar com o resultado histológico. Métodos: foram avaliados prontuários médicos de 899 pacientes submetidas à biópsia percutânea no período de janeiro de 2010 a fevereiro de 2011. Destas pacientes, 591 haviam feito mamografia. As microcalcificações a serem biopsiadas eram avaliadas e descritas de acordo com os critérios propostos pelo BI-RADS de morfologia e distribuição. Resultados: avaliando-se as características morfológicas das microcalcificações, foram obtidas duas calcificações tipicamente benignas e três heterogêneas grosseiras: 0% de malignidade; 46 calcificações amorfas, 13% carcinoma ductal *in situ*; 6,5% carcinomas invasivos e 4% de hiperplasia ductal atípica. Nas 47 pleomórficas finas: 25,5% carcinoma ductal *in situ*, 12,7% carcinomas invasivos e 4,2% hiperplasia ductal atípica. Entre os 13 casos de finas ramificadas, 7% carcinomas invasivos, 61% carcinoma ductal *in situ* e 15% hiperplasia ductal atípica. Quando considerada a distribuição, encontrou-se 33% carcinoma ductal *in situ* e 33% hiperplasia ductal atípica nas três lesões com distribuição linear. Nas 77 agrupadas, 18% carcinoma ductal *in situ*, 10% carcinomas invasivos e 3% hiperplasia ductal atípica. Nas 12 microcalcificações segmentares, 8% carcinomas invasivos, 16% hiperplasia ductal atípica e 50% carcinoma ductal *in situ*. Dentre as 13 com distribuição regional, 30% carcinoma ductal *in situ*. Conclusões: atualmente, devido ao maior alcance do rastreamento mamográfico e avanço tecnológico dos mamógrafos, detectam-se mais focos de microcalcificações. Concluiu-se que alguns achados morfológicos, como microcalcificações finas ramificadas, têm alta correlação com malignidade, assim como calcificações de distribuição linear. No entanto, grande número de microcalcificações apresenta risco intermediário de malignidade. Estas lesões têm VPP entre 3 e 94% e necessitam de avaliação histopatológica por meio de biópsia percutânea.

060

BLASTOMA MALIGNO DA MAMA: A REALIDADE BRASILEIRA

Cristiano Rodrigues de Luna; Silvio Silva Fernandes;
Luciana Alt Petel; Fabiano Malzac Franco; Luiz Gustavo de Oliveira Bueno; Laura Osthoff; Marco Aurélio de Azambuja Montes; Rosalina Bottino Garcia

Introdução: existem inúmeras campanhas de esclarecimento, por meio de rádio, televisão, eventos esportivos, Internet, à população feminina sobre o exame físico e início do exame radiológico das mamas. Instituições ligadas ao programa do governo também estão engajadas e participam com o trabalho do corpo clínico e agências de *marketing*. **Objetivos:** demonstrar a realidade do diagnóstico do câncer de mama por meio de fotografias realizadas em 2011. **Métodos:** pacientes procuraram este serviço com queixas de alterações mamárias, sendo as principais queixas: dor e aumento de volume mamários. Foram realizadas, sob consentimento, fotografias do aspecto clínico evidenciado no momento da primeira consulta. **Conclusões:** será que as propagandas atingem todas as classes sociais? Caso a resposta seja afirmativa, será que todas as mulheres têm acesso aos exames de mamografia e de ultrassonografia, quando necessário?

061 CARCINOMA DE MAMA MASCULINA MICROPAPILAR INVASIVO

Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Rodrigo Campos Christo; Gustavo Lanza de Mello; Sandra Luiza Silva Figueiredo (Hospital Vera Cruz – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil).

O carcinoma de mama masculina representa cerca de 1% dos casos de carcinoma de mama. A idade média de apresentação é cerca de dez anos após a média do carcinoma de mama feminino. O desequilíbrio da relação estrogênio: testosterona é um dos fatores de risco. No homem, o sintoma inicial mais frequente é um nódulo subareolar, duro e indolor. **Descrição do caso:** ES, 74 anos, sexo masculino, branco, casado e aposentado. Há dois anos notou nódulo retroareolar em mama direita e leve abaulamento local. As patologias prévias eram: hipertensão arterial, diabetes, hipotireoidismo e hiperprolactinemia. História familiar negativa para carcinoma de mama. Ao exame físico, tumor endurecido retroareolar com retração mamilar à direita. Axila clinicamente negativa. A imagem apresentava nódulo denso e irregular à direita, medindo 1,2 cm. A *core biopsy* mostrou carcinoma ductal invasivo. **Estadiamento:** T1N0MX, IA. A cirurgia em abril de 2011 resultou em mastectomia total com biópsia de dois linfonodos sentinela. **Laudos:** carcinoma micropapilar invasivo, grau nuclear 2, medindo 1,3 cm; infiltração angiolímfática maciça. Pele com derme amplamente comprometida. Linfonodos livres de neoplasia. Receptores hormonais positivos, HER-2 negativo e Ki-67 positivo. **Discussão:** o carcinoma micropapilar invasivo (uma variante do papilar) é extremamente raro em homens, com apenas dois casos descritos na literatura. Este tipo histológico comporta-se de maneira mais agressiva no sexo feminino, com alta probabilidade de comprometimento axilar, mesmo em pequenos tumores. Neste relato de caso, notou-se um comportamento tumoral mais indolente no sexo masculino (exame anatomopatológico e painel imunoistoquímico).

062 CARCINOMA ESPINOCELULAR PRIMÁRIO DE MAMA EM PACIENTE JOVEM E NO PUEPÉRIO: RELATO DE CASO

Mary Helly Valente Costa (Residente de Mastologia do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); Ana Carolina Dos Santos Oliveira (Residente de Mastologia do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); José Fonseca da Silva Filho (Residente de Ginecologia e Obstetrícia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – Belém, Pará, Brasil); Angelo Sávio Calderaro (Mastologista do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); Cynthia Mara Brito Lins Pereira (Mastologista do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); Verena De Nazaré Butzki (Residente De Ginecologia E Obstetrícia Da Fundação Santa Casa De Misericórdia Do Pará – Belém Pará, Brasil).

Objetivo: relatar caso de carcinoma espinocelular primário de mama em paciente jovem e no puerpério. **Métodos:** paciente MLGS, sexo feminino, 39 anos, casada, Ensino Fundamental completo, paraense e procedente de Jacundá, no Pará. Foi encaminhada para o Hospital Ophir Loyola devido à lesão mamária à direita, com evolução no puerpério, ainda durante a amamentação, há aproximadamente seis meses, sendo submetida à biópsia incisional em dezembro de 2010, cujos achados histopatológicos sugeriram carcinoma indiferenciado, não-metastático, sendo complementado pelo exame imunoistoquímico (19 de janeiro de 2011). Este revelou imunoposição negativa para receptores de estrogênio, progesterona e c-erbB-2, porém com AE1 e AE3 positivos, concluindo carcinoma espinocelular pouco diferenciado, com marcadores de origem metastática não-reagentes. No ato do diagnóstico foi estadiada em T4cN2Mx. **Resultados:** em Fevereiro de 2011, submeteu-se à mastectomia radical modificada com incisão de Halsted, cujo resultado revela carcinoma ductal invasor com focos de carcinoma espinocelular grau histológico II. No primeiro mês, a paciente evoluiu com recidiva locorreional e metástase pulmonar. **Conclusões:** devido à pobre resposta à quimioterapia neoadjuvante, optou-se pelo tratamento cirúrgico inicialmente. Há poucos casos na literatura mundial, porém, sabe-se que seu comportamento é semelhante aos sarcomas, com resposta insatisfatória à radioterapia e quimioterapia, além de maior taxa de recidiva locorreional e para órgãos parenquimatosos.

063 CARCINOMA LOBULAR DE MAMA COM METÁSTASE PARA COLO UTERINO: RELATO DE CASO

Carlos Henrique Menke; Diego De Mendonça Uchoa; Christiane Cardoso Falcão; Ângela Cecconello Parizotto; Camile Cesa Stumpf (Hospital De Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil).

Introdução: carcinoma mamário quando apresenta metástase para trato genital, normalmente, apresenta em ovários, sendo

bastante incomum para útero e colo cervical. Somente 4,5% das metástases de colo uterino provêm de carcinomas mamários. Descrição do caso: Paciente, 67 anos, internada para investigação de insuficiência renal. História de mastectomia esquerda há 19 anos sem tratamento complementar. Exames de imagem sem alterações. O exame físico mostrou cicatriz com nódulos cutâneos de recidiva. LNF axilares negativos. *Punch* pele: carcinoma lobular infiltrante. Receptor de estrogênio/progestogênio positivos, CERB B2 negativo. Exame genital: lábio posterior endurecido, fixo, acetobranco, sem tumor visível. Toque retal paramétrio direito fixo e endurecido. A biópsia cervical resultou em carcinoma infiltrante colo uterino, compatível com metástase de carcinoma lobular invasor de mama. Perfil imunoistoquímico (CK7, S100, RE e RP) confirma metástase de carcinoma lobular no colo uterino. Discussão: o colo uterino não é conhecido como potencial sítio para metástases, é órgão pequeno e com pouca vascularização. A reposta do colo uterino à metástase é pela proliferação fibrótica e reação inflamatória celular. Normalmente, a maioria das metástases extragenitais para colo uterino tem sítio primário no trato gastrointestinal. Dente as neoplasias de mama, o carcinoma lobular invasivo é responsável por 80% das metástases para órgãos genitais e 75 a 95% das metástases para trato gastrointestinal. Segundo literatura, 86,5% são metástases para ovários, 3,8% para endométrio, 5,8% para vagina/vulva e colo uterino apenas 1,9%. O diagnóstico definitivo é estabelecido pela histopatologia e imunoistoquímica. Conclusões: o presente caso evidencia a importância das revisões ginecológicas periódicas, com finalidade de diagnóstico precoce de alterações genitais e extragenitais.

064

CARCINOMA MAMÁRIO CONCOMITANTE COM ANGIOSSARCOMA PRIMÁRIO AXILAR: RELATO DE CASO

Juliana Murteira Esteves Silva; Sandra Marques Silva Gioia; Flávia Luz Felício; Fernanda Maria Braga Marinho; Giselle Maria Vignal; Lidia Maria Magalhães Cordeiro De Rezende; Rodrigo Motta De Carvalho; Pedro Aurélio Ormonde Do Carmo (Instituto Nacional De Câncer – Inca – Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).

Angiossarcoma é um tumor raro, correspondendo a menos de 1% dos sarcomas. Pode ser primário, idiopático, secundário à radioterapia ou relacionado a linfedema congênito ou pós-cirúrgico. É frequente o insucesso com a quimioterapia, e o prognóstico é reservado, principalmente para tumores de alto grau pelo potencial metastático. Paciente do sexo feminino, de 46 anos, foi matriculada no Instituto Nacional de Câncer em maio de 2010 com tumor no quadrante superior externo da mama esquerda, medindo 8,0 cm e tumor exofítico de 15,0 cm na região axilar ipsilateral. Foi submetida à *core* biópsia nas respectivas lesões fora do Instituto Nacional de Câncer,

com histopatologia axilar inconclusiva e mamária sugestiva de carcinoma. A revisão histopatológica no Instituto Nacional de Câncer revelou: carcinoma ductal infiltrante em mama esquerda, com RE positivo (40%), RP positivo (1%) e Her-2 negativo; e agrupamento de células atípicas compatível com carcinoma na axila. Iniciou-se quimioterapia com ciclofosfamida, adriamicina e 5-fluouracil. Realizou-se nova biópsia na região axilar com diagnóstico de sarcoma de alto grau compatível com angiossarcoma, vimentina positivo; fator VIII positivo focal; AE1/AE3, S-100 e HMB45 negativos. Apresentava, nos exames de estadiamento, implantes secundários pulmonares. A paciente foi a óbito em agosto de 2010. Este é o primeiro caso descrito na literatura de angiossarcoma primário axilar sincrônico, com carcinoma mamário ipsilateral.

065

CARCINOMA METAPLÁSICO DA MAMA: CONDIROSSARCOMA

Thiago David Alves Pinto (Instituto Goiano De Oncologia E Hematologia – Goiânia, Goiás, Brasil); Allyne Machado Pacheco (Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia – Goiânia, Goiás, Brasil); Jorge Humberto Fortes (Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia – Goiânia, Goiás, Brasil); Jordana Oliveira Milanez (Instituto Goiano de Oncologia E Hematologia – Goiânia, Goiás, Brasil); Amélia Regina Semeirene (Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia – Goiânia, Goiás, Brasil); Aldo Jorge Fortes (Faculdade de Medicina Athenas – Paracatu, Minas Gerais, Brasil); Alexandre Marchiori Xavier De Jesus (Instituto De Mastologia E Oncologia – Goiânia, Goiás, Brasil); Sebastião Alves Pinto (Instituto Goiano De Oncologia E Hematologia – Goiânia, Goiás, Brasil).

O carcinoma metaplásico da mama representa menos de 5% dos carcinomas mamários, sendo geralmente encontrado em mulheres com mais de 50 anos. O epitélio glandular, que origina a maioria dos tumores benignos e malignos da mama, pode sofrer metaplasia com diferenciação em tecido mesenquimal não-glandular, tipo escamoso, de células fusiformes e heterólogos. O carcinoma metaplásico com predominância do componente condrossarcomatoso é extremamente raro. O diagnóstico diferencial é difícil, devendo-se excluir tumor filoides maligno, tumor adenomioepitelial maligno e condrossarcoma puro da mama. Sarcomas puros primários da mama são relativamente raros, somando menos de 1% dos tumores malignos da mama feminina. O carcinossarcoma, um subtipo dos carcinomas metaplásicos, é a malignidade mais rara da mama, encontrado em menos de 0,1% dos casos. O carcinoma metaplásico requer o mesmo tratamento dos carcinomas ductais invasores, sendo que deve-se considerar a dissecação de linfonodos axilares. Neste, relata-se o caso de uma mulher, 50 anos, com lesão de mama esquerda clínico-radiologicamente suspeita, medindo 5,5x5,0 cm. Realizou-se mastectomia à esquerda, que, à macroscopia, apresentava, aos cortes, lesão brancocenta,

densa, de limites imprecisos, medindo 5,2x4,8 cm. À microscopia, o quadro é de carcinoma mamário metaplásico invasor com extenso componente condrossarcomatoso. Portanto, o carcinoma metaplásico com condrossarcoma, apesar de raro, deve ser bem conhecido e diferenciado de lesões metaplásicas benignas, sarcomas puros e tumores mistos malignos.

066

CARCINOMA METASTÁTICO DE MAMA PARA PÁLPEBRA

Lizelle Winkelströter Correia; Afrânio Coelho Oliveira (Clínica Afrânio Coelho De Oliveira – Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).

Metástase para pálpebra é rara, correspondendo a menos de 1% das lesões malignas dessa região. Destas, mais de 50% têm a mama como sítio primário do tumor. Os autores relatam o caso de uma paciente de 60 anos que apresentou, durante um ano, edema e ptose palpebral bilateral, tendo sido submetida à investigação de lesões oftalmológicas. Fundoscopia e ressonância nuclear magnética de crânio foram negativas para tumorações em sistema nervoso central, globo ocular e órbita. Uma biópsia da região da pálpebra inferior esquerda mostrou células atípicas e imunoistoquímica de adenocarcinoma de mama metastático. A paciente foi encaminhada para a mastologista, que identificou tumor em mama esquerda, cuja biópsia evidenciou carcinoma lobular infiltrante. A paciente foi, então, encaminhada ao oncologista clínico, que iniciou letrozol e ácido zoledrônico. Após 90 dias de tratamento, evoluiu com diminuição de edema e ptose palpebrais. Paciente foi submetida à mastectomia radical modificada esquerda com histopatológico de carcinoma lobular infiltrante multicêntrico e acometimento de 21 dos 22 linfonodos axilares. Optou-se por não iniciar quimioterapia adjuvante. Paciente segue em uso de letrozol e ácido zoledrônico.

067

CARCINOMA MICROINVASOR DE MAMA: EXPERIÊNCIA DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Fernanda Maria Braga Marinho; Sandra Marques Silva Gioia; Flávia Luz Felício; Juliana Murteira Esteves Silva; Fernanda Maria Braga Marinho; Giselle Maria Vignal; Lidia Maria Magalhães Cordeiro De Rezende; Pedro Aurelio Ormonde Do Carmo (Instituto Nacional de Câncer – Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).

Objetivos: o carcinoma microinvasor é um subtipo incomum de carcinoma mamário, mas que, nas últimas décadas, com o amplo uso do rastreamento mamográfico resultou num aumento da incidência de carcinoma ductal *in situ* assim como aumento na incidência de carcinoma invasor de estágios iniciais. O objetivo deste estudo é revisar uma série de casos de carcinoma microinvasor, avaliando apresentação clínica, diagnóstico, tipo de tratamento e evolução clínica destas pacientes. Métodos: foi

realizado um estudo retrospectivo de 141 pacientes com diagnóstico de carcinoma microinvasor do Instituto Nacional de Câncer, no período de 2000 a 2010. Foram avaliados os tipos diagnósticos, o tratamento e a evolução clínica, a sobrevida livre de doença e a sobrevida global. Resultados: a média de idade das pacientes foi de 56 anos. Os achados mamográficos foram: microcalcificações (68%), assimetria (9,2%) e nódulo (3,5%). Lesões de alto grau em 62,4%. Receptor hormonal positivo em 34%. Foi realizada cirurgia conservadora em 25%, biópsia do linfonodo sentinela em 68%, esvaziamento axilar em 37%, status axilar desconhecido (5%). Em média, sete linfonodos foram isolados (1 a 29). Axila positiva foi encontrada em 9,4% dos casos. Seguimento médio de 47 meses: um caso de recidiva local e um de recidiva óssea com evolução para óbito. A sobrevida livre de doença foi de 98,2% e a global de 99,1%. Conclusões: o prognóstico do carcinoma microinvasor de mama é controverso, devido à baixa incidência e à variedade de definições utilizadas para sua classificação. Apesar das várias classificações utilizadas, a maioria das séries de casos confere prognóstico excelente, com poucas recorrências locais ou à distância.

068

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DA MAMA: CASO CLÍNICO

Cynthia Mara Brito Lins Pereira (Mastologista do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); Mary Hally Valente Costa (Residente De Mastologia Do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); Heliana Góes De Freitas (Graduanda De Medicina Da Universidade Estadual Do Pará – Belém, Pará, Brasil); Ana Carolina Dos Santos Oliveira (Residente De Mastologia Do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); Antonio Pinheiro Filho (Mastologista Do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); Vanda Arnaud (Patologista Do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil); Francianne Da Silva Rocha (Mastologista Do Hospital Ophir Loyola – Belém, Pará, Brasil).

Objetivos: relatar caso clínico de carcinoma neuroendócrino primário de mama. Métodos: coleta de dados de prontuário do Hospital Ophir Loyola, que registrou paciente JFS, 25 anos, procedente de Belém, estado do Pará, solteira, do lar. A paciente referia presença de nodulação em mama direita há aproximadamente sete meses. Ao exame clínico inicial, observou-se um tumor mamário localizado em quadrante superior externo de 9 cm e que, ao resultado da *core biopsy*, revelou carcinoma ductal invasivo grau histológico III. O perfil imunoistoquímico revelou positividade para receptores hormonais e negatividade para o oncogene HER-2. O estadiamento clínico inicial era IIIB. A paciente foi submetida a três ciclos de quimioterapia neoadjuvante (adriamicina e ciclofosfamida), porém com pouca resposta ao tratamento. Foi submetida à mastectomia radical revelando, ao exame anatomopatológico, a presença de carcinoma mamá-

rio com aspectos neuroendócrinos pouco diferenciados (pT4ap-N3a). Resultados: um mês após tratamento cirúrgico, a paciente evoluiu com metástase locorregional e pulmonar, indo a óbito poucos dias após tal evolução por insuficiência respiratória. Conclusões: o tumor neuroendócrino primário da mama é raro, com poucos casos descritos na literatura, tendo, por isso, poucos estudos em relação ao tratamento e ao prognóstico nestes casos.

069 CARCINOMA NEUROENDÓCRINO PRIMÁRIO DA MAMA: RELATO DE CASO

Candice Barbosa Militão De Lira; Marcos Alberto Arruda De Aquino Maciel De Oliveira; Matias Betina Menezes De Albuquerque Marques; Nicoli Serquiz De Azevedo; Marina Luiza Souza Do Nascimento; Silvana Rocha De Almeida Braga; Carlos Eduardo Correia De Araújo

Objetivos: relatar o caso de um tumor neuroendócrino primário de mama tratado na LNRCC, Natal, no Rio Grande do Norte. Métodos: realizou-se coleta e análise de dados em prontuário e revisão literária para relato do caso. Resultados: paciente do sexo feminino, 58 anos, com nódulo em mama direita há um ano. Apresentando, ao exame físico, lesão ulcerada, periareolar, medindo 1 cm, associada a dois nódulos na junção dos quadrantes laterais com 2 cm cada e outro com 3 cm na junção dos quadrantes superiores da mama direita, e linfonomegalia axilar à direita. Realizou-se mamografia, que evidenciou múltiplos nódulos em mama direita, destacando-se nódulo de 2 cm espiculado em quadrante superior lateral (Bi-RADS 5), cuja *core biopsy* revelou neoplasia maligna de células redondas. A imunoistoquímica concluiu que tratava-se de carcinoma neuroendócrino sólido, com RE e RP positivos, HER-2 negativo e Ki-67 positivo. Foi submetida à mastectomia radical modificada à direita, em janeiro de 2010, cujo anatomopatológico revelou carcinoma neuroendócrino de alto grau de 4 cm, com invasão vascular e de derme, apresentando metástase com extensão extracapsular em oito linfonodos dos 16 ressecados. Realizou-se tratamento adjuvante com 28 sessões de radioterapia e seis ciclos de quimioterapia com etoposide e cisplatina. Atualmente, em seguimento semestral, sem evidência de recidiva locorregional e em uso de tamoxifeno. Conclusões: os carcinomas neuroendócrinos da mama são raros (menos de 1% dos cânceres primários de mama). Possuem, em geral, bom prognóstico com exceção do subtipo de pequenas células. A cirurgia é o tratamento de escolha, não havendo consenso quanto ao tratamento adjuvante.

070 CARCINOMA PAPILÍFERO INFILTRANTE DE MAMA EM HOMEM: RELATO DE CASO

Leite CVP; Plácido MV; Frollini D; Milito CB; Salomão ZC (Hospital De Ensino Alcides Carneiro – Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil).

Introdução: o carcinoma de mama é raro em homens e constitui menos de 1% dos cânceres em homem. O subtipo papilífero infiltrante tem comportamento mais raro do que os outros subtipos histológicos. Descrição do caso: homem de 72 anos, com história familiar de câncer de mama, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica grave, cardiopatia, insuficiência arterial periférica, hipertensão arterial, insuficiência renal, referindo trauma em mama direita há dois anos. Desde então, notou-se nodulação em mama direita com crescimento evolutivo e saída espontânea de secreção hemática. O paciente procurou auxílio médico, sendo constatado, no exame físico, tumoração de 6 cm, endurecida, com áreas de flutuação, ponto ulcerado e sem secreções. Foram realizados exames de imagem e indicou-se a biópsia incisional. Resultado histopatológico evidenciou hiperqueratose, acantose, edema da derme papilar, infiltrado inflamatório mononuclear perivascular com melanófagos e proliferação vascular na derme superior. Na derme profunda presença de fibrose com hemossiderófagos de perimeio. Indicou-se nova biópsia, entretanto, paciente esteve hospitalizado não podendo realizar a mesma. Retornou com volumosa tumoração em mama direita, móvel em relação a planos profundos, com áreas de flutuação, com cerca de 12cm. Realizou-se mastectomia simples à direita sob anestesia local. No perioperatório, foi realizada abertura da peça, que evidenciou formação cística com conteúdo hemorrágico e lesões vegetantes em seu interior. O histopatológico confirmou carcinoma papilífero infiltrante de mama. No momento, o paciente encontra-se em tratamento oncológico.

071 CLASSIFICAÇÃO MOLECULAR DOS CARCINOMAS DUCTAIS *IN SITU* DE ALTO GRAU DA MAMA PUROS E ASSOCIADOS AO CARCINOMA INVASOR

Amanda Arantes Perez (Universidade Federal De Minas Gerais – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil); Rafael Malagoli Rocha (Hospital Do Câncer A.C. Camargo – São Paulo, São Paulo, Brasil); Débora Balabram (Universidade Federal De Minas Gerais – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil); Átila Da Silva Souza (Universidade Federal De Minas Gerais – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil); Helenice Gobbi (Universidade Federal De Minas Gerais – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil).

Objetivos: avaliar, por meio de imunoistoquímica, a frequência dos diferentes perfis moleculares de uma série de casos de carcinomas ductais *in situ* de alto grau da mama, puros ou associados ao carcinoma invasor. Métodos: foram avaliados 121 casos de carcinomas ductais *in situ* de alto grau da mama, puros ou associados ao carcinoma invasor, diagnosticados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 2003 a 2008. Os tumores foram classificados em cinco subgrupos: luminal A (RE+/HER2-/CK5 ou CK14-), luminal B (RE+/HER2+/CK5 ou CK14-), HER2 (RE-/HER2+/CK5

ou CK14-), basal (CK5 ou CK14+) ou não-classificável (todos os marcadores negativos). Resultados: as frequências dos diferentes perfis moleculares do carcinomas ductais *in situ* puro foram: luminal A (24/42 casos; 57,1%), luminal B (5/42 casos; 11,9%), HER2 e não-classificável (6/42 casos; 14,3% para ambos) e fenótipo basal (1/42 casos; 2,4%). Entre os carcinomas ductais *in situ* associados ao carcinoma invasor, o fenótipo luminal A foi o mais frequente (44/79 casos; 55,7% e 50/77 casos; 64,9%, respectivamente, para carcinomas ductais *in situ* e invasor). O fenótipo HER2 correspondeu a 6/79 casos (7,6%) no carcinoma ductal *in situ* e 4/77 (5,2%) no invasor. O fenótipo basal foi observado em 10/79 casos (12,7%) no carcinoma ductal *in situ* e 5/77 (6,5%) no invasor. Não houve diferença significativa entre as frequências dos diferentes fenótipos no carcinomas ductal *in situ* puro ou associado ao carcinoma invasor ($p>0,05$). Observou-se excelente concordância entre os imunofenótipos dos componentes *in situ* e invasor ($kappa=0,823$). Conclusões: os dados sugerem que o carcinoma ductal *in situ* de fenótipo basal pode ser uma lesão precursora do carcinoma invasor de fenótipo basal.

072

COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DE IMUNOISTOQUÍMICA DE CARCINOMA MAMÁRIO EM BIÓPSIA PERCUTÂNEA E PEÇA CIRÚRGICA.

Paulo Gustavo Tenorio Do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: a imunoistoquímica é o processo de detecção da expressão de determinadas proteínas em tecidos tumorais, baseado no princípio antígeno/anticorpo. No tratamento do câncer de mama, a imunoistoquímica mostra-se útil na identificação de proteínas que influenciam no prognóstico e na resposta a certos medicamentos. Pode-se utilizar como amostra tumoral para imunoistoquímica o produto de biópsias percutâneas e da exérese completa do câncer de mama. Métodos: foram avaliados os resultados anatomopatológicos de biópsias percutâneas e de produtos de cirurgias de 25 pacientes tratadas no Hospital Albert Einstein, de agosto de 2009 a agosto de 2010. Resultados: a média etária foi de 56,32 anos (35 a 80 anos), sendo que 24 pacientes apresentaram nódulo espiculado no diagnóstico e 1 apresentou microcalcificação pleomórfica. Três pacientes foram submetidas à mamotomia para diagnóstico percutâneo e 22 à *core biopsy*. Foram diagnosticados 3 casos de carcinoma ductal *in situ* e 22 de carcinomas ductais invasivos. Cinco pacientes receberam quimioterapia neoadjuvante, obtendo-se resposta patológica completa em dois casos. Em apenas cinco pacientes identificou-se discordância entre a imunoistoquímica da biópsia e da peça cirúrgica: dois casos com receptor de progesterona negativo na biópsia e positivo na peça; um com receptor de estrogênio e progesterona positivo na biópsia e negativo na peça; um com ki67 de 10% na biópsia

e 25% na peça; e um com HER2 positivo na biópsia, porém negativo na peça. Conclusões: o resultado da imunoistoquímica realizado na biópsia percutânea do tumor é compatível com o da peça cirúrgica. Desta forma, pode-se reduzir custos na caracterização do câncer de mama, com a realização do exame de imunoistoquímica apenas na amostra tumoral da biópsia ou na peça cirúrgica.

073

CORRELAÇÃO ENTRE ACHADOS MAMOGRÁFICOS E ANATOMOPATOLÓGICO DE LESÕES NODULARES SUBMETIDAS À BIÓPSIA PERCUTÂNEA

Alexandre Vicente de Andrade; Oliveira LCB; Coscia EB; Francisco AA; Almeida LFA

Objetivos: avaliar as características mamográficas de lesões nodulares submetidas à biópsia percutânea e correlacionar com os achados histológicos. Métodos: foram avaliados prontuários de 899 pacientes submetidas à biópsia percutânea, no período de janeiro de 2010 a fevereiro de 2011. Destas, 591 apresentaram mamografia. As lesões a serem biopsiadas eram avaliadas e classificadas pela forma, margem e densidade. Resultados: dentre os 591 procedimentos realizados, 196 lesões não foram mamograficamente identificadas. Neste grupo, teve-se 2% de material inadequado, 15% de lesões malignas e 85%, benignas. As lesões nodulares biopsiadas foram avaliadas mamograficamente de acordo com sua forma, margem e densidade. Avaliando a forma, encontrou-se 11% de malignidade para nódulos ovóides, 21% para redondos, 26% nos lobulados e 76% nos irregulares. Quanto às margens, apenas 2% dos nódulos circunscritos eram malignos, 13% daqueles com margem obscurecida, 52% de lesões malignas para margens microlobuladas, 38% nas indistintas e 90% nos nódulos espiculados. Em relação à densidade, 58% dos nódulos hiperdensos eram malignos e 16% dos isodensos também. Não houve nódulos de baixa densidade ou radiotransparentes malignos. Conclusões: a mamografia apresenta-se como um importante método na avaliação dos nódulos mamários, tendo alto valor preditivo negativo no caso de nódulos com margens circunscritas. No entanto, o número de biópsias realizadas em casos benignos é alta, porém necessária para que seja possível encontrar pequenos tumores malignos.

074

CORRELAÇÃO ENTRE AS ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS E O DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO DE LESÕES NÃO-PALPÁVEIS RESSECADAS POR AGULHAMENTO

Claudiane Ligia Minari; Danila Pinheiro Hubie; Michelle Christine Diniz de Abreu; João Antonio Guerreiro; José Clemente Linhares; Reitan Ribeiro; Sérgio Bruno Bonatto Hatschbach

O estudo teve como objetivo avaliar a indicação de ressecção cirúrgica das lesões não-palpáveis por meio da correlação entre

as alterações radiológicas, classificadas pelo sistema BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*), e o diagnóstico histológico das lesões excisadas por agulhamento. Um estudo retrospectivo do tipo analítico descritivo, que envolveu 99 mulheres submetidas a 100 biópsias cirúrgicas por agulhamento de alterações não-palpáveis, marcadas pré-cirurgicamente por ultrassonografia ou estereotaxia por mamografia, no período de janeiro a outubro de 2010. Do total de 100 casos analisados, 47% se apresentaram como microcalcificações, 46% como nódulos, 5% como nódulos contendo microcalcificações, 1% como assimetria e 1% como distorção focal. A análise histológica confirmou o diagnóstico de lesões benignas, caracterizadas por alterações fibrocísticas, hiperplasias sem atipias, adenose simples, ectasia ductal e fibroadenoma em 37% dos casos. As lesões proliferativas ou precursoras, representadas por hiperplasias com atipias, adenose esclerosante, cicatriz radial, papilomas complexos e tumores filoides somaram 16%. As neoplasias *in situ* totalizaram 11% e os carcinomas infiltrativos, 36%. Os achados mamográficos mais relacionados às lesões malignas foram: 80% dos nódulos contendo microcalcificações, 51,8% dos nódulos e 40,3% das microcalcificações, sendo que 42% das lesões classificadas como categoria 4 do BI-RADS e 78,5% das alterações classificadas como categoria 5 confirmaram malignidade. Conclui-se que o sistema BI-RADS pode ser utilizado como um preditor de malignidades nas lesões não-palpáveis e que a ressecção cirúrgica foi bem indicada em 63% das pacientes.

075

DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DUCTAL INVASOR EM MULHER DE 24 ANOS SEM ANTECEDENTES FAMILIARES

Gabriela Faria e Silva Costa; Anselmo de Paula Orlando; Camila de Paula Orlando; Cibelle Camilo Barbosa; Ruffo de Freitas Júnior; Marise Amaral Rebouças Moreira (Universidade Federal de Goiás (FM/HC-UFG); Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – Goiânia, Goiás, Brasil).

Introdução: o diagnóstico de câncer de mama em pacientes jovens é um grande desafio, devido a sua baixa incidência e dificuldade de rastreamento desses casos. A maioria das pacientes com menos de 35 anos procura atendimento médico quando já estão sintomáticas, diminuindo as chances de cura. Descrição do caso: DSS, sexo feminino, 24 anos, história de nódulo na mama esquerda há dois meses. Negava história familiar de câncer de mama. Ao exame apresentava nódulo palpável, endurecido, 2,9x1,5 cm, na mama esquerda. Linfonodos palpáveis bilateralmente em axilas. Na mamografia, observou-se nódulo retromamilar apresentando microcalcificações em seu interior, BI-RADS 0. Solicitou-se ultrassonografia, que mostrou nódulo sólido, heterogêneo, hiperecoico, BI-RADS 4a. Foi realizada PAAF mostrando células com sobreposição nuclear e células

isoladas apresentando hiper cromatismo nuclear. A histologia revelou carcinoma ductal invasor grau II, com componente ductal *in situ* extenso. Pela imunistoquímica, observou-se RE e RP positivos e C-erbB-2(+++). Comentários: este relato visa alertar a classe médica em relação ao diagnóstico de câncer de mama em pacientes jovens, sem antecedentes familiares da doença. Estudos evidenciam que a letalidade continua mais elevada entre as pacientes jovens, comparado a mulheres acima de 50 anos. Um dos motivos do pior prognóstico é o diagnóstico tardio, devido ao baixo índice de suspeição clínica da doença e à dificuldade de realização do rastreamento mamográfico neste grupo de pacientes.

076

DIAGNÓSTICO DE MULTIFOCALIDADE DO CÂNCER DE MAMA EM PACIENTES MENORES DE 45 ANOS POR MEIO DE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA: COMPARAÇÃO COM RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO

Paulo Gustavo Tenorio do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: a ressonância nuclear magnética apresenta alta sensibilidade e acurácia no diagnóstico de lesões ocultas. Dentre estas, a multifocalidade que incide consideravelmente em mulheres menores de 45 anos de idade. Métodos: foram avaliadas ressonâncias nuclear magnéticas realizadas no Hospital Albert Einstein de janeiro de 2006 a outubro de 2009, em pacientes com menos de 45 anos, com multifocalidade. Resultados: a média etária dos 13 casos avaliados foi de 41,5 anos, e os estádios clínicos foram de: um caso estágio 0, dois de estágio I, sete de estágio IIa, um de estágio IIb, um de estágio IIIa e um de estágio IV. Identificou-se um caso de carcinoma ductal *in situ* puro, três de carcinoma ductal invasivo associado à carcinoma ductal *in situ* e nove de carcinoma ductal invasivo puro. Uma paciente apresentou nenhum realce, porém achado de carcinoma ductal *in situ* na peça cirúrgica. Quatro pacientes apresentaram realce único e achado de foco único de carcinoma ductal invasivo, sendo duas delas com associação a componente *in situ*. Oito pacientes tiveram realce multifocal, sendo que os achados cirúrgicos foram: quatro com carcinoma ductal invasivo multifocal, três com carcinoma ductal invasivo bifocal e uma com carcinoma ductal invasivo e *in situ* multifocal. Não encontrou-se carcinoma bilateral e todos carcinomas multifocais foram identificados na ressonância quanto a esta condição. Conclusões: em pacientes com menos de 45 anos, a densidade mamária pode prejudicar o diagnóstico de multifocalidade. De acordo com a série de casos estudada, nota-se que a ressonância magnética é um exame eficaz para o diagnóstico da multifocalidade em pacientes jovens. Houve grande correlação clínica entre os achados de realce suspeitos e o resultado anatomopatológico.

077

DIAGNÓSTICOS HISTOPATOLÓGICOS DE LESÕES MAMÁRIAS FEITAS POR PATOLOGISTAS GERAIS E REVISÃO ESPECIALIZADA: IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Douglas Soltan Gomes; Simone Souza Porto;
Débora Balabram; Helenice Gobbi

Introdução: a reprodução e a qualidade dos diagnósticos histopatológicos têm sido avaliadas em diferentes áreas da patologia. Objetivos: avaliar a concordância entre diagnósticos histopatológicos de lesões mamárias entre patologistas gerais e patologista com treinamento específico em patologia mamária. Métodos: foram analisados 673 casos de lesões mamárias enviados formalmente para consultoria no Laboratório de Patologia Mamária da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010. Os dados analisados foram obtidos a partir de laudos do laboratório de origem e do relatório de consultoria. Para a análise estatística, os diagnósticos histopatológicos foram classificados em dois grupos principais, benignos e malignos, e avaliou-se a concordância percentual e o índice Kappa. Resultados: de 673 casos, 72 foram excluídos (50 por não apresentarem laudos originais para comparação e 20 por material insuficiente ou danificado, impedindo conclusão original ou revisão). Dos 601 casos restantes, houve concordância diagnóstica em 111 casos benignos (18,5%) e em 441 casos malignos (73,4%). Trinta e um casos (5,2%) com diagnóstico original maligno, após consultoria, foram reclassificados como benignos. Dezoito casos (2,9%) originalmente benignos foram reclassificados como malignos após revisão. A comparação entre os diagnósticos originais e da revisão mostrou boa concordância (Kappa=0,77 [IC95%=0,705-0,829]). Conclusões: existe boa concordância geral entre os diagnósticos de patologistas gerais e o especialista em patologia mamária. Entretanto, diferentes diagnósticos detectados na revisão implicariam em mudanças terapêuticas em 8,1% das pacientes.

078

DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS EM UM CASO DE CARCINOMA PAPILÍFERO

Gabriela Faria e Silva Costa; Ruffo de Freitas Júnior;
Rosemar Moreira Rahal; Marise Amaral Rebouças Moreira
(Universidade Federal de Goiás – Departamento De Ginecologia e Obstetria – FM-HC/UFG – Goiânia, Goiás, Brasil).

Introdução: o carcinoma papilífero representa de 1 a 2% das neoplasias invasivas mamárias. Este carcinoma nem sempre é a primeira hipótese no ato da consulta e mamografia, devido à sua raridade e dificuldade diagnóstica. Não se pode fechar diagnóstico de carcinoma papilífero frente à microscopia de hiperplasia epitelial, fibrose e/ou distorção da arquitetura local, pois o papiloma, por vezes, pode apresentar tal quadro morfológico.

Objetivos: Discutir a raridade e a dificuldade histológica da lesão papilífera maligna em seu diferencial com papiloma. Descrição do caso: SMS, 64 anos, G5P5A0, menarca aos 13, menopausa aos 50. Tabagista há 44 anos (três cigarros, ao dia). Nega antecedentes de câncer de mama. Refere nódulo estável em mama direita há um ano. Nega mastalgia e descarga papilar. Ao exame, palpação de nódulo retroareolar 5,9x4,7 cm, bem delimitado, fixo, superfície irregular com retração de subcutâneo e mamilo, ausência de lifonodomegalia. Mamografia BI-RADS 4. A *core biopsy* apresenta suspeita de malignidade, porém diagnóstico inconclusivo. Realizou-se nova biópsia, com material sugestivo de carcinoma papilífero. Foram utilizados testes imunoistoquímicos apresentando negatividade para p63, HHF-35 e CK5, favorecendo lesão maligna e positividade para cromogranina e sinaptofisina, indicando lesão papilar maligna, desta forma, concluiu-se o diagnóstico. Comentários: as lesões papilares apresentam amplo espectro compreendendo sobreposição de características em termos de apresentação clínica, aspecto morfológico, potencial maligno e comportamento clínico. Constatou-se dificuldade na caracterização da lesão papilar e distinção entre lesão benigna e maligna, sendo necessária realização de duas biópsias e teste imunoistoquímico. Ademais, percebe-se relevância do rastreio mamográfico em mulheres pós-40 anos, no qual tal lesão possivelmente teria sido diagnosticada precocemente.

079

DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO DE UM CARCINOMA PAPILÍFERO: RELATO DE CASO

Walter Ludwig Armin Schroff; MED Bombardelli;
SE Schroff; AA Andrade; RHS Vargas

Objetivos: discutir a dificuldade diagnóstica e raridade da lesão papilífera maligna e seu diferencial com papiloma. Descrição do caso: mulher, 67 anos, G4P4A0, primigesta aos 15 anos, menarca aos 13, menopausa aos 53. Tabagista há 41 anos (cinco cigarros ao dia). Nega antecedentes pessoais ou familiares de câncer de mama. Refere nódulo em mama direita há um ano. Nega mastalgia e descarga papilar. Ao exame, apresentava retração de subcutâneo e mamilo à direita, peau d'orange, palpação de nódulo retroareolar de 5,7x4,3 cm, endurecido, fixo, bem delimitado, superfície irregular. Apresentou fossas axilares e supraclaviculares livres. Mamografia indica BI-RADS 4. Na primeira biópsia, atipia, suspeita de malignidade, diagnóstico difícil, necessitando biópsia mais ampla para melhor avaliação. Indicou-se material consistente com carcinoma papilífero com áreas sólidas, necessitando avaliação integral da lesão para diagnóstico de invasão, ou não. Resultados: o carcinoma papilífero habitualmente não é a primeira hipótese no ato da consulta ou mamografia, devido à dificuldade diagnóstica e raridade. Frente à microscopia de hiperplasia epitelial, fibrose e/ou distorção da arquitetura, não deve-se fechar diagnóstico, pois o papiloma também pode apresentar tal quadro. Portanto, lança-se mão de testes imunois-

toquímicos para o diagnóstico correto. No caso discutido, negatividade para p63, HNF-35 e CK5 favorece a lesão maligna e positividade para cromogranina e sinaptofisina favorece a lesão papilar maligna. Conclusões: percebe-se dificuldade diagnóstica do carcinoma papilífero pelo mastologista e pelo patologista, sendo necessária realização de outra biópsia. Percebe-se também a relevância do rastreio mamográfico em mulheres pós-40 anos, possivelmente diagnosticando tal lesão mais precocemente.

080

EFICÁCIA DA ULTRASSONOGRAFIA NA PREDIÇÃO DO TAMANHO TUMORAL DO CÂNCER DE MAMA: RELAÇÃO COM RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO

Paulo Gustavo Tenorio do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: um dos usos atuais da ultrassonografia é a mensuração do tamanho tumoral primário em lesões palpáveis de mama. Métodos: foram avaliados exames de ultrassonografia realizados no Hospital Albert Einstein, durante agosto de 2009 a agosto de 2010, de pacientes que foram submetidas à cirurgia e avaliação de anatomopatológico. Foram avaliadas 20 pacientes. Resultados: a média etária das 20 pacientes analisadas foi de 58,55 anos (36 a 80 anos), sendo que 19 apresentaram, no diagnóstico, nódulo mamário e 1 paciente apresentou microcalcificações. Foram diagnosticados 19 carcinomas ductais invasivos e 1 carcinoma ductal *in situ*. A média do tamanho tumoral (medida do diâmetro maior) à ultrassonografia no diagnóstico foi de 1,87 cm (1,2 a 3,2 cm). A média do tamanho tumoral ao exame anatomopatológico foi de 2,02 cm (0,9 a 3,5 cm). A diferença entre a média do tamanho tumoral na ultrassonografia em relação ao anatomopatológico foi de 0,15 cm; sendo que a diferença maior entre as medidas ocorreram em dois tumores (diferença no valor de 1,6 cm). A menor diferença entre os tamanhos se observou em seis pacientes (ausência ou diferença de 0,1 cm). Conclusões: a medida tumoral real do câncer de mama é importante para se prever o prognóstico da paciente e a programação cirúrgica adequada. Sabe-se que a simples mensuração pela palpação do tumor nem sempre é fidedigna. A análise da série de casos demonstrou boa correlação do tamanho tumoral identificado pela ultrassonografia, com o tamanho pela anatomopatologia.

081

EXTRUSÃO DE TUMOR FILOIDE PELO MAMILO EM GESTANTE: RELATO DE CASO COM REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Betina Menezes de Albuquerque Marques; Candice Barbosa Militão Lira; Nicoli Serquiz de Azevedo; Marina Luiza Souza do Nascimento; Teresa Cristina Andrade de Oliveira Germano; Marcos Alberto Arruda Aquino; Eliel de Souza; Ubirajara Caldas Leonardo Nogueira Júnior (Liga Norte Riograndense contra o Câncer – Setor Mastologia).

Objetivos: relatar o caso de uma jovem mulher que apresenta tumor filóide benigno de comportamento atípico no primeiro trimestre de gestação, tratada com sucesso no setor da mastologia da Liga Norte Riograndense contra o Câncer. Métodos: realizou-se revisão de prontuário da paciente até o período de junho de 2011. Resultados: paciente do sexo feminino, 27 anos, no curso de oito semanas e cinco dias de gestação, apresenta lesão em mamilo esquerdo acompanhada de mastalgia há seis dias. Ao exame, apresenta mamas normotróficas e simétricas com presença de lesão vegetante sangrante em mamilo esquerdo, medindo 3 cm, sem outras alterações. A ultrassonografia confirma massa sólida em mama esquerda e a punção aspirativa por agulha fina revela lesão epitelial sem atipia. Foi realizado exérese do ducto principal de mamilo esquerdo associado a nódulo intraductal com 8,5 semanas de gestação, cujo exame anatomopatológico do tumor do mamilo esquerdo evidenciou lesão fibroepitelial com discreta celularidade estromal, ausência de mitoses, necrose ou invasão linfocelular, confirmando diagnóstico de tumor filóide benigno com áreas de infarto hemorrágico. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, progredindo sua gestação sem intercorrências. Amamentou durante seis meses apenas na mama direita, por fissuras na mama esquerda. Não apresenta evidências de recorrência local ou à distância até o momento. Conclusões: o tumor filóide é da mama fibroepitelial raro, representa cerca de 0,3 a 1% de todas as neoplasias da mama. Seu diagnóstico durante a gravidez é limitado devido às mudanças fisiológicas das mamas durante o período gestacional. Poucos casos de tumores filóides foram descritos durante a gravidez.

082

FIBROADENOMA COM METAPLASIA ESCAMOSA E CISTOS DE INCLUSÃO EPITELIAL: RELATO DE UM CASO

Sebastião Alves Pinto (Laboratório INGOH – Goiânia, Goiás, Brasil); Allyne Machado Pacheco (Laboratório INGOH – Goiânia, Goiás, Brasil); Humberto Jorge Fortes (Laboratório INGOH – Goiânia, Goiás, Brasil); Jordana Oliveira Milanez (Laboratório INGOH – Goiânia, Goiás, Brasil); Amélia Regina Semereme (Laboratório INGOH – Goiânia, Goiás, Brasil); Thiago David Alves Pinto (Laboratório INGOH – Goiânia, Goiás, Brasil); Aldo Jorge Fortes (Faculdade de Medicina Athenas, Paracatu, Minas Gerais, Brasil); Célio da Silva Rocha Vidal (Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Goiânia, Goiás, Brasil).

O fibroadenoma é a lesão mamária benigna mais comum e ocorre usualmente em mulheres jovens. A metaplasia escamosa é raramente encontrada. Sugere-se, atualmente, que as células escamosas, no fibroadenoma, teriam origem mioepitelial, devido a características transicionais entre as duas linhagens celulares. A coexpressão de CK 5/6, CK de alto peso molecular e p63, em áreas de metaplasia escamosa e de células mioepiteliais

normais, fortalece a hipótese da origem mioepitelial das células metaplásicas. Já no produto da punção aspirativa por agulha fina, a presença de células escamosas requer diagnóstico diferencial entre fibroadenoma e diversas entidades, entre elas o tumor filoides, o carcinoma de células escamosas e o carcinoma ductal com alterações metaplásicas. Neste trabalho, relata-se o caso de uma mulher, 44 anos, com nodulação em mama direita, bem delimitada, móvel, medindo 9,0x7,0 cm. Macroscopicamente, a lesão tinha forma multinodular, coloração pardo-amarelada, consistência borrachosa e media 8,6x6,0 cm. Aos cortes, apresentava superfície densa, com pequenas estruturas císticas, preenchidas por conteúdo pardo-brancacento, de consistência friável. Na microscopia, o quadro era próprio de fibroadenoma complexo, com microcalcificações intraductais e focos de metaplasia escamosa benigna, com formação de cistos de inclusão epitelial. Considerando que a metaplasia escamosa, apesar de rara, pode ocorrer em fibroadenomas, deve-se estar atento para diferenciá-la das lesões malignas.

083 FIBRO-HISTIOCITOMA MALIGNO DE MAMA: RELATO DE CASO

Guilherme Boquimpani de Freitas; Anna Maria de Barros Silva Lima; Carla Letícia Carius; Luiz Antônio Lopes Silveira; Cesar Augusto Matta Seminário; Silvio Pereira; Leandro Coelho Maia; Carolina Cunha Silveira (Hospital Mario Kröeff, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).

Introdução: o fibro-histiocitoma maligno é um tipo de sarcoma com pico de incidência nas sexta e sétima décadas da vida. Usualmente, localiza-se nas extremidades e no retroperitônio, porém raramente se apresenta como neoplasia maligna primária mamária. O sarcoma primário de mama compreende cerca de 1% das neoplasias malignas da mama e, entre eles, o fibro-histiocitoma maligno tem frequência de 10 a 24%. Descrição do caso: paciente MSSS, feminina, 56 anos. Relata aparecimento de nódulo em mama esquerda com crescimento insidioso em quatro anos, tendo procurado outra unidade, com realização de tumorectomia em abril de 2009 com resultado anatomopatológico de neoplasia maligna pleomórfica e margens cirúrgicas comprometidas. Deu entrada no Serviço de Mastologia do Hospital Mario Kröeff em 12 de junho de 2009, apresentando tumoração localizada em região retroareolar de mama esquerda medindo 5,0 cm, móvel, associada à retração de papila correspondente e cadeias ganglionares livres. Revisão de lâmina no serviço de Patologia do Hospital Mario Kröeff confirmou neoplasia maligna pleomórfica. Imunoistoquímica sugeriu tratar-se de fibro-histiocitoma maligno de mama. Discussão: deliberou-se mastectomia simples à esquerda, realizada em 29 de junho de 2010. O laudo histopatológico revelou carcinoma infiltrante de baixo grau, tumor medindo 6,0 cm, margens livres e ausência de fibro-histiocitoma maligno residual. A linfadenectomia axilar à esquerda foi rea-

lizada em 14 de setembro de 2010 com laudo histopatológico, evidenciando ausência de metástase para dez linfonodos isolados da gordura axilar. Conclusões: fibro-histiocitoma de mama é um tipo raro de sarcoma mais frequente nas sexta e sétima décadas de vida e, particularmente, maligno por sua característica recidivante e predileção por metástase hematogênica.

084 HEMANGIOMA DE MAMA SIMULANDO METÁSTASE NA PET-CT

Sabas Carlos Vieira (Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil); Eveline Brandão Madeira (Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil); Júlio César Queiroz de França (Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil); Sebastião Filho Nunes Martins (Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil); Jucélia Saraiva e Silva (Clínica Medimagem, Teresina, Piauí, Brasil). Introdução: os hemangiomas são tumores vasculares benignos, raros na mama e com baixa captação de 18F-flúor-2-deoxi-D-glicose (FDG) na tomografia por emissão de pósitrons (PET), podendo ser distinguido de tumores malignos. Descrição do caso: paciente do sexo feminino, 63 anos. Apresentou, ao exame clínico, nódulo medindo cerca 1,5 cm na união dos quadrantes inferiores com consistência fibroelástica e axila clinicamente negativa. De antecedentes, a paciente apresentava tumor de cólon já operado e, após submeter-se à quimioterapia adjuvante, evoluiu com metástase pulmonar. A mamografia demonstrou lesão nodular de contornos lobulados parcialmente delimitados na mama direita, e a ultrassonografia revelou tratar-se de lesão sólida medindo 1,8x0,7 cm isocogênica em relação ao tecido mamário, classificado como BI-RADS IV. Uma FDG-PET/CT foi realizada e revelou aumento da captação do FDG no nódulo mamário. Com este achado, indicou-se ressecção do nódulo. O histopatológico final revelou se tratar de neoplasia vascular benigna, medindo 1,6x1,5x0,5 cm, constituída por vasos sanguíneos de paredes delgadas, ectasiados e congestos inseridos no estroma conjuntivo, além de ausência de atipias, compatível com hemangioma capilar. Comentários: apesar de ser um exame com significativa contribuição para o diagnóstico, tratamento e avaliação de pacientes oncológicos, o FDG-PET/CT pode gerar resultados falso-positivos. Dessa forma, a compreensão das causas de falsos resultados é essencial para evitar diagnósticos equivocados.

085 LESÕES DE MAMA BI-RADS 3, 4 E 5: VALOR DO EXAME ULTRASSONOGRÁFICO COMO PREDITOR DE MALIGNIDADE

Paulo Giovanni de Carvalho Cavalcanti Fernandes; Tereza Christina Gomes do Nascimento e Silva; Jeane Sandra Nogueira; Ana Fabíola de Alencar Arraes (Hospital Barão de Lucena, Recife, Pernambuco, Brasil).

Objetivos: acessar o valor preditivo positivo dos achados ultrassonográficos e das categorias 3, 4 e 5 descritas no BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*), ajudando a estratificar o risco de malignidade, tendo os resultados de biópsia como referência padrão. Métodos: retrospectivamente, foram vistas 202 lesões palpáveis e impalpáveis detectadas ecograficamente, nas quais biópsia cirúrgica ou percutânea foi realizada. Cada lesão foi avaliada de acordo com as descrições do BI-RADS para as massas da mama (tamanho, margens, forma, orientação, características acústicas posteriores e calcificações) e classificada nas categorias finais 3, 4 e 5. Os achados patológicos foram, então, revistos. Resultados: o câncer esteve presente em 66 (32,7%) das 202 lesões. As classificações finais foram: BI-RADS 3, em 44 (21,8%); BI-RADS 4A, em 69 (34,2%); BI-RADS 4B, em 24 (11,9%); BI-RADS 4C, em 29 (14,4%); e BI-RADS 5, em 36 (17,8%). Malignidade esteve presente em 35 (97,2%) das 36 lesões categoria 5. Os achados com maior valor preditivo positivo para câncer foram tamanho >5 cm, margens espiculadas, forma irregular, orientação não-paralela, sombra acústica posterior e lesões calcificadas (66,7%; $p < 0,001$). A frequência de malignidade foi maior na categoria 5 do que nas categorias 3 e 4 para todos os tipos ecográficos de lesões. Conclusões: as descrições das massas e categorias do BI-RADS auxiliam como preditor do risco de malignidade daquelas lesões de mama suspeitas, identificadas por ultrassonografia.

086

LINFADENECTOMIA AXILAR RADICAL: HÁ INDICAÇÃO EM TODOS OS CASOS DE LINFONODO SENTINELA POSITIVO?

Douglas de Miranda Pires; Clécio Ênio Murta de Lucena; João Augusto Pereira do Amaral; Annamaria Massahud Rodrigues dos Santos; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Mauro Henrique Muniz Goursand; Renice Elias Fontes Valadares; Patrícia Aguiar Bellini (Clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil).

Objetivos: avaliar os resultados do tratamento do câncer de mama, baseado na linfadenectomia axilar radical após linfonodo sentinela positivo. Métodos: avaliou-se a diferença dos tratamentos adjuvantes no câncer de mama, em que realizou-se a linfadenectomia axilar radical após linfonodo sentinela positivo. Resultados: a avaliação dos resultados, até mesmo do ponto de vista oncológico (sobrevida livre de doença e global), não mostrou diferenças estatisticamente significativas nos casos em que a radicalidade da abordagem axilar foi menor. Conclusões: há necessidade urgente de rever-se os conceitos de radicalidade cirúrgica axilar, como já definido pelas cirurgias conservadoras da mama e da axila, definidas em protocolos, visto que, nos casos selecionados, não se observa ganho na sobrevivência quando há supressão na radicalidade cirúrgica.

087

LIPOSSARCOMA PRIMÁRIO DA MAMA ORIGINANDO-SE DE UM TUMOR FILOIDES: RELATO DE CASO

Ruffo de Freitas-Júnior (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Ana Clara Araujo Costa (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Roberta Pinter Lacerda (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Luis Fernando Pádua de Oliveira (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Marise Amaral Rebouças Moreira (Departamento de Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Christiane Rodrigues Dias (Departamento de Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Nathalia Parrode Machado Barbosa (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Amanda Vieira Matos (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).

Introdução: os sarcomas primários da mama correspondem a menos de 1% dos tumores malignos da mama e os lipossarcomas primários são 0,3% dos sarcomas mamários. Os lipossarcomas podem se originar do estroma interlobular mamário ou podem se originar como um componente do cistossarcoma filoides. Descrição do caso: EBM, 72 anos, sexo feminino, G4P4, menopausada, encaminhada devido a nódulo à ultrassonografia. Referia exérese de nódulo benigno na mama esquerda há um ano. Ao exame, apresentava nódulos fibroelásticos, móveis e bem delimitados em quadrante superior externo da mama esquerda, medindo 4,0x3,0 cm e 3,5x3,0 cm. À mamografia, imagens lobuladas em quadrante superior externo da mama esquerda, BI-RADS 0. A ultrassonografia mostrou formação nodular hipoecogênica com calcificações e bordas irregulares em quadrante superior esquerdo da mama esquerda, medindo 4,7 cm, BI-RADS 4. A *core biopsy* apresentou neoplasia maligna pouco diferenciada com vimentina e Ki67 positivo e ausência de receptores hormonais, compatível com lesão sarcomatosa no nódulo a 5 cm do mamilo e lesão benigna no nódulo a 7 cm. Estadiamento normal. Realizou-se mastectomia à esquerda com biópsia do linfonodo sentinela, que foi negativa em. O exame anatomopatológico da peça revelou se tratar de lipossarcoma com áreas bem diferenciadas e de células redondas pouco diferenciadas, originando-se de tumor filoides, medindo 10,6x9,4 cm. Paciente em seguimento no serviço sem progressão da doença. Discussão: lipossarcoma é uma entidade maligna raríssima da mama. São tumores volumosos ao diagnóstico, geralmente são unilaterais, com alterações cutâneas, e o acometimento linfonodal axilar é raro. As margens podem ser bem circunscritas. O tratamento de escolha deve ser a mastectomia com margens livres.

088

MASTECTOMIA APÓS NECROSE DE MAMA POR LINFOMA NÃO-HODGKIN: RELATO DE CASO

Ielaine Mourão Morais (Faculdade Integral Diferencial – Teresina, Piauí, Brasil); Larissa Cruz De Lima (Faculdade Integral Diferencial – Teresina, Piauí, Brasil); Djamila Brasileiro do Nascimento (Faculdade Integral Diferencial – Teresina, Piauí, Brasil); Osvaldo Pinto Neto (Faculdade Integral Diferencial – Teresina, Piauí, Brasil); Ediléia Dias de Amorim (Faculdade Integral Diferencial – Teresina, Piauí, Brasil); Terezinha Castelo Branco Carvalho (Oncomédica – Teresina, Piauí, Brasil); Marcinda da Silva Araújo (Oncomédica – Teresina, Piauí, Brasil); Sabas Carlos Vieira (Universidade Federal do Piauí – Teresina, Piauí, Brasil).

Introdução: os linfomas não-Hodgkin são neoplasias heterogêneas, derivando-se de proliferação clonal de linfócitos T e B. Podem aparecer em nódulos linfáticos e sítios extranodais. Apresenta uma incidência três vezes maior em homens, sendo mais comum a partir dos 40 anos. O linfoma representa 0,1% dos cânceres na mama, podendo também a mama ser acometida a partir de linfomas extramamários. O diagnóstico é baseado na avaliação histopatológica da lesão, e o tratamento na associação de quimioterapia e radioterapia. **Descrição do caso:** paciente de 70 anos, sexo masculino, procurou o serviço com queixa de nódulo em axila direita de crescimento progressivo há três meses e aumento da mama homolateral com ulceração local, sem sintomas B. Ao exame físico, apresentava lesão infiltrativa, estendendo-se desde a região axilar direita até a mama ipsilateral, medindo cerca de 10x10 cm. Na tomografia computadorizada de tórax, observou-se múltiplas lesões sólidas com densidade de partes moles, com áreas internas de necrose e liquefação na região axilar e região mamária à direita, medindo 6,9x6,7 cm. O estudo histopatológico revelou se tratar de linfoma não-Hodgkin. Iniciou-se quimioterapia, após oito ciclos, o paciente evoluiu com necrose extensa do tumor na mama e septicemia. Realizou-se mastectomia higiênica com fechamento do defeito após três semanas. Atualmente, o paciente se encontra em quimioterapia. **Conclusões:** necrose de linfoma acometendo a mama é um evento infrequente, sendo às vezes necessárias cirurgias higiênicas para controle do quadro infeccioso, como no presente caso.

089

MASTITE GRANULOMATOSA – HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA – RIO DE JANEIRO

Carolina Cunha Silveira; Mário Nascimento Saraiva; Luciana Jandre Boechat; Pedro Maroun; Marcelo Bolliger; Marcelo Luis Pierro Saraiva; Isabela Cunha Silveira; Ana Paula Jandre Boechat **Descrição do caso:** CMCSB, 39 anos, G III P II A I. Notou nódulo de 3 cm em QIE justareolar de MD, com fistula em involução desde janeiro de 2011, fez uso de múltiplos esquemas de antibióticos orais. Foi realizado drenagem de abscesso

MD em 29 de janeiro de 2011. Ao exame físico, apresentava presença de massa tumoral palpável de aproximadamente de 2,5 cm na QIE da MD, axilas livre e descarga papilar ausente. Mama esquerda sem alterações. Os exames realizados foram: mamografia, categoria 3, assimetria focal em UQQ inferiores da MD que, sob compressão focal, permaneceu inalterado; ultrassonografia das mamas apresentou imagem nodular hipocogênica mal definida sem sombra acústica posterior, na UQQ inferior da MD de 12,8x9,7x9,7 mm, sendo hipervascularizada ao Doppler; foi realizado exame histopatológico em 31 de janeiro de 2011 com mastite granulomatosa e cultura negativa para fungo e micobactéria; PPD de 13 de junho de 2011, negativo; raio X de tórax em 10 de fevereiro de 2011, normal; ressonância nuclear magnética das mamas em 22 de fevereiro de 2011, categoria 2, áreas com sinal hiperintenso com realce precoce e tardio de contraste de 6,5x2,6x5,4 cm na UQQ inferior/QIE da MD subjacente à área de espessamento cutâneo, corresponde a processo inflamatório e/ou infeccioso. O tratamento foi de prednisona a 20 mg 1 cp, VO de oito em oito horas, por seis meses. **Conclusões:** a mastite granulomatosa é um processo inflamatório da mama benigna, infiltrante, que mimetiza o câncer de mama tanto ao diagnóstico clínico como nos métodos por imagem. O seu diagnóstico é histopatológico com a ressecção da lesão e cultura, para excluir outras mastites e definir condutas terapêuticas.

090

MASTOPATIA DIABÉTICA: RELATO DE CASO

Marcia Cristina Pedrosa (Médica Mastologista do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) – São Paulo, São Paulo, Brasil); Karina Patricio Infante (Médica Mastologista do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil); Fernando Rodrigues Theodoro (Médico da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil); Ricardo Alves Basso (Médicos Patologistas do Laboratório Mattosinho de Patologia, do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil); Deborah Krutman Zveibil (Médicos Patologistas do Laboratório Mattosinho de Patologia, do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil). **Introdução:** a mastopatia diabética é forma rara de mastite que acomete uma em aproximadamente 1.600 mulheres com diabetes *mellitus* insulino-dependentes, mais frequentemente na pré-menopausa, representando apenas 1% das doenças benignas da mama. A causa parece ser autoimune, com a produção de linfócitos contra a glândula mamária a partir de um quadro persistente de hiperglicemia. **Descrição do caso:** mulher de 80 anos, diabética insulino-dependente de longa duração e descompensada, com tumoração palpável de 5,0 por 4,0 cm em mama esquerda, com reação inflamatória da pele da mama com edema, eritema e aumento do volume mamário. Frente aos achados clínicos, houve suspeita para carcinoma em fase infla-

matória com acometimento cutâneo. Porém, o exame histológico de três biópsias incisionais em épocas diferentes foi compatível com mastopatia diabética, ambos mostrando alteração hialina densa e difusa do estroma em arranjo nodular, com áreas de infiltrado inflamatório linfocitário lobular e ductal. Comentários: doenças inflamatórias ou malignas da mama devem ser diferenciadas em casos de inflamação da pele da mama, tais como tuberculose, sífilis, abscesso subareolar recidivante, trauma, mastite de células plasmáticas, fibrose mamária involucional, doença fibrocística, linfoma não-Hodgkin primário da mama, carcinoma inflamatório e carcinoma lobular invasivo. Fica clara a importância do diagnóstico diferencial para evitar um supertratamento cirúrgico em casos de mastopatia diabética. Não obstante o quadro inflamatório histológico, o diagnóstico de mastopatia diabética só foi secundariamente alcançado por exclusão dos demais diagnósticos diferenciais, haja vista esta apresentação unusual tanto em relação à idade da paciente quanto a sua associação com outras mastopatias.

091

METÁSTASE MAMÁRIA DE CARCINOMA DE TIREOIDE: RELATO DE CASO

Emanuelle Narciso Alvarez; Juliana Murteira Esteves Silva; Sandra Marques Silva Gioia; Flávia Luz Felício; Fernanda Maria Braga Marinho; Hélide de Souza Bastos; Maria de Fátima Gonçalves dos Santos; Giselle Maria Vignal

O carcinoma medular da tireoide corresponde a aproximadamente 4% dos casos de câncer tireoidiano. Está incluído nas síndromes familiares autossômicas dominantes (NEM 1 e 2) em 20 a 25% dos casos. A disseminação metastática é hematológica, tendo como sítios mais comuns: cérebro, mediastino, pulmões, adrenais, ossos e fígado. Os fatores prognósticos mais importantes são: a idade avançada, a extensão do tumor primário, a presença de doença nodal e metástases à distância. A sobrevida em dez anos é de 75%; no estágio IV, corresponde a 21%. Paciente do sexo feminino, matriculada no Instituto Nacional de Câncer, em 1988, aos 22 anos, apresentando tumor cervical de 2 cm e linfonodomegalia cervical. Realizou-se punção aspirativa com diagnóstico de carcinoma medular de tireoide. Foi submetida à tireoidectomia total com linfadectomia cervical modificada bilateral; a histopatologia revelou metástases linfonodais cervicais e mediastinais. Tratamento adjuvante com radioterapia iodoterapia. Seguimento clínico por 12 anos, sem sinais de recidiva local ou à distância. Em 2002, foram diagnosticadas metástases pulmonares, pouco sintomáticas. Tratamento paliativo até 2010, sendo evidenciadas metástases hepáticas. Na mesma data, palpou nódulo em mama esquerda de 2,5 cm de diâmetro e foi encaminhada ao Serviço de Mastologia para investigação. Mamografia com nódulo anecoico heterogêneo, espiculado, medindo 1,6 cm de diâmetro em mama esquerda, BI-RADS-5. *Core biopsy* incon-

clusiva em 2011, realizou-se, então, tumorectomia com histopatologia de carcinoma medular de tireoide metastático para a mama. Evoluiu com metástases ósseas, segue em tratamento paliativo. Não há relato na literatura de metástase mamária de carcinoma tireoidiano, mostrando a importância da descrição deste caso.

092

METÁSTASE OCULAR E DERRAME PERICÁRDICO NEOPLÁSICO: UM ESTUDO DE CASO DE CÂNCER PRIMÁRIO DE MAMA

Aline Falean Alves Magalhães; Elisa Raphael dos Santos; Anita Obianamma Ejideh; Leilliane Ferreira Sampaio; Carlos Marino Cabral Calvano Filho; Maria de Fátima Brito Vogt (Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil). Objetivos: relatar um caso de câncer de mama metastático para olho e pericárdio. Métodos: estudo retrospectivo de paciente atendida no Hospital Universitário de Brasília. Resultados: paciente, 46 anos, sexo feminino, sem comorbidades, iniciou quadro de déficit visual com escotomas cintilantes, além de hiperemia e dor em mama esquerda há quatro anos. Clinicamente, apresentava nódulo mamário de 3 cm com linfonodos suspeitos em axila homolateral, cervicais e supraclaviculares bilaterais. Na mamografia, apresentava-se como densidade assimétrica em mama esquerda e BI-RADS 3; histologicamente, como carcinoma ductal invasor e, por imunoistoquímica, com receptores hormonais e HER-2 positivos, e Ki67 positivo em 50%. A retinografia fluorescente e ultrassonografia ocular mostraram doença metastática ocular. A paciente, ao diagnóstico, também tinha doença óssea metastática diagnosticada por cintilografia óssea. Seu estadiamento clínico foi IV, tratada com quimioterapia paliativa (5-fluorouracil, adriamicina, ciclofosfamida), seguida de hormonioterapia (tamoxifeno). Um ano após o diagnóstico, apresentou implantes pulmonares e progressão da doença com nódulo mamário à direita de 4,5 cm, com crescimento e linfonodomegalia axilar à direita. Neste ano, evoluiu com derrame pleural neoplásico volumoso e derrame pericárdico com queixas respiratórias. Realizou-se toracoscopia para drenagem torácica e janela pericárdica. O inventário intratorácico mostrava disseminação para pleura, pulmão, pericárdio, diafragma e epicárdio. Teve melhora clínica considerável após o procedimento, com alta hospitalar, e segue com novo ciclo de quimioterapia (taxol e carboplatina). Conclusões: relatou-se uma paciente com sobrevida de quatro anos após diagnóstico da doença metastática. Metástases oculares e cardíacas de mama são igualmente raras e estão associadas à sobrevida curta e morbidade elevada.

093

METÁSTASE UTERINA DE CARCINOMA LOBULAR INVASIVO: RELATO DE CASO

Ana Clara Araujo Costa (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Roberta Pinter Lacerda (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Ruffo de Freitas-Júnior (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Rosemar Macedo de Sousa Rahal (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Marise Amaral Rebouças Moreira (Departamento de Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Maria Helena Tavares Vilela (Departamento de Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Marina Oliveira Silva de Paiva (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Taiane Medeiros Terra (Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil)

Introdução: a metástase uterina de câncer de mama é rara, sendo o carcinoma lobular o maior responsável pela mesma. Quando há metáteses para o trato genital, os ovários e o endométrio são mais comumente envolvidos, sendo a cérvix raramente acometida. Métodos: RPS, 47 anos, há cinco anos de episódios recorrentes de ascite volumosa, com citologias oncóticas negativas e ausência de hepatopatia, com posterior surgimento de nódulo em mama esquerda de 7,0x7,0 cm, endurecido, fixo e com retração mamilar. A *core biopsy* apresentava carcinoma lobular invasivo. À imunohistoquímica, receptor de estrogênio e progesterona positivos. Submetida a seis ciclos de quimioterapia neoadjuvante, mastectomia radical modificada e hormonioterapia com tamoxifeno por dois anos e três meses. Evoluiu com recidiva da ascite e tomografia computadorizada de abdômen, mostrando lesão expansiva heterogênea em região anexial esquerda. Foi submetida à pan-histerectomia com omentectomia, cujo anatomopatológico revelou tecido ovariano infiltrado por carcinoma metastático bem como o colo uterino, endométrio, miométrio, tubas e paramétrios. Paciente segue em hormonioterapia com inibidor da aromatase sem intercorrências. Conclusões: os sítios de metástases mais comuns de câncer de mama são: ossos, pulmões e fígado. As metástases para trato genital são raras, mas devem ser consideradas. O tratamento deve ser feito com base no sítio primário.

094

NÓDULO MAMÁRIO POR DOENÇA DE CASTLEMAN: DOENÇA LOCAL OU SISTÊMICA?

René Aloísio da Costa Vieira; Jorge Shigueo Kunizaki; Adriano Diniz B. Mendes; José Spartaco Vial; Abaeté Leite do Carmo; Ana Paula Uema Watanabe; Cristovam Scapulateno Neto; Ângelo Gustavo Zucca Matthes (Breast Unit – Sennonetwerk – Hospital de Câncer de Barretos, São Paulo; Hospital

Pio XII – São José dos Campos – São Paulo, Brasil).

Introdução: a doença de Castleman é clinicamente dividida em localizada e sistêmica. A forma localizada é geralmente assintomática, com manifestações clínicas secundárias ao crescimento tumoral, encontrando-se dividida clínica e histologicamente nos subtipos hialino-vascular e plasmocitário. A forma hialino-vascular é a mais frequente na doença de Castleman localizada, sendo o diagnóstico diferencial de adenopatias de outra origem. Na forma sistêmica, caracteriza-se por múltiplas adenopatias, não havendo tratamento específico, e uma evolução agressiva, usualmente fatal. Descrição do caso: IRN, 49 anos, com história de linfonodo axilar à direita, com crescimento há dois anos. Ressecção do linfonodo mamário mostrou-se tratar de doença de Castleman, forma hialino-vascular. A sorologia para HIV mostrou-se negativa. A mesma foi submetida a esvaziamento axilar. A paciente fez uso de prednisona e tratamentos locorregionais para ressecção de adenopatia sintomática. Aos quatro, seis anos, houve reaparecimento de doença em fossa supraclavicular direita, na qual a biópsia mostrou a presença de um linfoma de Hodgkin nodular com predomínio linfocítico, sendo submetida à quimioterapia ABVD e radioterapia minimante com *boost* em fossa e região cervical com evolução favorável. Atualmente aos 12, nove meses após o início do quadro, a mesma encontra-se viva e sem doença. Conclusões: observou-se, inicialmente, a presença de doença de Castleman localizada, com linfonodo mamário e adenopatia axilar. Evoluiu com a forma sistêmica, mantendo quadro de linfadenopatia em diversos sítios. Devido à evolução clínica desfavorável com aumento da linfadenopatia, diagnosticou-se um linfoma de Hodgkin, que é uma condição extremamente rara. A evolução clínica norteou a necessidade de nova avaliação histológica, bem como do tratamento, devendo a doença de Castleman ser considerada no diagnóstico diferencial das adenopatias axilares.

095

POSSÍVEIS INDICAÇÕES DE TOMOSSÍNTESE MAMÁRIA

Lizelle Winkelströter Correia; Henrique Alberto Pasqualette; Paulo Maurício Soares Pereira; Vânia Sondermann; Valeska Caldoncelli; Lizelle Correia; Laura Zaiden; Daniela Machado; Laura Gusman (Centro de Estudos e Pesquisas da Mulher – Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil).

A tomossíntese mamária é uma nova tecnologia de mamografia digital e tem mostrado resultados promissores na detecção precoce de lesões mamárias, evidenciando inclusive lesões não-visualizadas na mamografia digital convencional. O presente estudo visa analisar as possíveis indicações da tomossíntese mamária no rastreamento do câncer de mama. As possíveis indicações para a tomossíntese abrangem as situações em que a mamografia digital 2D isoladamente pode apresentar defici-

ências/restrições ou pode ser insuficiente no rastreamento e/ou no diagnóstico de lesões mamárias. São elas: mamas densas; mamas heterogêneas; pacientes submetidas à biópsia ou cirurgia prévia; câncer de mama prévio, com ou sem mama densa; esclarecimento do exame mamográfico prévio; e controle de imagem evidenciada em exames prévios. A tomossíntese deve ser usada em associação ou como complemento à mamografia digital convencional a fim de aumentar as chances diagnósticas, diminuir o *recall* das pacientes e evitar biópsias desnecessárias.

096

PUNÇÃO POR AGULHA FINA OU CORE BIOPSY?

Cristiano Rodrigues de Luna; Silvío Silva Fernandes; Luciana Alt Petel; Fabiano Malzac Franco; Lara Guimarães; Laura Osthoff; Marco Aurélio Azambuja; Rosalina Bottino Garcia

Introdução: a pesquisa das lesões mamárias, palpáveis ou não, pode ocorrer por meio dos métodos de punção percutânea da mama, conhecidos como: punção por agulha fina, *core biopsy* e mamotomia. A escolha entre eles depende de uma série de acontecimentos, como tipo da lesão (microcalcificações, nódulo, assimetria, distorção), tipo glandular, localidade, tamanho e custos. **Objetivos:** relatar a rotina instituída para nódulo sólido provavelmente benigno (categoria 3 de BI-RADS). **Métodos:** será descrita a técnica para a realização de punção por agulha fina, guiada por ultrassonografia das mamas e do preparo das lâminas para estudo citológico. Os resultados citológicos são comparados aos da impressão radiológica, seguindo-se a decisão terapêutica individual, dependendo do histórico familiar, tempo de evolução e estresse. **Conclusões:** o estudo destas lesões nodulares sólidas, de baixa suspeição radiológica, obteve resultados citológicos satisfatórios e permitiu a decisão de acompanhamento, por meio da ultrassonografia.

097

RECIDIVA DE HIPERPLASIA ESTROMAL PSEUDOANGIOMATOSA NODULAR DA MAMA: RELATO DE UM CASO

Fernanda Paglia Duran (Acadêmica de Medicina do 10º período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Ruffo de Freitas-Junior (Coordenador do Programa de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Rosemar Macedo Sousa Rahal (Mastologista do Programa de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Marise Amaral Rebouças Moreira (Patologista do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Larissa Pereira da Costa (Residente de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).

Introdução: a hiperplasia estromal pseudoangiomatosa da mama é caracterizada por aumento de densidade, proliferação colágena do estroma mamário e pseudoespaços capilares anastomosados, recobertos por células fusiformes. A forma nodular é muito rara. **Descrição do caso:** 46 anos, branca, nódulo palpável de 2 cm, em QSE de mama direita, há dois anos, história de indução de ovulação por três e de contraceptivo oral por um ano. À ultrassonografia, imagem ovalada, hipoeogênica, homogênea de 22x13 mm em QSE da mama direita, BI-RADS 4A. A mamografia estava normal. O anátomopatológico revelou fibroesclerose e infiltração gordurosa intersticial. Após 18 meses, apresentou área endurecida no local da cirurgia. À ultrassonografia, nódulo hipoeoico em QSE da mama direita, de 26x20 mm. O anátomopatológico mostrou ductos e ácinos sem particularidades e estroma com espaços semelhantes a fendas atapetadas por células aplainadas. A revisão da primeira lesão evidenciou áreas focais com as mesmas alterações. O diagnóstico foi hiperplasia estromal pseudoangiomatosa. A imunoistoquímica demonstrou CD34+, Vimentina+ e CD31-, reforçando diagnóstico. A paciente foi orientada a realizar seguimento. **Discussão:** a hiperplasia estromal pseudoangiomatosa é mais frequente em mulheres na perimenopausa, em terapia de reposição hormonal e durante a gestação. Chamou-nos a atenção o fato de a paciente ter feito indução ovulatória durante três anos, já que a responsividade da hiperplasia estromal pseudoangiomatosa aos hormônios é citada por muitos autores. Apesar de muitos trabalhos citarem a hiperplasia estromal pseudoangiomatosa como processo benigno, recentemente foi relatada a transformação de hiperplasia estromal pseudoangiomatosa em um raro sarcoma. **Conclusões:** a partir da possibilidade de transformação maligna da hiperplasia estromal pseudoangiomatosa, optou-se pelo seguimento da paciente até que a natureza e o comportamento da hiperplasia estromal pseudoangiomatosa sejam melhor compreendidos.

098

RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES NA MAMA

Gabriela Resende Horbilon (Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil); Ruffo de Freitas Junior (Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil); Luiz Murilo Martins Araújo (Departamento de Patologia e Imagenologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil); Rosemar Macedo Sousa Rahal (Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil); Roseana Netto Pereira (Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil); Bárbara Pacheco Lima (Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil). **Introdução:** tumores de células granulares raramente ocorrem na mama, correspondendo a somente 8% dos casos, sendo o

quadrante superior medial a região mais acometida. Achados clínicos e radiológicos usualmente sugerem lesão maligna, mas menos de 1% realmente apresentam malignidade. Descrição do caso: paciente de 47 anos, sexo feminino, parda, sem história de câncer de mama na família, apresentou ao exame físico área nodular mal definida de 1 cm em quadrante inferior medial da mama direita. A mamografia revelou imagem nodular de 1 cm, com densidade aumentada homogeneamente e bordas levemente irregulares. Na ultrassonografia, observou-se nódulo sólido, leve sombra acústica posterior e bordas bem definidas, exceto no polo inferior direito, categoria BI-RADS 3. A ressonância magnética confirmou achados anteriores e mostrou-se hipercaptante ao galodínio, comparando-se com outra região do parênquima mamário contralateral. A microscopia da lesão, obtida por biópsia incisional, revelou proliferação celular com citoplasma granular eosinofílico. O estudo imunohistoquímico se apresentou positivo aos marcadores S-100 e CD63, realizando diagnóstico de tumor de células granulares. Foi feita cirurgia com ressecção da lesão com margens. Houve boa evolução pós-operatória e acompanhamento pelo médico assistente. Comentários: o tumor tem padrão infiltrante, e é mais comum em mulheres na pré-menopausa; contudo, não há vínculo entre o surgimento do tumor e os hormônios estrogênio e progesterona. O diagnóstico é confirmado pelo estudo microscópico da lesão. Apesar do caráter predominantemente benigno da lesão, o tratamento de escolha é a ressecção da lesão com margens.

099

RELATO DE CASO: CARCINOMA PRIMÁRIO DE MAMA ACESSÓRIA AXILAR

Clécio Ênio Murta de Lucena; Ruthiana Silva de Moraes

Descrição do caso: carcinoma primário de mama acessória axilar. Trata-se da apresentação de caso incomum de carcinoma primário em mama acessória axilar. SKP, 61 anos, casada, professora, com relato de nódulo em axila direita há quatro meses, com regressão parcial, sem fatores associados. Menarca aos 14 anos, menopausada. Nega uso de terapia hormonal. Grávida dois, para dois. Amamentação efetiva. Antecedente familiar negativo para câncer. Exame físico revelava área nodular de 1,5 cm, superficial, com orifício sugerindo hidrossadenite residual em axila direita. Mamas sem anormalidades. Mamografia categoria 2, ultrassonografia relatando nódulo sólido em axila direita, citologia da punção aspirativa sugestiva de infiltração metastática em linfonodo axilar de origem a ser esclarecida. Ressonância nuclear magnética posterior sem alterações nas mamas. A paciente foi submetida à extirpação da lesão, com anatomopatológico revelando lesão de 1,1 cm compatível com carcinoma ductal invasor. Nova cirurgia realizada: quadrantectomia e biópsia de linfonodo sentinela. A histopatologia não evidenciou doença residual, com três linfonodos sentinelas

negativos. Painel de marcadores demonstrou receptores de estrogênio e progesterona positivos e HER2 negativo. A paciente foi encaminhada para terapia adjuvante e radioterapia. O câncer em mama ectópica representa até 0,3% dos casos de malignidade mamária. Os sítios mais comuns são: axila e vulva. O tipo ductal representa a maioria. O tratamento cirúrgico compreende excisão local ampla e abordagem axilar, seja por biópsia de linfonodo sentinela ou linfadenectomia. A raridade da patologia e a dificuldade de se abordar adequadamente a região axilar pela mamografia podem retardar o diagnóstico e piorar o prognóstico.

100

SARCOMA DE MAMA: RELATO DE CASO

Atônio Bitu dos Santos Filho (Médico Mastologista do Hospital Universitário Walter Cantídio da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará – Fortaleza, Ceará, Brasil); Emílio Daniel Pacheco de Sousa (Médico Residente de Mastologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará – Fortaleza, Ceará, Brasil); Gelma de Freitas Peixoto (Médico Mastologista do Hospital Universitário Walter Cantídio da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará – Fortaleza, Ceará, Brasil); Luiz Gonzaga Porto Pinheiro (Médico Mastologista do Hospital Universitário Walter Cantídio da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará – Fortaleza, Ceará, Brasil); Paulo Henrique Walter Aguiar (Médico Mastologista do Hospital Universitário Walter Cantídio da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará – Fortaleza, Ceará, Brasil).

Resumo: o sarcoma primário de mama é um tumor raro, sendo que o aspecto clínico predominante é o de uma massa indolor e móvel, de crescimento rápido e difuso, com tamanho médio de 5 cm, incidente em uma média de idade de 60 anos. O diagnóstico é trabalhoso, sendo determinado pelo exame histopatológico. Nesta publicação, relata-se o caso de uma paciente de 27 anos, que procurou o ambulatório de mastologia com nódulo dolorido, na axila direita, notado no final da gestação, com ultrassonografia mamária mostrando volumosa massa sólida, com áreas císticas de perimeio (visualização de vegetação intracística), ocupando quadrante superior lateral da mama direita (BI-RADS 5). A paciente foi submetida à excisão ampla da lesão, e o resultado histopatológico foi tumor floide maligno, com formação sarcomatosa, do tipo sarcoma pleomórfico de alto grau e lipossarcoma de alto grau, medindo 14,0x9,0x6,0 cm; margens livres, a menor medindo 1,0 mm. Complementando o tratamento, encaminhou-se para radioterapia adjuvante. São discutidos aspectos relacionados à frequência da ocorrência do sarcoma de mama, às dificuldades diagnósticas, ao prognóstico e às abordagens terapêuticas.

101

SARCOMA DE PALATO COM METÁSTASE PARA MAMA: RELATO DE CASO

Juliana Murteira Esteves Silva; Sandra Marques Silva Gioia; Flávia Luz Felício; Fernanda Maria Braga Marinho; Emanuelle Narciso Alvarez; Giselle Maria Vignal; Lidia Maria Magalhães Cordeiro de Rezende; Elizete Martins dos Santos (Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil). Sarcomas são tumores raros, correspondendo a 2% dos tumores malignos de cabeça e pescoço. Possuem prognóstico reservado, devido às altas taxas de recorrência local e potencial metastático hematogênico, principalmente para tumores de alto grau. Os sítios mais comuns de metástases são: pulmão, fígado e ossos. Preconiza-se o tratamento cirúrgico e radioterápico. Radioterapia paliativa para tumores sem possibilidade cirúrgica. Uso de quimioterapia é controverso. Paciente do sexo feminino, de 62 anos, apresentou em 2007 lesão em palato ósseo, com diagnóstico de sarcoma de células fusiformes compatível com fibro-histiocitoma maligno à revisão da biópsia no Instituto Nacional de Câncer. Submetida à palatectomia parcial e ressecção parcial do septo nasal por infiltração tumoral em 2007. Tratamento adjuvante radioterápico e controle clínico subsequente. Foi encaminhada ao Serviço de Mastologia, em 2010, para investigar tumoração mamária esquerda. À palpação, nódulo irregular e endurecido medindo 2,0 cm no quadrante superolateral de mama esquerda. *Core biopsy* revelou sarcoma de células fusiformes, metastático compatível com fibro-histiocitoma maligno. Ressecção segmentar mamária com margens cirúrgicas livres à análise histopatológica. Estadiamento negativo para outras metástases. Foi submetida à ressecção segmentar alargada de tumoração de mama esquerda em junho de 2011. Atualmente, encontra-se em controle clínico. Não há caso publicado na literatura médica de metástase de sarcoma de cabeça e pescoço para mama.

102

TÉCNICA DE TOMOSSÍNTESE MAMÁRIA

Lizelle Winkelströter Correia; Henrique Alberto Pasqualette; Paulo Maurício Soares Pereira; Vânia Sondermann; Valeska Caldoncelli; Lizelle Correia; Laura Zaiden; Daniela Machado; Laura Gusman (Centro de Estudos e Pesquisas da Mulher, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil). A tomossíntese mamária é um método que permite melhor análise do tecido mamário por excluir a sobreposição de tecidos. Desta forma, possui vantagens em relação à mamografia digital. A tomossíntese mamária é uma tecnologia de última geração, que vem ganhando espaço e especial importância, tanto no rastreamento, quanto no diagnóstico do câncer de mama. Este estudo tem como objetivo demonstrar a técnica de realização desse exame e suas vantagens em relação à mamografia digital. É um exame em 3D, que permite observar o te-

cido mamário em cortes transversais, utilizando-se usualmente espessura de 1 mm, aumentando assim a sensibilidade da mamografia digital, por meio da detecção de lesões cada vez mais sutis, e diminuindo as taxas de *recall*. A tomossíntese, além de fornecer uma excelente localização espacial das lesões, permite melhor definição das suas características, distinguindo, com maior segurança entre as imagens verdadeiramente suspeitas e aquelas provocadas por superposição de estruturas normais, diminuindo assim o número de biópsias desnecessárias. Portanto, essa nova tecnologia se mostra superior à mamografia digital no rastreio e na propedêutica das alterações mamárias.

103

TUBERCULOSE MAMÁRIA – HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA, RIO DE JANEIRO

Carolina Cunha Silveira; Mário Nascimento Saraiva; Luciana Jandre Boechat; Pedro Maroun; Marcelo Luis Pierro Saraiva; Isabela Cunha Silveira; Ana Paula Jandre Boechat CRDD, 38 anos, nuligesta. Portadora de nódulo na união dos quadrantes externos da mama esquerda há aproximadamente um mês. Ao exame, nódulo irregular, com limites mal definidos, endurecido, com 3 cm, fixado à pele com retração e fistula. Exames: mamografia (18 de abril de 2011), categoria 0, mama esquerda aumentada de volume com espessamento cutâneo em RRA, retração mamilar e distorção parenquimatosa difusa; ultrassonografia das mamas (14 de março de 2011), categoria 3, ectasia ductal RRA bilateral contendo materiais hipocóicos junto a suas paredes 8,5x4,5 mm na mama direita e 15x8 mm, na esquerda. Presença de nódulo hipocóico de contornos regulares e limites precisos e zona hipercoagênica central de 8x6 mm, QSE da mama esquerda sugestivo de linfonodo. Também foi realizada ressonância magnética das mamas (09 de maio de 2011), categoria 4, ectasia ductal RRA e linfonodos intramamários da mama direita. Realce assimétrico de contraste com distribuição segmentar na mama esquerda, associado à ectasia ductal com realce de contraste, de aspecto suspeito; raio X de tórax (18 de maio de 2011) normal; PPD em julho de 2011, reator de 12 mm; dosagem hormonal – FSH 3,23; testosterona total 0,2; androstenediona 2; prolactina 29,29; lh 4,26; progesterona 11,26; estradiol 115,30; beta-HCG <1,2; T3 0,93; T4L 0,95; TSH 1,24. Peça cirúrgica (26 de maio de 2011) nº B20111263. Segmento de tecido mamário medindo 5,5x5,0x3,0 cm. Aos cortes amarelados, lobulados e untuosos com áreas parda-amareladas ou acastanhadas. Os cortes revelam alterações compatíveis com mastite lobular granulomatosa. Ausência de malignidade. Colorações para BAAR e fungos foram negativas. O tratamento foi feito com esquema antituberculostáticos (RIPE) por seis meses, baseado no PPD. Até o momento, sem recidiva das fístulas. Conclusões: patologia rara que se apresenta clinicamente como nódulo mamário e radiologicamente como carcinoma, sendo relevante o diagnóstico diferencial na presença de massa palpável.

104

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DA MAMA: RELATO DE CASO

Gabriela Resende Horbilon (Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil); Ruffo de Freitas Junior (Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Luiz Murilo Martins Araújo (Departamento de Patologia e Imagenologia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Rosemar Macedo Sousa Rahal (Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Roseana Netto Pereira (Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil); Bárbara Pacheco Lima (Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil).
Objetivos: relatar um caso de tumor de células granulares em mama. Métodos: paciente de 47 anos, sexo feminino, parda, sem história de câncer de mama na família, apresentou, ao exame físico, área nodular mal definida de 1 cm em quadrante inferior medial da mama direita. A mamografia revelou imagem nodular de 1 cm com densidade aumentada homogeneamente e bordas levemente irregulares. Na ultrassonografia, observou-se nódulo sólido, leve sombra acústica posterior e bordas bem definidas, exceto no polo inferior direito, categoria BI-RADS 3. A ressonância magnética confirmou achados anteriores e se mostrou hipercaptante ao galodínio, comparando-se com outra região do parênquima mamário contralateral. A microscopia da lesão, obtida por biópsia incisional, revelou proliferação celular com citoplasma granular eosinofílico. O estudo imunoistoquímico se apresentou positivo aos marcadores S-100 e CD63, realizando diagnóstico do tumor de células granulares. Resultados: paciente foi submetida à cirurgia com ressecção da lesão com margens. Houve boa evolução pós-operatória e acompanhamento pelo médico assistente. Conclusões: tumores de células granulares raramente ocorrem na mama, correspondendo a somente 8% dos casos, sendo o quadrante superior medial a região mais acometida. Achados clínicos e radiológicos usualmente sugerem lesão maligna, mas menos de 1% realmente apresentam malignidade. O tumor tem padrão infiltrante e é mais comum em mulheres na pré-menopausa; contudo, não há vínculo entre o surgimento do tumor e os hormônios estrógeno e progesterona. O diagnóstico é feito pelo estudo microscópico da lesão. Apesar do caráter predominantemente benigno da lesão, o tratamento de escolha é sua ressecção com margens.

105

TUMOR METASTÁTICO DE MAMA: RELATO DE CASO DE PACIENTE COM CÂNCER PRIMÁRIO GÁSTRICO

Aline Falean Alves Magalhães; Elisa Raphael dos Santos; Anita Obianamma Ejideh; Leiliane Ferreira Sampaio; Ana Emília Borges de Azevedo; Carlos Marino Cabral Calvano Filho;

Maria de Fátima Brito Vogt (Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil).

Objetivos: relatar um caso de câncer gástrico com metástase para mama. Métodos: foi realizado estudo retrospectivo com base no prontuário de paciente assistida no Hospital Universitário de Brasília. Resultados: paciente, 38 anos, sexo feminino, sem comorbidades, apresentou quadro de epigastralgia e perda ponderal de 5 kg iniciados em agosto de 2010. Endoscopia digestiva alta evidenciou lesão extensa de 5 cm na pequena curvatura gástrica, tipo III de Borrmann. O estudo histopatológico demonstrou adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado (células em anel de sinete). Tomografia de abdômen evidenciou espessamento de pequena curvatura e corpo gástrico, além de linfadenopatia para-aórtica esquerda. O estadiamento inicial foi T2N1M0. Foi realizada quimioterapia neoadjuvante durante a qual a paciente evoluiu com trombose de veia cava superior, sendo anticoagulada. Após término da quimioterapia, realizou-se gastrectomia total com esofagectomia distal e reconstrução em Y de Roux em março de 2011, seguida de quimioterapia adjuvante. A ressonância magnética da coluna torácica e lombossacra demonstrou implantes ósseos, além de derrame e nódulos pleurais à esquerda com linfonodomegalias mediastinais e hilares. Em abril de 2011, apresentou dor e aumento de volume em mama esquerda e presença de múltiplos nódulos palpáveis, com mamografia BI-RADS IV. *Core biopsy* da mama revelou carcinoma invasor, com imunoistoquímica positiva para CK7, CK20 e antígeno carcinoembrionário, sugerindo carcinoma proveniente do trato digestivo. Evoluiu com trombose arterial de membros inferiores, derrame pleural bilateral e linfangite carcinomatosa pulmonar, com êxito letal em junho de 2011. Conclusões: o câncer de mama metastático é bastante raro, e os sítios primários geralmente são estômago, pulmão, próstata ou rim.

106

UTILIZAÇÃO DE POLIDIMETILSILOXANO DE ALTA VISCOSIDADE PARA DETERMINAÇÃO DA INJEÇÃO DE RADIOFÁRMACO EM LOCALIZAÇÃO DE LESÕES OCULTAS NA MAMA

Paulo Gustavo Tenorio do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg; Geraldo Sérgio Farinazzo Vitral

Introdução: a introdução de técnicas cada vez menos invasivas para localização de lesões não-palpáveis na mama tem aumentado a capacidade do tratamento de cânceres de mama iniciais, possibilitando um resultado estético satisfatório. Com o objetivo de diminuir o erro na injeção do radiofármaco na lesão não-palpável, diagnosticada pela ultrassonografia e/ou mamografia, foi proposta a utilização de um material que seja injetado junto ao radiofármaco, inócuo à paciente e que possa ser visualizado pelos métodos de imagem após a sua injeção. Métodos: trata-se

de uma série de sete casos de pacientes com lesões não-palpáveis de mama, que necessitam ser submetidas à ressecção cirúrgica por meio da identificação da mesma com radiofármaco. Foi utilizado, juntamente com a injeção do radiofármaco, o polidimetilsiloxano de alta viscosidade para tentativa de localização do local demarcado com técnicas radiológicas (mamografia e ultrassonografia) no pré- e pós-operatório. Resultados: nos sete casos, as pacientes foram submetidas à aplicação do polímero, em todos identificou-se o mesmo pelos métodos de imagem utilizados, no período pré-operatório. Já na avaliação intraoperatória (avaliação radiológica da peça cirúrgica), em um caso não identificou-se o polímero. Em análise anatomopatológica, os setores mamários ressecados apresentaram margens livres, porém em nenhum caso o polímero foi identificado; provavelmente devido à extração do mesmo no processo de diafanização da preparação histológica. Nenhuma paciente apresentou eventos adversos, seja hipersensibilidade ou hematoma local, durante e após o procedimento completo. Conclusões: o polímero em questão se mostrou muito eficaz em ratificar radiologicamente o local da injeção do radiofármaco, sem oferecer eventos adversos aos pacientes aplicados.

DOENÇAS BENIGNAS

107

ADENOMA GIGANTE DA LACTAÇÃO: RELATO DE CASO

Tatiane Oliveira Borges; Ana Carolina de Oliveira; Maria de Fátima Brito Vogt; Fernanda Cristina Afonso Salum; Carlos Marino Galvão Calvano Filho; Gustavo de Castro Gouveia (Residência Médica de Mastologia, Hospital Universitário de Brasília –Brasília, Distrito Federal, Brasil).

Introdução: o adenoma da lactação é o tumor sólido mais comum na gestação e lactação. O aspecto clínico é semelhante ao fibroadenoma e a maioria regride após a lactação. O caso descrito se refere a uma tumoração de mama com grandes dimensões. Descrição do caso: a paciente relata nódulo em mama esquerda há cinco anos, em puerpério de gestação anterior. Na gestação atual, houve crescimento do nódulo. Com 21 semanas de gestação, apresentava tumoração em mama esquerda de 16x10 cm com axilas negativas, levando à assimetria importante entre as mamas. Foi realizada core biopsy com resultado histopatológico de adenose e edema estromal perilobular. A paciente foi submetida à biópsia incisional, com diagnóstico de proliferação fibroepitelial benigna da mama, com áreas de adenose e focos de alterações lactacionais. Com 34 semanas de gestação, a tumoração media aproximadamente 21x17 cm e a paciente realizou a tumorectomia, com resultado histopatológico de adenoma lactacional. Teve parto normal após três semanas e amamentou normalmente nas duas mamas. Comentários: a gestação leva a

um aumento de volume, densidade e nodularidade das mamas, sendo importante o exame físico na primeira consulta de pré-natal. A investigação de um nódulo será feita com mamografia, ultrassonografia e biópsia. A hipótese de doença maligna deve ser sempre levantada, e o diagnóstico diferencial também deve ser feito com fibroadenoma, lipoma, galactocele e lesões inflamatórias. A conduta cirúrgica é avaliada de acordo com os aspectos clínicos do nódulo e a idade gestacional da paciente.

108

ADENOMA PLEOMÓRFICO DA MAMA: RELATO DE CASO

José Costa Andrade; Ricardo Alves Basso; Anne Caroline Dos Santos Andrade (Médicos do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – São Paulo, São Paulo, Brasil).

Introdução: tendo em vista a mama ter embriologicamente a mesma origem dos anexos cutâneos, muitas das neoplasias que acometem o órgão podem apresentar as mesmas características histológicas das neoplasias anexas da pele e de outras glândulas exócrinas, como as salivares. Dentre as neoplasias benignas, tem-se o adenoma pleomórfico, cujos relatos são raros na literatura. Descrição do caso: paciente, do sexo feminino, 49 anos, com nódulo oval no quadrante superolateral da mama esquerda à mamografia, com margens definidas, medindo 1,3 cm, Bi-Rads II. Ao exame histológico, chamava-se a atenção a presença dos dois componentes da neoplasia, o epitelial e o estromal, ambos benignos. Havia grande quantidade de tecido cartilaginoso e focos de calcificação também vistos ao exame mamográfico, compatível com o diagnóstico de adenoma pleomórfico. Ao exame imunoistoquímico, expressava-se proteína S-100, vimentina e marcadores epiteliais e mioepiteliais. Comentários: o adenoma pleomórfico da mama é caracterizado por dois componentes celulares, epitelial e mioepitelial em meio a um estroma mixomatoso, que pode conter tecido cartilaginoso em quantidades variáveis. É mais frequente em mulheres na pós-menopausa e, embora sua apresentação radiológica favoreça o diagnóstico de neoplasia benigna, o exame histológico intraoperatório representa por vezes um desafio no diagnóstico diferencial, com neoplasias malignas da região.

109

ADENOMASTECTOMIA BILATERAL EM ADOLESCENTE COM FIBROADENOMATOSE MÚLTIPLA: RELATO DE CASO DO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO HOSPITAL AMARAL CARVALHO, JAÚ, SÃO PAULO

Fernando Vequi Martins; Ailton Joioso; José Roberto Fíguro Caldeira; João Ricardo Auler Paloschi; André Augusto Curty Romero Veloso; Romeu Frisina Filho; Danielle Angotti Ratto

Introdução: fibroadenomatose múltipla é uma apresentação indolor, benigna e rara do fibroadenoma, caracterizada por rápido

surgimento e ampliação dos nódulos mamários encapsulados, na faixa etária de 10 a 18 anos, de etiologia não-definida. O tratamento é cirúrgico, variando de excisões simples à adenomastectomia com reconstrução. Descrição do caso: apresenta-se uma jovem de 15 anos, encaminhada por fibroadenomas bilaterais. Realizou-se ultrassonografia mamária, que mostrou nódulos palpáveis, três à esquerda e um à direita, com características benignas e classificação de BI-RADS 3. Após quatro meses, apresentava-se com macromastia bilateral indolor e aumento expressivo no número das nodulações, sendo impossível a mensuração clínica; entretanto, paciente e sua responsável optaram por conduta expectante. Dois anos depois, pela dificuldade ultrassonográfica e clínica, realizou-se ressonância nuclear magnética das mamas com visibilização de nódulos múltiplos bilaterais com morfologia de benignidade, correspondendo à suspeita clínica de fibroadenomatose, com categorização BI-RADS 2. Por esse motivo, realizou-se adenomastectomia bilateral com reconstrução, utilizando-se expansor submuscular, que foi trocado por prótese definitiva de silicone em segundo tempo. O resultado anatomopatológico confirmou a hipótese de mastopatia fibroadenomatóide. Após 12 meses, a paciente encontra-se em seguimento ambulatorial, sem alterações aos exames físico ou imaginológico. Comentários: concluiu-se que a fibroadenomatose é uma patologia mamária benigna, rara, de etiologia incerta e apresentação distinta, que proporciona um desafio complexo, tanto no diagnóstico quanto na escolha terapêutica mais adequada, uma vez que, mesmo se tratando de uma entidade não-maligna, o tratamento pode se findar em adenomastectomia bilateral, proporcionando grande trauma emocional para uma paciente jovem.

110

DOENÇA DE CASTLEMAN EM LINFONODO AXILAR

Juliana Roberti Prado; Gil Facina; Afonso Celso Pinto Nazário; Simone Elias Martinelli; Joaquim Teodoro De Araújo Neto; Joseph Nacson; Marcela Balceiro De Freitas; Danielle Ramos Martins Matsumoto

Introdução: a doença de Castleman é uma afecção linfoproliferativa rara, que acomete principalmente o mediastino. Distribui-se igualmente entre os sexos. Descrição de caso: ISS, 49 anos, queixa-se de nódulo em axila direita há três meses, sem comorbidades associadas. Ao exame clínico, apresentava massa de 8 cm em prolongamento axilar ipsilateral, móvel, bem delimitada e de consistência fibroelástica. A mamografia identificou nódulo lobulado, hiperdenso, circunscrito, com calcificações grosseiras de permeio, medindo 8 cm e localizado em quadrante superolateral da mama direita. O estudo ultrassonográfico revelou nódulo hipocogênico, ovalado, circunscrito, medindo 7,5 cm de diâmetro, que foi classificado como BI-RADS 4. Realizou-se biópsia percutânea por agulha grossa, cujo resultado foi de hiperplasia linfóide reacional. Optou-se

por biópsia excisional de nódulo, e o estudo histopatológico demonstrou se tratar de doença de Castleman na forma hialino-vascular. Conclusões: a doença de Castleman é uma patologia linfoproliferativa, na maioria das vezes assintomática. É subdividida nas formas hialino-vascular, plasmocítica e mista. Geralmente, é unicêntrica, em 90% dos casos, sendo esta a forma benigna cujo tratamento consiste na excisão completa da lesão. Na forma multicêntrica, associam-se sintomas sistêmicos. O tratamento, nesses casos, pode incluir poliquimioterapia e antirretrovirais. Em 66% dos casos está associada ao HHV-8, além do HIV. As características citológicas e histopatológicas são: hiperplasia de folículos linfóides, com ou sem formação de centro germinativo, e proliferação capilar com hiperplasia endotelial. O diagnóstico diferencial mais importante são as metástases linfonodais de carcinomas, sobretudo mamários. Sendo assim, a punção por agulha fina ou a biópsia excisional necessárias para o diagnóstico.

111

DOENÇA DE PAGET EM AXILA: RELATO DE CASO

Sérgio Figueiredo Calmon Filho (R2 Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); André Vinicius Moraes Dias (R2 Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Nayahara Gomes Batalha de Goes (R1 Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Jairo Prado Araújo (R1 Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Vanessa Paes Oliveira Vieira da Silva (Preceptora da Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Daniela Cristina Camarotti Camera Escorel Ribeiro (Preceptora da Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Solon Cavalcanti Guerra (Preceptor da Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Mauro Frões Assunção (Chefe do Serviço e da Residência de Mastologia do Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil).

Introdução: a Doença de Paget Extramamária é um evento raro, caracterizado pela presença de células adenocarcinomatosas intraepiteliais nas regiões perineal, genital e, menos frequentemente, umbilical, conjuntiva e axila 3. Há poucos casos relatados na literatura referentes à Doença de Paget da Axila, e seu tratamento é alvo de discussão. Descrição do caso: paciente MCJ, sexo feminino, 84 anos, admitida com quadro de artrite reumatoide e referindo lesão em axila direita há um ano, de crescimento lento associado a prurido. Ao exame físico, apresentava axila direita com lesão circular, com +/- 6 cm no maior diâmetro, rósea com pontos esbranquiçados e bordas elevadas, indolor à palpação. À ultrassonografia, apresentava axila direita apresentando área anecoica, a nível, de pele e limites mal definidos. À mamografia, apresentava calcificações benignas bilaterais categoria 2. O tratamento foi realizado com ressecção da lesão com margens, biópsia do linfonodo sentinela e do mami-

lo. A anatomia patológica mostrou Doença de Paget em pele de axila direita. Mamilo e linfonodo sentinela estavam livres de lesões. Conclusões: a Doença de Paget axilar é uma entidade clínica rara, com poucos casos relatados na literatura, que mostra menor associação com carcinoma concomitante, quando comparada à Doença de Paget Mamária. Dado à raridade da patologia, ainda não estão dispostas séries que estabeleçam de forma inequívoca qual o padrão de tratamento a ser seguido; contudo, a avaliação do status axilar, por meio da biópsia do linfonodo sentinela, com esvaziamento axilar (se positiva), associado à ressecção completa da lesão (com margens cirúrgicas de segurança) com radioterapia complementar e seguimento por longo período são condutas razoáveis.

112

FASCIÍTE NODULAR DA MAMA: RELATO DE CASO

Denise Kurschus De Oliveira Dantas; Marco Antônio Abrahão Reis; Érika Monteiro Pinheiro Mourão (Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil).

Objetivos: apresentar um caso raro de fasciíte nodular da mama em paciente do sexo feminino, de 45 anos, e promover uma revisão da literatura. Métodos: mulher de 45 anos, obesa, em uso de anticoncepcional oral, encaminhada ao consultório de mastologia apresentando nódulo palpável em quadrante inferomedial da mama direita. Resultados: a paciente apresentava história familiar de câncer de mama, sua mãe, a qual faleceu aos 42 anos. O nódulo da mama direita apresentava imagem correspondente à mamografia. A ultrassonografia das mamas evidenciou nódulo sólido às quatro horas na mama direita, de 9x6 mm. Foi realizada punção aspirativa fina da lesão, com diagnóstico de neoplasia fuso celular. Procedeu-se a tumorectomia, e o estudo anatomopatológico sugeriu fasciíte nodular, o qual foi confirmado pela imunoistoquímica. Conclusões: a fasciíte nodular da mama é uma doença benigna rara. Acomete mais comumente a fáscia da cabeça e do pescoço, com predomínio em adultos jovens. É caracterizada pela proliferação de fibroblastos, e as lesões são geralmente pequenas e solitárias. Sua importância consiste no fato de que, clinicamente e radiologicamente, pode simular um câncer de mama. O reconhecimento desta entidade rara é importante para serem evitadas intervenções cirúrgicas desnecessárias.

113

FIBROADENOMA EM AXILA: RELATO DE CASO

Sabas Carlos Vieira Ronald Da Costa Araújo; Theodoro Ribeiro Gonçalves Neto; Ravena Fontenele Belchior Cabral; Rafael Bandeira Lages

Introdução: fibroadenoma ocorrendo na axila de mulheres é um evento infrequente. A seguir, descreve-se um caso de um fibroadenoma axilar. Descrição do caso: paciente de 30 anos de idade, nulípara, procurou atendimento médico por aumento

de volume em região axilar esquerda. Estava em tratamento de microprolactinoma com galactorreia, em uso de cabergolina, mas ainda com taxas altas de prolactina mesmo estando em tratamento há vários anos (a dosagem atual de prolactina era 35 µg/L). Ao exame físico, apresentava uma massa em axila esquerda, que acreditou-se ser um linfonodo axilar móvel e endurecido, de aproximadamente 2,5 cm. O ultrassom mamário confirmou a presença de nódulo axilar de 2,6x1,7 cm e demonstrou a presença de cistos mamários. Realizou-se, então, a ressecção da lesão e o histopatológico revelou tratar-se de fibroadenoma intracanalicular axilar. A paciente evoluiu bem e não apresenta queixas um ano após a cirurgia. Comentários: o diagnóstico de tecido mamário ectópico é importante, pois pode apresentar as mesmas doenças que ocorrem nas mamas em posição normal, como o fibroadenoma e as neoplasias malignas. O tratamento e o prognóstico são similares aos das doenças do tecido mamário tóxico.

114

FIBROMATOSE MAMÁRIA – HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA, Rio de Janeiro

Mário Nascimento Saraiva; Carolina Cunha Silveira; Luciana Jandre Boechat; Pedro Maroun; Marcelo Luis Pierro Saraiva; Isabela Cunha Silveira; Ana Paula Jandre Boechat

Descrição do caso: HKPI, nascida em 30 de agosto de 1985. Primeira consulta em 17 de novembro de 2004, com nódulo na união dos quadrantes superiores da mama esquerda há aproximadamente 18 meses. Ao exame clínico, nódulo irregular, com limites mal definidos, endurecido, com 3 cm fixado à pele, que apresentava-se com retração. Trazia três mamografias e uma ultrassonografia com Doppler. Quanto aos laudos histopatológicos, a *core biopsy* (19 de novembro de 2004) apresentava fragmentos mamários, exibindo estruturas glandulares sem atipia em estroma conjuntivo denso e maior quantidade de tecido adiposo maduro. Quatro dos fragmentos podem corresponder ao componente estromal do fibroadenoma. A peça cirúrgica (26 de janeiro de 2005) mostrava segmentos irregulares de tecido mamário, medindo 5,5x5,5x2,5 cm e 2,5x1,0x1,0 cm, com elipse de pele com 4,0x2,0 cm. Aos cortes amarelados e untuosos com áreas brancas e elásticas de permeio, notando-se no fragmento maior na área nodular com 1,5 cm, branca, firme e elástica. Proliferação fibroconjuntiva compatível com fibromatose mamária. O painel imunoistoquímico (2 de fevereiro de 2005) apresentava receptor de estrogênio e progesterona negativo. Após seis anos, não houve recidiva tumoral. Conclusões: a fibromatose é um tumor benigno, infiltrante, que mimetisa o câncer de mama tanto ao diagnóstico clínico como nos métodos por imagem. O seu diagnóstico é histopatológico, e a ressecção com margem de segurança de tecido sadio à conduta cirúrgica. O surgimento de recidivas é variável, por vezes atribuído à ressecção incompleta, por vezes à biologia tumoral.

Nos casos recidivantes mais agressivos, radioterapia e quimioterapia podem ser tentados, porém, como não há grande experiência mundial, ainda não há consenso sobre esta conduta.

115 GESTAÇÃO E FIBROADENOMA: ESTUDO COMPARATIVO PÓS-CONTROLE DE DOIS ANOS ESTÁVEL (49 CASOS) E SEM O CONTROLE (35 CASOS)

Jackson Roberto De Moura; José Do Carmo Lopes Moreira; Tania Mara Baptista Moreira

Estudo prospectivo, realizado dos casos de nódulos mamários impalpáveis, estudado pela ecografia do serviço durante o período de julho de 2007 a julho de 2010, com análise dos dados pelos programas Epi-info e Bioestat. Objetivou-se verificar a existência, ou não, de benefícios do acompanhamento dos nódulos pré-gestação. O estudo consta de 49 casos de mulheres com nódulos com controle por dois anos estáveis e 35 mulheres com nódulos sem este tempo de controle. A seleção dos casos durante o período observou os critérios: nódulo hipoeoico, contorno regular, maior eixo paralelo à pele, homogêneo e sem alteração de fluxo ao Doppler, considerando o maior nódulo em medida nos casos de nódulos múltiplos, com realização do ultrassom pré-gestação até no máximo seis meses da concepção. Após o completo estudo, tinha-se 47 mulheres no grupo controlado por dois anos e 31 mulheres no grupo sem o devido controle. Havia 27 casos de crescimento significativo (diferença superior a 2 mm) no grupo sem controle contra nove, no grupo com controle. Os casos com crescimento significativo foram estudados por *core biopsy*, confirmando o diagnóstico de fibroadenoma para tranquilidade e tendo 15 casos de padrão de degeneração gordurosa. Existiu redução pós-gestação em 15 casos do grupo sem controle e, em 7 casos, no grupo com controle (diferença superior a 2 mm). Concluiu-se existir um benefício significativo ($p < 0,05$) para o controle de dois anos pré-gestação, reduzindo a ocorrência de degeneração gordurosa e/ou crescimento durante a gestação, determinante de ansiedade e de intervenção em um momento especial da vida da mulher.

116 GINECOMASTIA: QUAL EXAME SOLICITAR?

Cristiano Rodrigues De Luna; Sílvio Silva Fernandes; Luciana Alt Petel; Fabiano Malzac Franco; Luisa Berenger; Sandra Helena Fernandes Mendes; Luiz Gustavo De Oliveira Bueno; Laura Osthoff
Introdução: assim como as neoplasias benignas e malignas das mamas femininas, que têm sido observadas mais frequentemente, as alterações mamárias no sexo masculino também aumentaram. O crescimento glandular mamário no homem é chamado de ginecomastia, que pode ser uni ou bilateral, geralmente doloroso ao toque. O indivíduo portador de tal alteração deve procurar o mastologista para correta orientação

diagnóstica e terapêutica. Objetivos: determinar a mamografia com o primeiro método de escolha para a pesquisa de queixa mamária masculina. Métodos: imagens de mamografia serão posicionadas nas incidências médio-lateral-obliqua e crânio-caudal, as quais evidenciarão a presença de tecido glandular em mamas masculinas. Conclusões: nossa prática diária realizando individualmente em média a leitura radiológica em 50 pacientes, por dia, demonstrou que a mamografia deve ser o primeiro exame a ser solicitado caso haja queixa mamária masculina, pois a ultrassonografia se torna útil apenas nas formas nodulares de ginecomastia.

117 GOTA TOFOSA EM REGIÃO MAMÁRIA: RELATO DE CASO

Sérgio Figueiredo Calmon Filho (R2 Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); André Vinicius Moraes Dias (R2 Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Nayahara Gomes Batalha de Goes (R1 Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Jairo Prado Araújo (R1 Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Vanessa Paes Oliveira Vieira da Silva (Preceptora da Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Daniela Cristina Camarotti Camera Escorel Ribeiro (Preceptora da Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Solon Cavalcanti Guerra (Preceptor da Residência em Mastologia no Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil); Mauro Fróes Assunção (Chefe do Serviço e da Residência de Mastologia do Hospital Santo Antônio – Salvador, Bahia, Brasil).

Introdução: gota refere-se a transtornos heterogêneos que resultam do depósito, nos tecidos de cristais, de urato monossódico. Foram relatados apenas quatro casos de tofo gotoso em região mamária até a presente data. Descrição do caso: paciente DVI, sexo masculino, 45 anos, com história de trauma contuso em região torácica esquerda há oito meses, e que há dois meses passou a perceber dois nódulos adjacentes em QII da mesma mama, indolor e sem crescimento no período. Ao exame físico, apresentava dois nódulos palpáveis, irregular, indolor, endurecido, não-aderido a planos profundos e adjacentes no quadrante inferior interno de mama esquerda. A ultrassonografia apresentou aumento de ecogenicidade do tecido subcutâneo internamente ao mamilo de 2,8 cm, com centro anecoico. O tratamento foi realizado com exérese dos nódulos. O anatomopatológico mostrou processo inflamatório crônico, com reação granulomatosa em torno de depósitos consistente com tufo gotoso. Conclusões: nódulos de ácido úrico em região mamária são raros, com poucos casos descritos na literatura, podendo ter relação com trauma e serem um importante diagnóstico diferencial com esteato necrose e câncer de mama.

118

HIDROCISTOMA APÓCRINO (CISTADENOMA)

Mário Nascimento Saraiva; Carolina Cunha Silveira; Luciana Jandre Boechat; Gilberto Do Amaral Teixeira; Pedro Maroun; Marcelo Luis Pierro Saraiva; Isabela Cunha Silveira; Ana Paula Jandre Boechat

Descrição do caso: RCS, dois meses, internado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com diagnóstico de celulite no tórax. Após 20 dias, houve a regressão do quadro infeccioso com antibioticoterapia intravenosa e surgimento de hipertrofia mamária bilateral. Ao exame apresentava tumor cístico lobulado retroareolar ME, simulando ginecomastia. A ultrassonografia das mamas foi realizada, em 19 de fevereiro de 2011, e mostrou nódulos anecoicos em ambas as mamas, sem fluxos significativos, sendo, na mama esquerda, com contornos lobulados e parcialmente definidos de 40x29 mm. Foi submetido à biópsia da mama esquerda, que revelou hidrocistoma apócrino. Conclusões: considera-se uma proliferação adenomatosa que se localiza preferencialmente ao redor da região prioritária na face e no pescoço, distantes das áreas aonde classicamente encontram-se as glândulas apócrinas; afetam por igual a ambos os sexos; são únicos ou múltiplos; pequenos (>1 cm); assintomáticos; podem aumentar de tamanho e inclusive desaparecer com a variação de temperatura nas épocas frias, apresentam-se em cor azulada, embora possam ser translúcidos ou hiperpigmentados. Sua remoção pode gerar transtornos imediatos e deixar sequelas permanentes, principalmente, nas mamas femininas, as quais podem ser estéticas e funcionais e estão ligadas principalmente a danos vasculares e nervosos, deformidades inaceitáveis para indivíduos portadores de lesões benignas.

119

HIPERTROFIA JUVENIL (VIRGINAL) MACIÇA DAS MAMAS: RELATO DE CASO COM EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL

Maillene Rodrigues Lisboa (Mastologista; Docente do curso de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia – Porto Velho, Rondônia, Brasil); Anita Sperandio Porto (Patologista; Docente da Fundação Universidade Federal de Rondônia – Porto Velho, Rondônia, Brasil); Helenice Gobbi (Serviço de Mastologia e Laboratório de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil); Grace Kelly Pelicioni De Castro (Acadêmica do 11º período do Curso de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia – Porto Velho, Rondônia, Brasil); Juliana Dei Tos Bacaro (Acadêmica do 11º período do Curso de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia – Porto Velho, Rondônia, Brasil); Yuri Lisboa Capelasso (Acadêmico do 10º período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará – Belém, Pará, Brasil).

Introdução: a hipertrofia juvenil das mamas caracteriza-se por aumento rápido e maciço de uma ou ambas as mamas, que ocorre em geral em pacientes jovens (<25 anos). É uma condi-

ção infrequente com relatos esporádicos na literatura médica. Objetivos: relatar um caso de hipertrofia juvenil das mamas com evolução desfavorável. Métodos: paciente do sexo feminino, 17 anos, nuligesta, em uso de contraceptivo injetável mensal há um ano e três meses. Relatava aumento rápido e doloroso das mamas há três meses. Apresentava mamas assimétricas, extremamente volumosas, hiperemiadas com aspecto em casca de laranja. Duas ultrassonografias mamárias foram divergentes. Foram realizadas biópsias incisionais bilaterais, com resultado de fibroadenomatose difusa. Orientou-se a suspensão do contraceptivo. Em três meses, as mamas estavam sem as alterações relatadas. Após quatro meses, retorna com nódulos palpáveis compatíveis com fibroadenomas. Nesta ocasião, foram enviadas as lâminas para revisão em Minas Gerais. Resultados: os cortes histológicos revelaram ductos e lóbulos de aspecto habitual, imersos em estroma intralobular edemaciado, com áreas de hiperplasia pseudoangiomatosa do estroma mamário extralobular compatível com hipertrofia juvenil das mamas. A paciente engravidou e evoluiu com óbito por anemia hemolítica idiopática. Conclusões: o presente caso teve evolução desfavorável, a paciente apresentou melhora com a suspensão da terapia hormonal, conforme descrito na literatura, abandonando o seguimento. Durante a gestação, apresentou piora significativa do quadro mamário, provavelmente pelos altos níveis hormonais a que foi exposta. A hipertrofia juvenil das mamas é um diagnóstico de exclusão, a apresentação clínica da doença pode simular o carcinoma inflamatório, embora rara hipertrofia juvenil das mamas deva ser elencada frente a uma hiperplasia mamária de rápida progressão.

120

INFECÇÃO POR *MYCOBACTERIUM KANSASSI* PÓS-MASTOPLASTIA DE AUMENTO COM PRÓTESE

Paulo Fasanelli; Leonardo Fleury Orlandini; Erica Renata Mendes; Laiz Laura De Godoy; Alexandre Mansur Biscaro; Silvia Aparecida Perea; José Luis Esteves Francisco; Newton Antonio Bordin Junior

Introdução: aproximadamente 1 a 3% das mastoplastias de aumento evoluem no pós-operatório com infecções. Dentre estas, uma pequena minoria é causada por micobactérias atípicas. Descrição do caso: SMF, 63 anos, recebida em nosso serviço com história de mastoplastia de aumento com prótese em outro hospital desta cidade, evoluindo no 15º dia pós-operatório com seroma em mama esquerda e, em seguida, saída de secreção esverdeada da ferida operatória, sem odor e sem sinais flogísticos. Foi iniciada antibioticoterapia com ciprofloxacina e metronidazol pelo cirurgião plástico, e a cultura resultou negativa. Com 45 dias de pós-operatório, mantida a drenagem de secreção purulenta, a prótese foi retirada, o material foi enviado para nova cultura e pesquisa de bacilo álcool ácido (BAAR) resistente, que foi encaminhada a nosso serviço para avaliação. A pesquisa de BAAR resultou positiva, e a cultura mostrou

crescimento de *Mycobacterium Kansasi*. A paciente evoluiu com melhora do quadro após tratamento com isoniazida a 200 mg/dia, rifampicina a 600 mg/dia e etambutol a 400 mg/dia. Após o quarto mês de tratamento, o etambutol foi suspenso, mantendo as outras drogas até o momento. A paciente mantém-se assintomática. Conclusões: por razões desconhecidas, o número de infecções por micobactérias não-tuberculosas tem aumentado no mundo todo. Apesar de ser a minoria dos casos em pós-operatório de mamoplastia, é importante que o cirurgião esteja atento a este diagnóstico quando se depara com casos refratários à antibioticoterapia inicial e com culturas negativas. Não foi encontrado nenhum caso semelhante na literatura, no qual o patógeno isolado tenha sido *Mycobacterium Kansasi*.

121 MASTALGIA: COMO ABORDAR?

Cristiano Rodrigues De Luna; Silvio Silva Fernandes; Luciana Alt Petel; Fabiano Malzac Franco; Karen Tanamati; Marco Aurélio De Azambuja Montes; Rosalina Bottino Garcia; Sandra Helena Fernandes Mendes

Introdução: a dor mamária, já sabe-se há muito tempo, representa uma das principais causas de atendimento ambulatorial. Diante de tal fato, diversas formas de tratamento foram elaboradas e, então, orientadas ao paciente. No entanto, considera-se que existem controvérsias em relação à escolha do tratamento inicial. Objetivos: descrever a teoria do desencadeamento da dor mamária e a abordagem terapêutica inicial. Métodos: por meio de revisão bibliográfica atualizada, serão discutidas as principais opções para o tratamento da mastalgia, levantando a controvérsia se estamos realmente resolvendo o problema em questão ou do próprio profissional, ao receitar algum fármaco logo no primeiro atendimento. Conclusões: o nome de dor mamária deveria ser mudado para dor torácica irradiada ocupacional, pois basta verificar a mudança comportamental da mulher moderna, no trabalho, na utilização contínua de computadores, deveres familiares, para lembrar-se das compressões da coluna cervical, torácica e da musculatura dorsal. Desta forma, terapias ligadas ao relaxamento muscular e postural poderiam ser orientadas na abordagem inicial.

122 MASTITE PUERPERAL COM MÁ EVOLUÇÃO

Amanda Gabas (Departamento de Medicina da Universidade Católica de Brasília – Brasília, Distrito Federal, Brasil); David Gonçalves de Moraes Filho (Departamento de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil); Luciana Duarte de Moraes (Departamento de Medicina da Universidade Católica de Brasília – Brasília, Distrito Federal, Brasil); Mayra Teixeira Magalhães (Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional de Ceilândia; Programa de Residência

Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional de Ceilândia – Brasília, Distrito Federal, Brasil); Rhaísa Ghannam Macedo (Departamento de Medicina da Universidade Católica de Brasília – Brasília, Distrito Federal, Brasil); Thicianie Fauve Cavalcante (Departamento de Medicina da Universidade Católica de Brasília – Brasília, Distrito Federal, Brasil).

Introdução: a mastite puerperal é um processo inflamatório que acomete mulheres na lactação e pode ser acompanhado de infecção, a qual, quando presente, possui o *Staphylococcus aureus* como responsável por aproximadamente 60% dos casos. Complicações existem e merecem atenção médica no sentido de se prevenir progressões inesperadas. Objetivos: relatar o caso de mastite com evolução para abscesso e necrose. Descrição do caso: paciente do sexo feminino, 22 anos, relata mastalgia esquerda há duas semanas, febre, calafrios e mialgia há três dias. Refere parto normal há 33 dias e amamentação exclusiva. O exame físico apresentava mama esquerda hipereemiada, dolorosa, apresentando lesão edematosa de aproximadamente 3 cm em quadrante superolateral. À internação, solicitou-se hemograma, revelando leucocitose ($23.100/\text{mm}^3$) com segmentados de 85%, e ecografia mamária, compatível com abscesso. Prescreveu-se metronidazol a 500 mg e cefazolina a 1 g, ambos de oito em oito horas, endovenoso. Após três dias, múltiplas vesículas surgiram na lesão inicial e constatou-se o sinal de Nikolski. Foi realizada punção, todavia com cultura negativa. Diante da piora do quadro, a antibioticoterapia foi substituída por ceftriaxona a 2 g, uma vez ao dia, e clindamicina 600 mg, de oito em oito horas, endovenosos. Ainda assim, a lesão sofreu ulceração com drenagem de exsudato purulento, evoluindo para necrose de aproximadamente 6 cm de diâmetro. Os antibióticos foram mantidos e, em dez dias, houve melhora relevante e drenagem espontânea do abscesso. Comentários: mastite lactacional é uma importante causa de desmame precoce, podendo evoluir para abscesso e necrose. O caso em estudo exemplifica isso, uma vez que o quadro da paciente se agravou mesmo com tratamentos comprovadamente potentes e eficazes, prolongando, assim, o tempo de internação e o acompanhamento.

123 RELATO DE CASO: FIBROADENOMA INTRACANALICULAR SIMULANDO PAPILOMA RETROAREOLAR

Paulo Gustavo Tenorio Do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: o fibroadenoma é a neoplasia benigna mais frequente da mama feminina e é considerado um tumor misto, constituído por quantidades variáveis de tecido conjuntivo e epitelial. O tumor é constituído por subunidades epiteliais redondas ou ovais semelhantes a lóbulos, cada uma delas formada por duas camadas de células epiteliais e mioepiteliais, as

quais são circundadas por estroma. O crescimento do estroma em torno de ductos tubulares ou sua compressão sobre eles resulta nos padrões peri e intracanalicular, respectivamente. Já o papiloma intraductal é neoplasia epitelial benigna que se desenvolve no lúmen de grandes e médios ductos subareolares, não formando massa palpável. O potencial de malignidade é baixo. Descrição do caso: paciente de 44 anos, sexo feminino, refere nódulo fibroelástico em região retroareolar à direita há um mês, sem outras queixas. Foi submetida à exérese de papiloma retroareolar à direita há um ano. Negava antecedentes pessoais e familiares. Realizou mamografia convencional, sem evidência da lesão. À ultrassonografia, notou-se cisto complexo de 13 mm com imagem sólida de 6 mm no seu interior. Foi submetida à ressonância nuclear magnética para melhor elucidação da lesão, tendo como resultado um cisto complexo medindo 1,6 cm, com realce de lesão vegetante parietal, sugestivo de lesão papilífera. A paciente foi submetida à ressecção segmentar do nódulo em questão. O anatomopatológico final foi de fibroadenoma intracístico (neoplasia bifásica caracterizada por padrão de crescimento intracanalicular). Conclusões: o papiloma intraductal solitário pode se manifestar como nódulo retroareolar e tem como conduta sua ressecção por coexistência com lesões proliferativas e atípicas, o que não ocorre com o fibroadenoma. No caso em questão, verifica-se a simulação incomum de um papiloma por um fibroadenoma com crescimento intracístico.

124

SÍNDROME DE POLLAND: RELATO DE CASO

Roberta Pinter Lacerda; Ana Clara Araújo Costa; Régis Resende Paulinelli; Ruffo De Freitas-Júnior; Flávia Cabero Vidal; Rosemar Macedo De Sousa Rahal; Natália Paes Barbosa Valadares; Aline Regina Nunes (Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; Programa de Mastologia; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).

Objetivos: relatar um caso de Síndrome de Poland parcial, sendo corrigida a assimetria mamária por técnica de mamoplastia redutora contralateral. Descrição do caso: KCSJ, sexo feminino, 13 anos, com queixa de hipertrofia mamária. Ao exame físico, presença de hipotrofia mamária à esquerda, hipoplasia de peitoral maior, sem evidência de lesões costais e hipertrofia mamária à direita. O raio X de tórax estava sem alterações. Houve seguimento por dez meses, matendo-se inalterado o exame físico. Foi realizada correção cirúrgica da assimetria com técnica de mamoplastia redutora à direita. Atualmente, a paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório. Discussão: as manifestações clínicas da Síndrome de Poland são extremamente variáveis, podendo ser caracterizada por ausência parcial ou total da mama, dos músculos peitoral maior, menor e serrátil, e do complexo areolo-papilar. Na maioria dos casos, ocorre compensação

muscular regional e ausência de perda funcional. As correções cirúrgicas são indicadas para os casos de deformidade da mama e da parede torácica.

125

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES: RELATO DE CASO

Vanessa Monteiro Sanvido; Franklin Massanori Amaya; Francisco Araujo Junior; Angela Flavia Logullo Waitzberg; Joaquim Teodoro De Araujo Neto; Simone Elias Martinelli; Gil Facina; Afonso Celso Pinto Nazário (Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo, São Paulo, Brasil).

Introdução: o tumor de células granulares é benigno, raro e recidivante. Incide principalmente em mulheres negras na faixa etária de 40 a 50 anos. Acomete a mama em 5% dos casos, principalmente no quadrante superomedial, sendo diagnóstico diferencial de neoplasia maligna. Descrição do caso: paciente de 57 anos, sexo feminino, negra, com nódulo na mama há dois anos e antecedente pessoal de neurofibroma. No exame clínico apresentava nódulo irregular e endurecido, medindo 4 cm, no quadrante superomedial da mama direita e múltiplas lesões de neurofibroma em tórax. A mamografia diagnóstica evidenciou nódulo hiperdenso, irregular e espiculado, medindo 2,5 cm, classificado na categoria 5 do BI-RADS. Exames subsidiários, ultrassonografia e ressonância magnética da mama confirmaram a presença de nódulo com alta suspeita de malignidade. O anatomopatológico por biópsia de fragmento identificou células agrupadas com citoplasma, contendo grânulos eosinofílicos intracitoplasmáticos e núcleos ovalados com cromatina fina. A imunoistoquímica foi positiva para proteína S100 e CD 68, compatível com tumor de células granulares da mama. O tratamento proposto foi tumorectomia com margens. Conclusões: o tumor de células granulares tem origem neurogênica, provavelmente nas células de Schwann, e a positividade na imunoistoquímica da proteína S100 e CD 68 corroboram essa hipótese. Os exames de imagens apresentam lesão irregular e espiculada, altamente suspeita para malignidade. O diagnóstico diferencial é possível somente com amostra histológica, constituída por proliferação de células com granularidade proeminente no citoplasma e núcleos pequenos e uniformes. A imunoistoquímica confirma o diagnóstico e o tratamento padrão é a excisão cirúrgica com margens.

126

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DA MAMA: RELATO DE CASO

Ângelo Roncalli Melo Alves; Heloísa Magalhães; Ércio Ferreira Gomes; Maria Do Patrocínio Ferreira Grangeiro; Gláucia Mesquita Cordeiro; Márcia Dallyane Freitas; Raquel Aranha Viegas; Angelo Roncalli Lima; José Pereira Guará

Os tumores de células granulares ou de Abrikosoff são lesões incomuns de origem neuroectodérmica, podem acometer vários sítios do corpo, principalmente a cabeça e o pescoço, e sua ocorrência na mama é rara, correspondendo a cerca de 7% dos tumores de células granulares. Descrição do caso: paciente de 48 anos, sexo feminino, atendida no ambulatório de Mastologia do Instituto do Câncer do Ceará, em janeiro de 2009, com queixa de nódulo em mama esquerda, notado ao exame físico e estável há cerca de um ano. Ao exame clínico, apresentava nódulo firme, mal definido, medindo 2,0 cm no QSE de mama esquerda com fossas e axilas livres. A mamografia convencional mostrou assimetria focal na junção dos quadrantes superiores de mama esquerda, e a ecografia demonstrou nódulo irregular na mesma topografia, medindo 2,1x1,6 cm, BI-RADS-ACR IVC. A paciente foi submetida à biópsia percutânea por agulha grossa, e o anatomopatológico evidenciou infiltrado linfocitário com agregado de macrófagos em ductos cistificados e células de citoplasma eosinofílico em bloco, sugerindo ductite crônica. A imunoistoquímica com marcação positiva para P-100 e CD68 confirmou o diagnóstico de tumor de células granulares em mama. A paciente foi, então, submetida à exérese completa da lesão com margens amplas e livres, confirmadas na biópsia final, que corroborou o diagnóstico prévio. Permanece em seguimento ambulatorial regular, sem sinais de recorrência local.

127

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DA MAMA MIMETIZANDO MALIGNIDADE, NECESSITANDO CORREÇÃO ONCOPLÁSTICA

Régis Resende Paulinelli (Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Thiago David Alves Pinto (Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia – Goiânia, Goiás, Brasil); Sebastião A. Pinto (Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia – Goiânia, Goiás, Brasil).

O tumor de células granulares é uma neoplasia incomum, usualmente benigna, cuja histogênese permanece incerta. Aparece geralmente na língua, porém pode surgir em qualquer idade e região do corpo, e ser multifocal. O tumor de células granulares de sítio mamário representa 5 a 6% dos casos, podendo clinicamente e radiologicamente mimetizar malignidade. Relata-se o caso de uma mulher, 54 anos, com tumor em mama esquerda há sete anos, que, ao exame, revelava nódulo endurecido, mal delimitado, medindo 3,5x3,5 cm e ocupando o QIM da mama esquerda. Realizou-se a mamografia e a ultrassonografia, BI-RADS 4. O anatomopatológico do *core biopsy* da lesão, associado à imunoistoquímica, diagnosticou um tumor de células granulares benigno. Foi realizada ressecção de toda lesão com margens e reconstrução parcial da mama, com retalho toracoepigástrico inferior. A paciente evoluiu sem complicações, com bom resultado estético e sem recidiva tumoral até o momento.

128

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DA MAMA: RELATO DE CASO

Betina Menezes De Albuquerque Marques; Candice Barbosa Militão De Lira; Juliana Pontes Farias; Nicoli Serquiz De Azevedo; Marina Luiza Souza Do Nascimento; Silvana Rocha De Almeida Braga; Ubirajara Caldas Leonardo Nogueira Júnior; Carlos Eduardo Correia De Araújo

Objetivos: relatar um caso de tumor de células granulares da mama, diagnosticado na LNRCC, em Natal, no Rio Grande do Norte. Métodos: o caso foi baseado na pesquisa de dados clínicos em revisão de prontuários. Resultados: paciente feminina, 42 anos, com queixa de nódulo em mama direita há um ano. Apresentava, ao exame físico, nódulo de 1,7 cm em quadrante superomedial de mama direita, endurecido e móvel. Foi submetida à punção aspirativa com agulha fina, que evidenciou lesão epitelial proliferativa com atipia. Realizou-se *core biopsy*, na qual demonstrou-se neoplasia de células grandes e epitelioides, sugerindo a realização de imunoistoquímica, que inferiu tumor de células granulares. Submetida à exérese da lesão em mama direita, cujo anatomopatológico evidenciou tumor de células granulares com margens comprometidas, necessitando da ampliação de margens da lesão que foi realizada em sequência. Atualmente, encontra-se assintomática e em seguimento semestral. Conclusões: o tumor de células granulares é uma lesão pouco frequente, geralmente benigna e que se origina provavelmente das células de Schwann. Acomete a mama em 6 a 8% dos casos, sendo estimado um caso para cada 1.000 diagnósticos de câncer de mama. Ocorre principalmente em mulheres de idade mediana, na pré-menopausa, com aparência clínica e mamográfica de um carcinoma. O tumor de células granulares da mama é, geralmente, benigno e unitário. No entanto, há possibilidade de recidiva e malignização (<3% dos casos), sendo imprescindível um regular seguimento de tais pacientes.

EPIDEMIOLOGIA

129

AÇÕES DE EXTENSÃO DESENVOLVIDAS PELA LIGA DA MAMA: PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DE GOIÁS

Raphael de Toledo Remiggi; Flavia Vidal Cabero (Acadêmicos do 4º ano da Liga da Mama), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. Ruffo Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Brunella Mendonça Chinem; Danielle Cristina Netto Rodrigues; Rosângela da Silveira Corrêa; Nilza Alves Marques Almeida, Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. Objetivos: relatar as ações educativas desenvolvidas pela Liga da Mama para a prevenção e detecção precoce do câncer de

mama. Métodos: realizou-se intervenções educativas e campanhas para o rastreamento do câncer de mama. As intervenções educativas se basearam na difusão de informações relacionadas ao câncer de mama, buscando interagir conhecimento popular e científico. As ações de rastreamento visaram o atendimento médico com avaliação das mamografias e realização de exame físico e palestras educativas com a equipe de Enfermagem e Psicologia. Foram realizadas em parcerias com as Secretarias de Saúde de municípios goianos e Regionais de Saúde, no período de janeiro de 2010 a julho de 2011. Resultados: realizou-se 22 intervenções, sendo 14 educativas e 8 de detecção precoce. No ano de 2010, ocorreram 8 intervenções educativas, nas cidades de Goiânia, Aparecida de Goiânia e São Luís de Montes Belos, atingindo 1.550 pessoas. Realizou-se uma capacitação para 115 agentes comunitários de saúde em Goiatuba. As intervenções de rastreamento aconteceram nas cidades de Jataí, Aparecida de Goiânia, Rialma e Ceres, contando com 615 mulheres. Nos seis primeiros meses de 2011, realizaram-se duas intervenções educativas nas Regionais de Saúde Estrada de Ferro e Oeste II para 207 profissionais de saúde; três intervenções educativas para a comunidade em Goiânia e Abadia de Goiás; e duas intervenções de rastreamento nos municípios de Goiatuba e Catalão, com atendimento de 487 mulheres. Conclusão: as ações mostraram-se relevantes para o desenvolvimento de iniciativas de prevenção e rastreamento do câncer de mama contribuindo para a prática de ensino-pesquisa-extensão.

130

ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA? UMA PROPOSTA DE TRATAMENTO

Sandra Luiza Silva Figueiredo; Priscilla Penha Oliveira de Almeida; Luciana Aparecida Mesquita; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Clécio Ênio Murta Lucena. Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (MG), Brasil.

Objetivos: relacionar a queixa de pacientes em pós-operatório de cirurgia de câncer de mama com a indicação de mobilização neural como forma de tratamento fisioterapêutico. Estudo realizado na clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte (MG), em 50 mulheres, com faixa etária entre 33 a 73 anos, em pós-operatório de câncer de mama, encaminhadas ao serviço de Fisioterapia da Santa Casa de Belo Horizonte – no período de agosto a outubro de 2010. As pacientes foram avaliadas identificando: tipo de cirurgia realizada, tipo de alteração sensitiva, local e dermatomo acometido. Os resultados mostraram que 56% (28 pacientes) das mulheres tinham como queixa principal alguma alteração de sensibilidade, 72% (36 pacientes) apresentavam parestesia no membro ipsilateral a cirurgia. Os locais mais acometidos foram: região interna do braço 24% das pacientes; região interna do braço, oco axilar

e região lateral do tórax 20% das pacientes; região interna do braço e oco axilar 18% e região interna do braço e região lateral do tórax 10% das pacientes. Dermatômos mais acometidos foram de C8 e T2 em 72% das pacientes; T2 e T3 em 50% das pacientes e T3 e T5 em 40% das pacientes. Lesões do nervo intercostobraquial estão associadas à alteração da sensibilidade, podendo ser confirmado neste estudo por meio de alterações identificadas no dermatomo T2 (trajeto no nervo). Portanto, através da análise das alterações de sensibilidade é possível justificar e fundamentar o uso da técnica de mobilização neural como forma de tratamento fisioterapêutico em pacientes no pós-operatório de câncer de mama.

131

ANÁLISE DOS FATORES PROGNÓSTICOS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA NA CIDADE DE GOIÂNIA

Rodrigo Disconzi Nunes; Ruffo de Freitas Junior; Edesio Martins; Maria Paula Curado; Nilceana Maya Aires Freitas; Anderson Gomes de Oliveira; José Carlos de Oliveira.

Objetivo: verificar a associação dos fatores prognósticos com a sobrevida do câncer de mama na cidade de Goiânia, entre 1995 e 2003. Métodos: estudo de sobrevida global, retrospectivo de base populacional, com mulheres portadoras de neoplasias malignas da mama identificadas pelo Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia (RCBPGO). As variáveis estudadas foram: tamanho do tumor, estadiamento do tumor, comprometimento dos linfonodos axilares, grau tumoral, extensão da doença, receptores hormonais de estrogênio (RE) e progesterona (RP) e oncoproteína C-erb-B2. Foram realizadas análises multivariadas, pelo método de Cox, ajustada pelo tamanho do tumor, para sobrevida de 5 e 10 anos. Resultados: foram incluídas no estudo 2.273 pacientes. Para 5 anos, as variáveis significantes foram: grau histológico ($p=0,004$), comprometimento dos linfonodos ($p=0,002$), RP ($p=0,01$), estadiamento T ($p<0,001$) e extensão da doença ($p=0,014$). O risco acumulado de óbito foi maior para pacientes G3 (HR=2,39), com comprometimento de linfonodos (HR=2,73), RP negativo (HR=2,27), estadiamentos T mais avançados (HR=2,79) e para doença metastática (HR=2,78). Para o tempo de observação de 10 anos, além dos fatores citados na análise de 5 anos, foi significante estatisticamente a oncoproteína c-erb-B2 ($p=0,034$). Já o risco acumulado para óbito foi maior para pacientes G3 (HR=2,01), com comprometimento de linfonodos (HR=2,18), RP negativos (HR=1,81), c-erb-B2 positivo (1,73), estadiamentos T mais avançados (HR=2,48) e doença metastática (HR=2,24). Conclusão: os fatores que influenciaram o prognóstico, para câncer de mama na mulher goianiense, foram o grau histológico, o comprometimento de linfonodos, o receptor de progesterona, a oncoproteína c-erb-B2 e a extensão da doença.

132

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS PELA UNIDADE DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO TOCANTINS, NO PERÍODO DE 2009 A 2010

Helem Dias Tavares; Érika Amaral Meneses (Acadêmicas do 8º período do curso de Enfermagem), Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína/ Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – FAHESA/ ITPAC – Araguaína (TO), Brasil; Reinaldo Magalhães Nunes (Mastologista). Docente do curso de Medicina, Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína/ Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – FAHESA/ ITPAC – Araguaína (TO), Brasil; Zilene do Socorro Santa Brígida da Silva (Enfermeira especialista). Docente do curso de Enfermagem pela Faculdade de Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína/ Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – FAHESA/ ITPAC – Araguaína (TO), Brasil.

Introdução: análise epidemiológica de mulheres com câncer de mama atendidas pela Unidade de Alta Complexidade em Oncologia do Tocantins, no período de 2009 a 2010. Objetivo: este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama atendidas pela Unidade de Alta Complexidade Oncológica do Tocantins. Trata-se de um estudo documental e quantitativo, envolvendo 64 prontuários. Resultados: a faixa etária mais acometida foi de 50 a 69 anos (44%), seguida de 25% entre 40 a 49 anos, 20% acima de 70 anos, 4,7% de 35 a 39 e 6,25% com menos de 34 anos. Quanto aos antecedentes pessoais 78% não tiveram menarca antes dos 11 anos, 47% tiveram menopausa antes dos 50, 86% são mães, 25% sofreram aborto, 50% nunca utilizaram contraceptivos orais e 75% não fizeram terapia de reposição hormonal. Em relação aos antecedentes familiares em 1,5% da amostra havia registro de parente de primeiro grau com história de neoplasia mamária. Durante a classificação clínica, 48,43% tinham tumor entre 2 a 5 cm, 50% apresentaram metástase em linfonodo(s) axilar(es), homolateral(ais), móvel(eis), em 76,56% dos casos não foi possível avaliar a presença de metástase a distância. Conclui-se que 56% das mulheres se encontram em uma faixa etária fora da que é priorizada pelo Ministério da Saúde, para que seja realizada mamografia de rastreamento. As pacientes não apresentam antecedentes pessoais ou familiares favoráveis ao desenvolvimento da neoplasia e se encontram em um estágio avançado da doença. Palavras-chave: câncer de mama, epidemiologia, prevenção.

133

ANSIEDADE DE MULHERES FRENTE A UM RASTREAMENTO OPORTUNÍSTICO DO CÂNCER DE MAMA EM MUNICÍPIOS GOIANOS

Danielle Cristina Netto Rodrigues; Ruffo Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Brunella Mendonça Chinem (Rede Goiana

de Pesquisa em Mastologia), Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Márcia de Faria Veloso; Rosângela da Silveira Corrêa (Comissão Nacional de Energia Nuclear), Abadia de Goiás (GO), Brasil; Flávia Vidal Cabero, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Nilza Alves Marques Almeida, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: identificar o nível de ansiedade de mulheres frente ao rastreamento do câncer de mama. Métodos: estudo transversal, tendo como indivíduos de pesquisa, mulheres em campanhas de rastreamento do câncer de mama, realizadas nos anos de 2010 e 2011, em quatro municípios goianos. Foram utilizados dois protocolos de pesquisa, um para caracterização sócio-demográfica e outro para avaliação do nível de ansiedade – por meio do Inventário de Ansiedade Estado (IDATE-E). A análise estatística foi realizada pelo teste *Kruskal Wallis* e *Kolmogorov Smirnov*, para a comparação de grupos que não possuem distribuição normal, adotando nível de significância de 5%. Resultados: das 235 mulheres 25% eram residentes em Aparecida de Goiânia, 26% em Goiatuba, 25% em Catalão e 24% em Rubiataba. A idade variou de 23 a 78 anos e a média foi de 47 anos. Do total, 60% eram casadas, 72% eram católica, 50% possuíam ensino fundamental incompleto, 45% informaram renda até 1 salário mínimo e 51,6% relataram como profissão/ ocupação serem do lar. Quanto ao nível de ansiedade 67% das que relataram como profissão/ocupação do lar e 71% com ensino fundamental incompleto, apresentaram ansiedade muito elevada com $p=0,039$ e $p<0,001$, respectivamente. Em relação à renda, 57% das mulheres que recebiam até 1 salário mínimo, o nível de ansiedade era muito elevado, enquanto que 60% das que recebiam de 2 salários e meio a 3, o nível de ansiedade era baixo, com $p=0,017$. Conclusão: O nível de ansiedade alterado está relacionado aos fatores sócioeconômicos, tais como: escolaridade, profissão e renda familiar.

134

ASPECTOS CLÍNICOS DAS PACIENTES COM DOENÇA DE PAGET DA MAMA ATENDIDAS EM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA (CE)

Emílio Daniel Pacheco de Sousa (Médico). Residente de Mastologia do Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC – da Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil. Antônio Bitu dos Santos Filho; Cristiane de Carvalho Coutinho; Gelma de Freitas Peixoto; Luiz Gonzaga Porto Pinheiro; Paulo Henrique Walter Aguiar (Serviço de Mastologia), do Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC. Universidade Federal do Ceará – UFC – Fortaleza (CE), Brasil. Objetivos: descrever os aspectos clínicos das pacientes com doença de Paget da mama, atendidas em hospital público de Fortaleza (CE). Métodos: foi realizado um estudo descritivo

de uma série de casos diagnosticados entre os anos de 2001 a 2011, em mulheres tratadas de câncer de mama no ambulatório de mastologia do Hospital Universitário Walter Cantídio/Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (HUWC/MEAC-UFC). Foram descritas as características do exame clínico-epidemiológico, além de formas de tratamento cirúrgico destas pacientes. Resultados: foi observado que 8 pacientes apresentaram doença de Paget de mama. Todas apresentavam, ao exame clínico, comprometimento do complexo aréolo-mamilar. A maioria (75%) não teve linfonodos axilares palpáveis e 50% apresentaram metástase na axila, após biópsia do linfonodo sentinela. Mais da metade (62,5%) não apresentou exames de imagem das mamas. Todas foram tratadas com mastectomia e 37,5% das mamas operadas foram reconstruídas imediatamente. No ano de 2004, foram feitos 25% dos diagnósticos e 75% dos casos diagnosticados eram procedentes da Capital (Fortaleza). Metade das pacientes está na faixa etária com mais de 60 anos de idade e 87,5% não referiam história familiar de câncer de mama. O etilismo foi citado por 12,5% e o tabagismo por 62,5% das mulheres tratadas. 50% possuíam história prévia de outras doenças mamárias. Conclusão: a doença de Paget de mama é uma entidade rara, que necessita ser mais conhecida, principalmente pelos profissionais que atuam na atenção básica de saúde. O diagnóstico precoce pode ficar prejudicado, pela semelhança dos sintomas com eczema de contato. Palavras-chave: doença de Paget mamária; mama; câncer; série de casos.

135

ATIVIDADE EDUCATIVA DE ENFERMAGEM EM CAMPANHAS DE RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA EM MUNICÍPIOS GOIANOS

Nádja Leyne Ferreira de Araújo; Thuane Bandeira Cortes; Mariana Valente Matos; Mauriê Mauryza Ribeiro dos Santos; Maria Elyza de Oliveira Paula (Acadêmicas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO) Goiás, Brasil; Nilza Alves Marques Almeida (Enfermeira). Coordenadora de Pesquisa do Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – PM/HC/UFG – Goiânia (GO), Brasil; Ruffo Freitas Júnior (Docente), Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. Coordenador do Programa de Mastologia e da Liga da Mama do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – PM/HC/UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: relatar a experiência de acadêmicas de Enfermagem em atividades educativas sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama, em campanha de rastreamento em municípios do interior de Goiás. Métodos: alunas da Faculdade de Enfermagem da UFG, membros da Liga da Mama, sob supervisão docente, realizaram intervenções educativas sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama em campa-

nas de rastreamento coordenadas pelo PM/HC/UFG. Foram ministradas palestras sobre fatores de risco e de proteção para o câncer de mama, formas de detecção precoce e realizadas oficinas sobre autoexame das mamas com o modelo didático mamamiga, em grupos. Resultados: as campanhas de rastreamento do câncer de mama foram realizadas em Catalão e Rubiataba, nos dias 28 de maio e 04 de junho de 2011, no período entre as 8h30 e 17h e contaram com a participação de 189 e 298 mulheres com idade igual ou acima de 40 anos, respectivamente. As atividades educativas foram realizadas antes da consulta médica, sendo ministradas de 4 a 6 palestras e oficinas por dia. As palestras permitiram a interação entre o conhecimento popular e científico. O modelo didático mamamiga favoreceu as participantes na compreensão dos aspectos normais da mama e possíveis alterações que devem ser observadas no auto-exame. Conclusão: As atividades educativas realizadas proporcionaram ao grupo de acadêmicas a aquisição de experiências e aprendizagens na área de promoção da saúde da mulher e reforçou a relevância da orientação sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama para a comunidade.

136

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE GOIÂNIA (GO)

Sirlene dos Santos Bastos; Kênia Cristina Lopes Abrão; Sirlene dos Santos Bastos; Sônia M. F. T. Evangelista; Mônica Leonel Cunha; Marcelo Souza Berquó.

Introdução: o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. Mulheres com câncer de mama necessitam de suporte emocional e social. Objetivo: descrever a atuação do Serviço Social no Serviço de Mastologia do Hospital Materno Infantil (HMI) de Goiânia. Métodos: as atividades do Serviço Social do HMI foram iniciadas no ambulatório. Neste momento, a ênfase se concentrou na ação socioeducativa e o profissional propiciou para a paciente o acesso as primeiras informações referentes ao câncer de mama, a rotina do hospital e à Associação dos Amigos da Mama (AMMA), que tem sua sede nas dependências do hospital. O assistente social acompanhou a paciente durante todo o tratamento ambulatorial e hospitalar, e, nos casos que em foi identificada situação de vulnerabilidade pessoal e social, foi realizada visita domiciliar. Após o término da fase ativa do tratamento, o Serviço Social manteve o suporte a essas pacientes. Conclusão: No HMI, o Serviço de Mastologia, desde sua implantação, oferece atendimento multidisciplinar às pacientes, contando com enfermeiro, médico, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social. A participação do assistente social tem contribuído consideravelmente para a educação em saúde da paciente com câncer de mama. Esta atuação é no sentido de fortalecer sua participação social e consequentemente assegurar a garan-

tia do direito à saúde. Percebe-se o avanço no que se refere ao conhecimento crítico das pacientes e as construções de novas estratégias coletivas que elas vêm alcançando, um exemplo é a criação da Associação dos Amigos da Mama (AMMA).

137

AVALIAÇÃO DE PACIENTES JOVENS (ABAIXO DE 35 ANOS DE IDADE) PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS NO HOSPITAL AMARAL CARVALHO, JAÚ (SP) 1996-2009

Fernando Vequi Martins; Ailton Joioso; André Augusto Curty; Romero Veloso; Fernando Vequi Martins; João Ricardo Auler Paloschi; José Roberto Figaro Caldeira.

Objetivos: avaliar se a tendência mundial de aumento proporcional de casos de câncer de mama em pacientes jovens (abaixo de 35 anos) também ocorre neste serviço e se a agressividade tumoral (pelo estadiamento TNM) apresenta diferença neste grupo de pacientes. Métodos: apresentamos os casos de câncer de mama presentes no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital Amaral Carvalho, no período de 1996 a 2009. Métodos: as pacientes foram divididas em dois grupos. Grupo A (menores de 35 anos) e grupo B (maiores de 35 anos, inclusive). Resultados: houve 5.902 casos novos de câncer de mama em mulheres no período em nosso serviço; o grupo A representa uma pequena proporção dos casos totais (4,7%), e não se detecta tendência ao crescimento proporcional (4,4% em 1996 e 2,5% em 2009, com diferença não significativa). Quanto ao estágio clínico dentro dos dois grupos, na somatória de estádios favoráveis (0, I e II) e desfavoráveis (III e IV), a distribuição é pior no grupo A (56,0% favorável e 44,0% desfavorável) do que no grupo B (64,6% favorável e 35,4% desfavorável). Conclusões: em nosso serviço, os resultados não demonstraram qualquer aumento da incidência proporcional de casos de câncer de mama em mulheres mais jovens, mas mostrou que é maior a proporção de estádios desfavoráveis nesse grupo etário, o que pode pressupor um comportamento mais agressivo da doença nessas pacientes.

138

AVALIAÇÃO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA SOBRE ATIVIDADES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM NA SALA DE ESPERA

Thuane Bandeira Cortes; Mariana Valente Matos; Heloisa A. da Costa Pereira; Vanessa Romeiro Vasco; Brunella Mendonça Chinem; Marta Valéria Calatayud Carvalho; Nilza Alves Marques Almeida; Ruffo Freitas Júnior.

Objetivo: relatar a avaliação de usuárias do Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás sobre as atividades educativas desenvolvidas por acadêmicas de enfermagem, na sala de espera. Métodos: as intervenções educativas do projeto Grupo Educacional Previna-se

foram realizadas por acadêmicas de Enfermagem da Liga da Mama na ocasião de espera das usuárias para consulta com a equipe multidisciplinar do Programa de Mastologia, no período das 12 às 13h30, nas 2ª, 4ª e 5ª feiras. O planejamento das palestras e oficinas foi realizado previamente, a partir dos temas: exame citopatológico do câncer do colo de útero, autoexame das mamas, obesidade e câncer de mama, amamentação, Papiloma Vírus Humano, osteoporose, colesterol, infecções do trato urinário, hipertensão, métodos contraceptivos, menopausa, alimentação e mioma. As participantes avaliaram cada atividade quanto a sua relevância, metodologia, duração, quantidade e qualidade de informações. Resultados: o número de participantes em cada atividade variou de 8 a 15, totalizando aproximadamente 140 ouvintes em 17 palestras, realizadas entre os meses de março e junho de 2011. A maioria das participantes avaliou as atividades educativas quanto à: 1) relevância, entre bom e excelente (126 - 96,28%); metodologia, apropriada (129 - 94,16%); duração apropriada (112 - 84,84%); quantidade de informações, satisfatória (103 - 73,30%); e qualidade das informações proporcionadas, entre boa e excelente (129 - 92,14%). Conclusão: as usuárias avaliaram que as atividades foram de grande relevância, por trazerem contribuições para a aquisição de hábitos saudáveis de vida e para a promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde da mulher.

139

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS SERVIÇOS DA REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NO RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO EM GOIÂNIA

Danielle Cristina Netto Rodrigues; Ruffo Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal (Rede Goiana de Pesquisa em Mastologia), Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Rosângela da Silveira Corrêa (Comissão Nacional de Energia Nuclear), Abadia de Goiás (GO), Brasil; João Emílio Peixoto, Instituto Nacional do Câncer – INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Bárbara Pacheco Lima, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: avaliar o comportamento dos serviços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) no rastreamento mamográfico. Métodos: estudo transversal, em que foram analisadas as informações reportadas pelos serviços que compõem a rede SUS em Goiânia, ao Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), no ano de 2010. Os serviços foram agrupados por natureza e avaliados o comportamento segundo as variáveis: categoria BIRADS® e intervalo de tempo entre a realização da mamografia e a liberação do resultado. Utilizou-se o teste Qui-quadrado, adotando o nível de significância de 5%. Resultados: a rede SUS é formada por 15 serviços, sendo 80% de natureza privada, 7% filantrópica e 13% pública. Foram reportadas ao SISMAMA 36.253 mamografias, destas 61% foram pelos serviços privados, 15% filantrópicas e 24% rede própria.

Quanto à categoria BIRADS® o comportamento dos serviços privados, filantrópicos e públicos para exames inconclusivos e suspeitos de malignidade foram: 58%, 17%, 25% e 31%, 15%, 55%, respectivamente. Quanto ao intervalo de tempo entre a realização da mamografia e a liberação do resultado, os serviços privados apresentaram 65% para até 10 dias e 8% para mais de 30 dias, o filantrópico foi 18% até 10 dias, sendo que este não liberou nenhum resultado com mais de 30 dias. Já os públicos 17% até 10 dias e 92% para mais de 30 dias. A análise estatística mostrou diferença significativa no comportamento dos serviços para variáveis avaliadas com valores de $p < 0,001$. Conclusão: os serviços de mamografia que compõem a rede SUS em Goiânia apresentaram comportamento heterogêneo.

140

AValiação DO CURSO DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA SOBRE DETECÇÃO PRECOCE DO CâNCER DE MAMA NO ESTADO DE GOIÁS

José Augusto de Souza Neto; Marina de Oliveira Paiva (Acadêmicos da Liga da Mama), Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. Ruffo Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Brunella Mendonça Chinem; Danielle Cristina Netto Rodrigues; Rosângela da Silveira Corrêa; Nilza Alves Marques Almeida, Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: avaliar o curso de capacitação sobre detecção precoce do câncer de mama em duas Regionais de Saúde do Estado de Goiás, no ano de 2011. Métodos: distribuí-se questionários autoaplicáveis avaliando as atividades desenvolvidas, os conteúdos abordados e a importância do curso para a prática profissional. Resultados: na Regional Estrada de Ferro (56 profissionais), 25% relataram dados estatísticos e sinais/sintomas do câncer de mama como informações novas; como conteúdos não abordados relataram a falta de interesse das mulheres (28,6%), cotas para mamografias (28,6%) e dor durante a mamografia (28,6%). Na regional Oeste II (151 profissionais), 73,5% afirmaram como novas informações o tema fatores de risco; 16,7% consideraram que não foi abordada a temática sobre ajuda por parte do estado e tratamento. Nas duas regionais avaliaram a duração (71,4%-84,5%) e o nível do curso (79,2%-71,6%) como apropriados, 91,8%-61,5% a capacitação como importante para melhoria da prática profissional e 49%-63,3% o curso como excelente. Conclusão: a maioria dos profissionais avaliou o curso como excelente e os conteúdos abordados bastante importantes para a prática profissional.

141

AValiação DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA SOBRE DETECÇÃO PRECOCE DO CâNCER DE MAMA EM REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

José Augusto de Souza Neto; Marina de Oliveira Paiva (Acadêmicos da Liga da Mama), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Ruffo Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Brunella Mendonça Chinem; Danielle Cristina Netto Rodrigues; Rosângela da Silveira Corrêa; Nilza Alves Marques Almeida, Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: avaliar o nível de conhecimento dos profissionais de saúde de Atenção Básica sobre detecção precoce do câncer de mama em duas Regionais de Saúde, no Estado de Goiás, no ano de 2011. Métodos: distribuiu-se três instrumentos autoaplicáveis, avaliando temáticas como fatores de risco, sinais e sintomas e medidas de prevenção ao câncer de mama. Métodos: realizou-se uma avaliação sobre as dificuldades para desenvolver ações de prevenção e detecção precoce. A avaliação foi realizada em um momento que precede a capacitação. Resultados: na Regional Oeste II, das 151 pessoas, 50% afirmaram que o sexo feminino representa risco para câncer de mama, bem como idade acima de 40 anos (80%) e casos em familiares de 1º grau (90%). Afirmaram como principais alterações mamárias os nódulos (98%); 70,9% que a melhor estratégia para a prevenção são as visitas domiciliares. Resultados: a principal dificuldade encontrada pelos profissionais foi a falta de apoio da instituição local (69,5%). Na Regional Estrada de Ferro, das 56 pessoas, relataram que casos em parentes de primeiro grau (82,1%) e uso do álcool (44,6%) apresentam risco para câncer de mama. Referiram que as principais alterações mamárias são os nódulos (96,4%); a melhor estratégia para a prevenção são as visitas domiciliares (82,1%) e a principal dificuldade foi a falta de apoio das instituições locais (94,6%). Conclusão: enfatizam-se os casos em familiares de primeiro grau como sendo um fator de risco, a importância das visitas domiciliares e a falta de apoio das instituições locais para um rastreamento eficiente do câncer de mama.

142

AValiação DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 35 ANOS PORTADORAS DE CâNCER DE MAMA NO HOSPITAL OPHIR LOYOLA, NO PERÍODO DE 2006-2008

Mary Helly Valente Costa (Residente de Mastologia do Hospital Ophir Loyola); Karen Roberta Nery De Souza (Mastologista do Hospital Ophir Loyola); Mário Otávio Simões E Simões (Mastologista do Hospital Ophir Loyola); Cynthia Mara Brito Lins Pereira (Mastologista do Hospital Ophir Loyola); Francianne Rocha Da Silva (Mastologista do Hospital Ophir Loyola); Ana Carolina Dos Santos Oliveira (Residente de Mastologia do Hospital Ophir Loyola).

Objetivo: avaliação do perfil epidemiológico das pacientes com idade abaixo de 35 anos portadoras de câncer de mama no Hospital Ophir Loyola, no período de 2006 a 2008. Métodos: realizou-se um estudo analítico, retrospectivo e observa-

cional do tipo corte por meio da revisão de prontuários, totalizando 55 casos. Resultados: Todos os pacientes eram do sexo feminino, com 2º grau completo (36,36%); 89,09% eram do Estado do Pará sendo 46,09% residiam na capital Belém; 23,64% tiveram algum familiar com câncer de mama; 76,36% dos pacientes apresentavam tipo histológico carcinoma ductal infiltrante; 32,73% dos pacientes apresentaram estadiamento clínico IIA. O tratamento cirúrgico seguido de radioterapia e quimioterapia é o mais frequente com 20,0% e em segundo lugar o tratamento com radioterapia mais quimioterapia com 12,73% e cirurgia mais quimioterapia com 9,09%. Houve remissão da doença em 56,36% dos casos; 20,0% doença em progressão; 14,55% doença em remissão parcial e 9,09% foram a óbito. O estudo imuno-histoquímico evidenciou positividade para receptor de estrógeno em 47,27% e 43,64% para receptores de progesterona. Em relação ao HER-2, 34,55% dos pacientes apresentaram escore 1+, 20,00% escore 2+, 10,91% escore 0, 7,27% escore 3+. Conclusão: todas as pacientes eram do sexo feminino, procedentes na maioria do interior do Estado, portadoras do estadiamento clínico inicial favorável e com *status* hormonais positivos em quase metade dos casos e apenas 7,27% apresentavam expressão positiva para HER-2.

143

AValiação DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE EM MAMOGRAFIA DO ESTADO DE GOIÁS

Rodrigo Massakatsu Nishiharu Tanaka, Secretaria do Estado da Saúde de Goiás, Goiânia (GO), Brasil. Rosângela da Silveira Corrêa; Maria Eugênia da Fonseca Lemos; Rugles Cesar Barbosa (Comissão Nacional de Energia Nuclear), Abadia de Goiás (GO), Brasil; Ruffo de Freitas Júnior; Rosemar Macedo de Sousa Rahal, Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas. Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Danielle Cristina Netto Rodrigues; Rosemar Macedo de Sousa Rahal, Instituto Nacional do Câncer – INCA – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Objetivos: avaliar o impacto do Programa de Controle de Qualidade em Mamografia de Goiás (PCQM-GO). Métodos: estudo de intervenção, controlado, não randomizado, considerado como intervenção a avaliação da qualidade em mamografia e de ações educativas junto aos profissionais. A qualidade foi avaliada por meio de testes de desempenho do sistema radiográfico que produz a mamografia. Cada serviço recebeu uma pontuação correspondente ao percentual dos testes em conformidade com os padrões de desempenho. O grupo de intervenção (Grupo 1) foi formado por serviços que participaram das ações do PCQM-GO de 2007 a 2010. O grupo controle (Grupo 2) foi composto por serviços sem intervenção, que foram avaliados pela primeira vez em 2010. Foram realizadas análises estatísticas intra e entre grupos, utilizando-se o teste

t para amostras pareadas e para amostras independentes. Resultados: o Grupo 1, tanto antes quanto depois da intervenção, era formado por 34 serviços e o Grupo 2 por 15 serviços. O percentual médio de conformidade do Grupo 1 antes da intervenção foi 66,2% ($\pm 19,1\%$) e depois foi 80,1% ($\pm 15,8\%$) e do Grupo 2 foi 65,6% ($\pm 32,6\%$). A análise estatística da média de conformidade do Grupo 1, antes e depois da intervenção, mostrou diferença significativa ($p < 0,001$). Comparando o Grupo 1, antes da intervenção, com o Grupo 2 as médias mostraram-se iguais ($p = 0,934$). Conclusão: A intervenção nos serviços de mostrou-se efetiva para a melhoria da qualidade em mamografia. Mesmo após a intervenção alguns serviços não alcançaram o nível desejado de 90% de conformidade nos testes.

144

AValiação DO TEMPO PARA ACESSO AO TRATAMENTO DO CâNCER DE MAMA NO DISTRITO FEDERAL

Ângela Ferreira Barros, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília (DF), Brasil; Gilberto Uemura, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – Unesp – Botucatu (SP), Brasil; Jefferson Lessa Soares de Macedo, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília (DF), Brasil.

Objetivo: analisar o tempo entre o primeiro sintoma até o tratamento específico do câncer de mama, determinar o tempo entre as etapas desse período e verificar a associação com dados sócio-demográficos e clínicos. Métodos: realizou-se um estudo transversal descritivo e analítico. Foram entrevistadas 250 mulheres com diagnóstico primário de câncer de mama internadas para tratamento clínico ou cirúrgico da doença em 6 hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2009 e janeiro de 2011. Para verificar associação das variáveis foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*. Resultados: foram obtidas medianas de 229 dias entre a detecção do sintoma e o início do tratamento (tempo total), 30 dias entre a detecção do sintoma e a primeira consulta (tempo atribuído à paciente) e 156 dias entre a primeira consulta e o tratamento (tempo atribuído ao serviço). Após a detecção do sintoma, 52,9% das mulheres consultaram em até 30 dias e 88,8% demoraram mais de 90 dias para iniciar o tratamento. As mulheres com nível primário de escolaridade apresentaram maior tempo total ($p = 0,049$) e maior tempo atribuído ao serviço ($p = 0,032$). As pacientes com câncer de mama avançado apresentaram maior tempo atribuído à paciente ($p = 0,006$). Conclusões: houve um importante atraso para iniciar o tratamento das mulheres com câncer de mama e a maior parte desse atraso foi atribuída à dificuldade do serviço em prover o tratamento de forma ágil. Medidas estratégicas devem ser implementadas para reduzir o atraso.

145

AVALIAÇÃO DOS TIPOS HISTOLÓGICOS E DA EXPRESSÃO DE RECEPTORES HORMONAIS E HER-2 NAS PACIENTES IDOSAS COM DIAGNÓSTICO DE CANCER DE MAMA NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Erica Renata Mendes; Leonardo Fleury Orlandini; Luiz Otavio Zucca Cassilhas; Paulo Fasanelli; Alexandre Mansur Biscaro; Sílvia Aparecida Perea; José Luis Esteves Francisco; Newton Antonio Bordin Junior.

Objetivos: analisar o perfil anatomopatológico e imunohistoquímico das pacientes idosas diagnosticadas com carcinoma mamário no Serviço de Mastologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e avaliar sua correlação com grupos etários. Métodos: estudo retrospectivo dos 142 casos de câncer de mama em mulheres acima dos 70 anos de idade, com diagnóstico entre janeiro de 2000 e junho de 2010. Foram levantados dados referentes ao tipo histológico, grau histológico, receptor hormonal e HER-2. os dados coletados foram divididos em faixas etárias (70-74, 75-79, 80-84 e acima de 85 anos de idade) e comparados estatisticamente. O teste utilizado para análise foi o Qui-quadrado de Pearson. Resultados: das 142 pacientes, 128 eram carcinoma ductal (90,1%). Tivemos acesso ao grau histológico de 123 pacientes, das quais 27 (22,7%) eram grau 1; 67 (56,3%) grau 2; 25 (21,0%) grau 3. Foram avaliados os receptores hormonais de 131 pacientes, sendo 113 (86,3%) positivos. Quanto a proteína HER-2, 127 pacientes foram estudadas e 62 (48,8%) mostraram hiperexpressividade imunohistoquímica. quando comparados estatisticamente, não observamos relação significativa entre faixas etárias citadas e receptores hormonais positivos ou her-2 positivo. Conclusões: observamos como tipo histológico mais frequente o carcinoma ductal invasivo grau 2 o que está em concordância com os estudos encontrados. apesar de não termos evidenciado uma relação estatística entre as faixas etárias estudadas, a positividade dos receptores hormonais e menores taxas de alto grau histológico, encontrados neste grupo de pacientes, comparados a pacientes mais jovens, mostra um perfil anatomopatológico e imunofenotípico mais favorável.

146

BAIXA TAXA DE ADESÃO DE QUIMIOPREVENÇÃO EM PACIENTES COM ALTO RISCO PARA CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO DESCRITIVO

Sabas Carlos Vieira (Doutor em toco-ginecologia), Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – São Paulo (SP), Brasil. Professor da Universidade Federal do Piauí – UFPI – Teresina (PI), Brasil; João Pinto da Silva Neto; Denise Evelyn Machado de Almeida; Vanessa Saraiva Leitão Viana (Acadêmicos de Medicina), Universidade Federal do Piauí – UFPI – Teresina (PI), Brasil.

Objetivo: avaliar o emprego da quimioprevenção com Tamoxifeno e Raloxifeno em pacientes de alto risco de câncer de mama da clínica Oncocentro em Teresina (PI). Métodos: analisou-se 96 prontuários de pacientes com alto risco para desenvolvimento de câncer de mama, atendidas no período de janeiro 2002 a janeiro de 2011. Obteve-se variáveis como: fatores de risco para câncer de mama, taxa de adesão ao tratamento e efeitos colaterais. Resultados: das 96 pacientes, 72% receberam a prescrição de raloxifeno e 24 %, tamoxifeno. A taxa de adesão a quimioprevenção para as pacientes foi de 37,5 %, com um seguimento médio de 14 meses. Apenas 2 pacientes concluíram o tratamento de 5 anos com o tamoxifeno. Do total de pacientes, 83,3% tinham história familiar positiva, 43% realizaram biópsia e 15,6% tiveram o diagnóstico de hiperplasia atípica. Apenas 18,8% relataram efeitos colaterais, sendo os fogachos responsáveis por 12,1% da descontinuação do tratamento. O custo das medicações foi responsável por 30,3% da descontinuação e por 72,7% do não início do tratamento. Conclusão: a taxa de adesão à quimioprevenção foi considerada baixa (37,5%), sobretudo pelo elevado custo do tratamento. Palavras-chave: câncer de mama, quimioprevenção, tamoxifeno, raloxifeno.

147

CÂNCER DE MAMA ASSOCIADO À GRAVIDEZ

Maria Virginia Thomazini; Jurandyr Moreira de Andrade; Francesca Maia Faria, Isabela Panzeri Carlotti; Maria Virginia Thomazini; Hélio Humberto Angotti Carrara; William Simões Clagnan; Daniel Guimarães Tiezzi, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Objetivo: comparar as características dos tumores e aspectos epidemiológicas de grávidas com carcinoma de mama com um grupo controle. Métodos: foram incluídas 19 grávidas com diagnóstico histológico de carcinoma de mama durante a gravidez (16 casos) ou até um ano após o parto (3). Como controles foram incluídas mulheres com carcinoma de mama atendidas no mesmo período com mesma idade ou diferença de mais ou menos um ano (3 controles por caso). Todas foram estadiadas e tratadas segundo protocolos específicos. Resultados: as medianas de idade foram de 31 e 32 anos para grávidas e controles respectivamente. Não houve diferenças em relação à raça (brancas *versus* não brancas). Entre as grávidas, 8 estavam na primeira gestação. No grupo controle 25 eram nuligestas ou com antecedente de uma gravidez. As grávidas apresentaram estádios avançados (IIB, III e IV) mais frequentemente: 66% x 33% [OR=1,6 IC(95%)0,8-3,0 na análise pareada; OR=4 IC(95%) 1,3-12 com análise não pareada]. Entre as grávidas foram mais frequentes os carcinomas inflamatórios [OR=13,8 IC(95%) 5,8-32,8), os triplos negativos e os negativos para receptores hormonais. Conclusões: as grávidas com carcinoma de mama apresentam tumores com indicadores de pior prognóstico em relação à mulheres da mesma idade não grávidas.

Esta diferença está relacionada à características biológicas mais agressivas dos carcinomas e não ao atraso no diagnóstico.

148

CÂNCER DE MAMA E GRAVIDEZ: DIAGNÓSTICO E DECISÃO TERAPÊUTICA

Douglas de Miranda Pires; Clécio Ênio Murta de Lucena; João Augusto Pereira do Amaral; Annamaria Massahud Rodrigues dos Santos; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Mauro Henrique Muniz Goursand; Renice Elias Fontes Valadares; Patrícia Aguiar Bellini. **Objetivo:** apresentar casos suspeitos e/ou confirmados da associação do câncer de mama em pacientes jovens grávidas. **Métodos:** foram selecionados na casuística do autor quatro casos suspeitos e/ou confirmados de associação de câncer de mama e pacientes jovens grávidas, devido à forma de apresentação, a abordagem prévia ao encaminhamento ao Mastologista, a dificuldade de diagnóstico, as patologias concomitantes, importante em um caso, a decisão terapêutica e o desfecho de cada caso. **Resultados:** as pacientes selecionadas foram acompanhadas por equipe multidisciplinar (Mastologista, Oncologista, Obstetra, Psicólogo, Fisioterapeuta), sendo que em uma das pacientes o diagnóstico foi dificultado pela presença concomitante de Lupus Eritematoso Sistêmico, apresentou-se como o de mais difícil resolução e, nos demais, a decisão de prosseguir ou não a gravidez, iniciar imediatamente ou no puerpério a quimioterapia, e a abordagem cirúrgica, em todos os casos, visto a intensa hipertrofia mamária, desafiaram a equipe baseado em protocolos instituídos. **Conclusões:** apesar de ser relativamente comum sua ocorrência na prática clínica do Mastologista, apesar da sua baixa incidência relativa, considerando todas as faixas etárias e reprodutiva da mulher, o que se tem notado é que, com o aumento da incidência nas jovens, a abordagem multidisciplinar tem se tornado de extrema importância na decisão terapêutica.

149

CÂNCER DE MAMA EM HOMENS: RELATO DE SÉRIE DE CASOS

Idelfonso Oliveira Chaves de Carvalho; Sérgio Ferreira Juaçaba; Paulo Roberto de Sousa Coelho; Antônio Fernando Melo Filho; Antônio de Pádua Almeida Carneiro; Ércio Ferreira Gomes; Idelfonso Oliveira Chaves de Carvalho, Instituto do Câncer do Ceará – ICC – Fortaleza (CE), Brasil; Sionara Melo Figueiredo de Carvalho, Universidade Federal do Ceará – UFC –, Barbalha (CE), Brasil; Lorena de Andrade Leitão, Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – FMJ – Juazeiro do Norte (CE), Brasil. **Objetivo:** este trabalho teve como objetivo geral relatar uma série de casos de câncer de mama em homens, tratados no Instituto do Câncer do Ceará (ICC) em Fortaleza (CE), no período de 2000 a 2007. **Método:** foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo e transversal de casos, por meio da análise

de prontuários, tendo sido constituído banco de dados com informações como idade, antecedentes familiares, estadiamento, histopatológico, tratamento, tempo de seguimento e evolução da doença. **Resultados:** foram identificados 12 pacientes entre 41 e 88 anos, com média de 61,8 anos, dos quais 4 (33,33%) tinham história familiar de câncer de mama. Com relação ao estadiamento, 3 (25%) eram I, 4 (33,33%) eram IIA, 3 (25%) eram IIIB, 2 (16,66%) eram IV. Quanto ao histopatológico, 11 (91,66%) foram carcinoma ductal invasivo e apenas 1 (8,33%) foi sarcoma. O tratamento cirúrgico foi realizado em 11 (91,66%) pacientes, sendo que 1 (8,33%) não realizou cirurgia porque foi a óbito. Foi realizada mastectomia radical modificada em 10 (83,33%) pacientes e mastectomia simples em apenas 1 (8,33%). O tempo médio de seguimento foi de 27,8 meses, com mínimo de 4 e máximo de 96 meses. Dentro do tempo de seguimento relatado nos prontuários, 2 (16,66%) pacientes apresentaram metástase a distância, sendo 1 (8,33%) metástase óssea e 1 (8,33%) pulmonar, ambos evoluindo para óbito. **Conclusão:** a maioria dos casos foi diagnosticada tardiamente, corroborando dados da literatura, o que justifica a maior mortalidade por câncer de mama em homens comparativamente ao sexo feminino, embora seja bem menos prevalente.

150

CÂNCER DE MAMA MASCULINO EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

Tatiane Oliveira Borges; Ana Carolina de Oliveira; Maria de Fátima Brito Vogt; Fernanda Cristina Afonso Salum; Carlos Marino Calvano Filho; Gustavo de Castro Gouveia, (Residência médica de Mastologia), Hospital Universitário de Brasília – HUB – Brasília (DF), Brasil.

Introdução: dos cânceres de mama, 1% ocorre em homens e representa menos de 1% dos cânceres masculinos. Incidência aumentou 26% em 25 anos. O diagnóstico diferencial inclui ginecomastia, abscesso, tumor primário (sarcoma) e metástases. Será apresentado um caso de câncer de mama em homem jovem. **Descrição do caso:** paciente de 38 anos, com descarga papilar espontânea, sanguinolenta em mama direita há 10 meses. Realizou ultrassonografia com nódulo justareolar em mama direita de 9,8 x 8,1 mm, visto também na mamografia (BIRADS 4b). **Métodos:** realizou exérese de ducto, com histopatológico de carcinoma ductal infiltrante (CDI), 1,5 cm, sem invasão angiolímfática e margens livres. Feita mastectomia simples com biópsia de linfonodo sentinela (BLS), com CDI de 1,2 mm, linfonodos negativos (pT1cN0M0), receptores hormonais positivos e HER2 negativo. Apresentava história familiar de duas primas e uma tia com câncer de mama. Fez quimioterapia adjuvante e está usando tamoxifeno. **Conclusão:** a apresentação mais comum é de nódulo indolor subareolar, em estágios III ou IV em mais de 40% dos casos, com idade média aos 60 anos. A maioria dos casos não tem fatores de risco identificáveis, como

síndrome de Klinefelter, distúrbios hormonais ou genéticos. Mais de 90% dos casos são CDI. A cirurgia é geralmente mastectomia com esvaziamento axilar ou BLS. 90% têm receptor hormonal positivo, o tratamento adjuvante assemelha-se ao do câncer feminino. Trata-se de câncer de mama masculino, em paciente abaixo dos 40 anos, sintomático, em estágio precoce e com história familiar.

151

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS: PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Marina Oliveira Silva de Paiva; Higor Costa Gomes (Acadêmicos da Liga da Mama), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO); Ruffo Freitas Júnior, Rosemar Macedo Sousa Rahal, Brunella Mendonça Chinem, Danielle Cristina Netto Rodrigues, Rosângela da Silveira Corrêa, Nilza Alves Marques Almeida, Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: capacitar profissionais de saúde da Atenção Básica sobre prevenção e detecção precoce do câncer de mama gerando rede de multiplicadores para melhoria de suas ações nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Metodologia: o projeto dividiu-se em quatro fases: planejamento da equipe executora trazendo estratégias para sensibilização das Regionais de Saúde; reuniões com as coordenações das Regionais de Saúde para pactuação das ações a serem desenvolvidas; apresentação do projeto e realização de curso de capacitação com aplicação de questionários semi-estruturados com perguntas abertas e fechadas a fim de obter dados. Resultados: até o momento houve pactuação das ações nas Regionais de Saúde Oeste II e Estrada de Ferro. Participaram do curso 207 profissionais, sendo 151 na Regional Oeste II: 6 médicos, 22 enfermeiros, 105 agentes comunitários de saúde (ACS) e 18 outras especialidades; e 56 na Regional Estrada de Ferro: 12 enfermeiros e 44 ACS. Conclusão: as ações de educação em saúde, referentes à prevenção e detecção precoce do câncer de mama, tem sido apontadas pelos profissionais como indispensáveis em suas UBS, aumentando a perspectiva de contribuição com a saúde pública de nosso estado.

152

CARCINOMA ADENOÍDE CÍSTICO NA MAMA: RELATO DE CASO

Betina Menezes de Albuquerque Marques; Candice Barbosa Militão de Lira; Flávio Rocha de Medeiros; Nicolí Serquiz de Azevedo; Marina Luiza Souza do Nascimento, Silvana Rocha de Almeida Braga; Ubirajara Caldas Leonardo Nogueira Júnior; Carlos Eduardo Correia de Araújo.

Objetivo: relatar um caso de Carcinoma Adenóide Cístico de mama, em uma paciente do sexo feminino, atendida na

LNRCC, Natal (RN). Métodos: relato de caso baseado na revisão de dados descritos em prontuário. Resultados: paciente do sexo feminino, 61 anos, queixando-se de nódulo em mama esquerda há 1 ano. Ao exame físico apresentava massa em mama esquerda de 14,0x 11,5 cm e ausência de linfonodomegalia axilar. Submetida a biópsia incisional que evidenciou carcinoma adenóide cístico grau histológico II grau nuclear 1, com infiltração de derme. Estádio clínico IIIB (T4bN0M0). A Imuno-histoquímica foi negativa para RE, RP e HER-2. Submetida a quimioterapia neoadjuvante com objetivo de redução tumoral com 4 ciclos Adriamicina e Cisplatina seguidos de 2 Taxol, havendo redução parcial do tumor para 11,0 x 9,0 cm, seguida de mastectomia radical modificada de mama esquerda, com ressecção parcial de músculo peitoral maior por acometimento tumoral, cujo estudo anátomopatológico da mama revelou carcinoma adenóide cístico 8 cm, com infiltração de derme, margem de ressecção profunda muito próxima, e a avaliação do conteúdo axilar apresentou 9 linfonodos ressecados com hiperplasia linfóide reativa. Estadiamento cirúrgico T4cN0M0. Realizou radioterapia adjuvante com 28 sessões, evoluiu sem intercorrências, atualmente em seguimento com Mastologia, oncologia clínica e radioterapia, sem sinais de recidiva loco-regional e/ou a distância. Conclusão: o carcinoma adenóide cístico na mama representa menos de 0,1% dos carcinomas e tem prognóstico favorável, é bastante raro e não responde bem a quimioterapia por se tratar de um tumor pouco agressivo como demonstrado no caso relatado.

153

CARCINOMA INFLAMATÓRIO: FATORES SOCIOECONÔMICOS

Cristiano Rodrigues de Luna Silvío; Silva Fernandes; Luciana Alt Petel; Fabiano Malzac Franco; Wagner Encarnação; Sandra Helena Fernandes Mendes; Laura Osthoff; Luiz Gustavo de Oliveira Bueno. Introdução: carcinoma inflamatório de mama (CIM) é uma doença agressiva, descrita em 1.814 por Sir Charles Bell. Possui baixa resposta aos tratamentos atuais. É definida como uma síndrome clínica caracterizada por eritema, edema (*peau d'orange*) de um terço ou mais da pele da mama; diagnóstico diferencial com mastite. É prontamente distinguível da maioria das formas de câncer de mama, mas pode ser confundido com doença localmente avançada não inflamatória (câncer de mama inicialmente negligenciado). Discute-se se estas duas entidades biológicas são distintas ou as mesmas coisas. O tipo primário tipicamente está associado com um curso clínico curto mais dramático. Objetivo: analisar os fatores epidemiológicos. Relato de caso: JPCA, 65 anos, natural e moradora de Angola, dona de casa, negra. Observou-se: aumento de volume mamário esquerdo, *peau d'orange*, retração do complexo aréolo-mamilar, nódulo de 10 cm, axila congelada; mamografia bilateral: espessamento difuso da pele na mama esquerda (Bi-

rads 5). Programou-se a *core-biopsy*, evidenciando-se associação com carcinoma ductal infiltrante; encaminhada à neoadjuvância. Conclusão: porque uma mulher africana veio ao Brasil fazer diagnóstico já avançado de câncer de mama? Na África, é a segunda causa de câncer, logo depois de carcinoma do colo uterino. Fatores que contribuem para o aumento da doença maligna: único centro de tratamento especializado, longas distâncias, alto custo, medo, fatores culturais.

154

CARCINOMA LOBULAR INVASOR COM METÁSTASE PARA VULVA: RELATO DE CASO

Juliana Therezinha Fajoses Gonçalves; Romana Ribeiro Giordani; Panmella Lemos Lima; Kerstin Kapp Rangel; Gustavo Lanza de Melo; Wagner Antonio Paz; Soraya de Paula Paim; Paulo Guilherme de Oliveira Sales, Hospital Luxemburgo/Mario Penna, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Introdução: o carcinoma em tecido mamário ectópico e o carcinoma de mama metastático para vulva são raros, sendo este último mais frequente quando há outro sítio de metástase associado. Descrição do caso da paciente: sexo feminino, 74 anos, foi encaminhada ao Mastologista por diagnóstico de carcinoma metastático de vulva após realização excisão de lesão vulvar, cuja histopatologia e imunohistoquímica identificaram adenocarcinoma mucinoso de sítio primário mais provável a mama. Paciente hígida, exame físico das mamas normal, realizou mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética das mamas, sendo identificada, nos dois últimos exames, uma área de limites imprecisos e irregulares, medindo 6,8 x 4,6 x 6,9 mm, em união dos quadrantes superiores de mama direita, realizada biópsia com agulha grossa, cuja histopatologia revelou carcinoma lobular invasor. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico por meio da da setorectomia guiada de mama direita e linfadenectomia axilar direita em fevereiro de 2011, com histopatologia determinando carcinoma lobular invasor e *in situ*, sem acometimento dos vinte linfonodos dissecados. A paciente foi submetida a tratamento sistêmico com quimioterapia adjuvante e local com radioterapia adjuvante. Resultados: o carcinoma de mama metastático para vulva é incomum e até 2009 foram descritos 16 casos na literatura mundial. Por se tratar de doença sistêmica ao diagnóstico o tratamento deve ser primeiramente realizado com quimioterapia e controle loco-regional das lesões com cirurgia e radioterapia.

155

DISFUNÇÕES SEXUAIS EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Marcia de Faria Veloso; Aline de Oliveira Abreu; Márcia de Faria Veloso; Daniela Zanini; Ana Lago Prates.

Objetivo: quantificar disfunção sexual em mulheres com câncer de mama. Métodos: estudo do tipo quantitativo, descritivo,

exploratório de corte transversal realizado de abril a junho de 2009 em voluntárias com parceiro sexual inscritas no Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. O instrumento utilizado foi o questionário de caracterização sócio-demográfico e a Escala de Experiência Sexual Arizona (ASEX, 2005) que quantifica desejo sexual, excitação, lubrificação vaginal, capacidade de atingir orgasmo e satisfação. A análise estatística foi realizada pelo programa SSPS – *Statistical Package for Social Sciences* 12.0. Comparou-se a média, o desvio padrão para as variáveis contínuas, a porcentagem para as categóricas e a comparação das médias realizadas pela análise de variação (N) pelo teste *T Student*, sendo significativo o $p \leq 0,005$. Resultados: foram investigadas 61 participantes com idade entre 26 e 81 anos, com média de 50,41 anos, renda familiar de R\$ 0 a R\$ 6 mil e média de R\$ 871,15. Em sua maioria são casadas (72%), procedentes de Goiás (67,5%), de religião Católica (57,2%), com ocupação do lar (78%) e têm ensino fundamental (52,5%). Destas, 65% não têm disfunção sexual, mas se encontram na mediana (17,5%) tendendo à disfunção. Dos 35% que têm disfunção, o desejo sexual é muito diminuído (42%) em relação aos sem disfunção (12,5%). Nesse mesmo grupo, 9,5% obtêm lubrificação com dificuldade, e no outro, 67,5% obtêm facilmente, apresentando ainda dificuldade para atingir orgasmo 42,0% ($p < 0,001$) e diminuição da frequência das relações sexuais ($p = 0,0015$). Conclusão: há presença de disfunção sexual e o comprometimento na qualidade da sexualidade dessas mulheres.

156

DISTRIBUIÇÃO GEOESPACIAL DA INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA EM UMA ÁREA URBANA DO BRASIL CENTRAL

Nilceana Maya Aires Freitas (Serviço de Radioterapia) Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – ACCG – Goiânia (GO), Brasil e do Centro Brasileiro de Radioterapia, Oncologia e Mastologia – CEBROM – Goiânia (GO), Brasil; Ruffo Freitas Júnior, Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Araújo Jorge – CCG – Goiânia (GO), Brasil; Victor Domingos Lisita Rosa, Programa de Mastologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Maria Paula Curado, Departamento de Epidemiologia Descritiva, *Production Group*, *International Agency for Research on Cancer* – IARC – Lyon, France (FR); Edesio Martins; José Carlos Oliveira, Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia – RCBPGO – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivos: conhecer a distribuição geoespacial da incidência do câncer de mama nos distritos sanitários de Goiânia para facilitar futuras ações de saúde pública. Calcular a mudança do crescimento na população feminina de risco nos distritos sanitários. Métodos: estudo retrospectivo usando os dados do Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia de 1988 a 2006. Foi calculada a Incidência Truncada distribuídos nos

sete Distritos Sanitários. Calculou-se também a mudança percentual da média anual de incidência (MPMA) nos distritos e a correlação do crescimento da população com o MPMA. Resultados: foram enviados para a geocodificação 4.155 casos de câncer de mama feminino. O Distrito Campinas Centro apresentou o maior número de casos (40%) e a maior incidência acumulada (118/100.000). A incidência foi crescente em todos os distritos, chegando a 189/100.000 no Sul e 166/100.000 no Campinas Centro para o último quadriênio (2003 a 2006). O maior MPMA foi observado no distrito Noroeste com 20,9% ao ano ($p=0,02$; IC(95%) 7,2 36,4). O distrito Oeste e o Sudoeste foram os que mais apresentaram crescimento populacional (71% e 63%), porém, esse crescimento teve uma baixa correlação com o aumento da incidência (32%; $p=0,48$). Conclusão: houve aumento tanto da população quanto da incidência do câncer de mama em todos os distritos sanitários de Goiânia. A maior incidência de câncer de mama esteve localizada na região Centro Sul. Houve baixa correlação entre o crescimento populacional de mulheres na faixa etária de risco com a incidência do câncer de mama.

157

ESTUDO DA SOBREVIDA GLOBAL DAS PACIENTES ADMITIDAS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA NO HOSPITAL MARIO KRÖEFF, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2008 A DEZEMBRO DE 2010

Anna Maria de Barros Silva Lima; Carla Letícia Carius, Carolina Cunha Silveira; Guilherme Boquimpani de Freitas; Hiram Silveira Lucas; Leandro Coelho Maia. Luís Antônio Lopes Silveira; Maria Helena Silva Ferreira, Hospital Mário Kröeff, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Objetivo: avaliar a sobrevida global das pacientes admitidas com diagnóstico de câncer de mama entre janeiro de 2008 a dezembro de 2010 no Hospital Mario Kröeff, relacionando a sobrevida à idade ao diagnóstico, ao estadiamento clínico na admissão e tipo histopatológico. Métodos: revisão de 201 prontuários das pacientes admitidas no período citado, relacionando a data do diagnóstico de câncer de mama à data do óbito (até julho de 2011), avaliando idade, tipo histopatológico e estadiamento clínico. Resultados: a sobrevida global das 201 pacientes foi: em 6 meses 53%, 7-12 meses 14%, 13-24 meses 23%, 25-36 meses 5%, acima de 36 meses 4%. Em relação ao estadiamento clínico, 61 (30%) não foram analisados por não constar este dado no prontuário. Dos 140 (70%) analisados, o estadiamento III foi prevalente, correspondendo a 39% dos casos, seguido pelo estadiamento IV com 36%. Conclusão: nossa casuística evidencia que a maioria das pacientes tem uma sobrevida global baixa (menor que 6 meses), sendo os estádios clínicos III e IV os mais frequentes. Esses achados corroboram com a literatura, na qual descreve-se que o estágio clínico mais avançado apresenta maior mortalidade.

158

ESTUDO DOS SUBTIPOS HISTOLÓGICOS ESPECIAIS PUROS DO CÂNCER DE MAMA COMO FATORES PROGNÓSTICOS FAVORÁVEIS INDEPENDENTES

Norma Luiza Machado Silveira; Marco Aurelio Pinho de Oliveira; Maria Belaniza de Góes Barreto de Campos; Neil Lins Machado.

Introdução: o comportamento biológico do carcinoma de mama varia conforme seu tipo histológico podendo ser considerado favorável, intermediário ou agressivo. Por outro lado, o comprometimento axilar é o fator prognóstico mais importante. Cerca de 80% dos carcinomas de mama são do tipo ductal infiltrante (CDI). Os subtipos especiais são encontrados em 10% a 15% dos casos e possuem melhor prognóstico. Objetivo: analisar e comparar o comprometimento axilar metastático e a sobrevida das pacientes com câncer de mama em relação aos subtipos histológicos especiais e CDI em um período de 20 anos. Metodologia: Foram analisadas, retrospectivamente, 315 pacientes com câncer de mama em relação a dois tipos histológicos tumorais no período de 1985 a 2005. Selecionou-se os CDI e os subtipos especiais (SE). O tempo de seguimento variou de 5 a 20 anos. Resultados: do total de pacientes foi encontrado 9,5% de SE e 90,5% de CDI. Dentre os SE observou-se 7 mucinosos, 4 papilíferos, 10 medulares, 3 tubulares, 6 cribriformes. Das pacientes com axila positiva encontramos o maior percentual no grupo do CDI com 62,3%, e nas mulheres com SE apenas 20%. Verificou-se que as portadoras de SE e axila positiva obtiveram 70% de sobrevida acima de 5 anos e 43,3% acima de 10 anos. O grupo do CDI com axila positiva apresentou 22,5% de sobrevida acima de 5 anos e 13,8% acima de 10 anos. Conclusão: conclui-se que os subtipos histológicos especiais possuem baixa incidência de metástases axilares e maior sobrevida comparado ao CDI.

159

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM PERFIL MOLECULAR TRIPLO NEGATIVO DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA, NO PERÍODO DE 2005 A 2007

Cynthia Mara Brito Lins Pereira (Mastologista do Hospital Ophir Loyola); Mary Helly Valente Costa (Residente de Mastologia do Hospital Ophir Loyola); Francianne Rocha da Silva (Mastologista do Hospital Ophir Loyola); Ana Carolina dos Santos Oliveira (Residente de Mastologia do Hospital Ophir Loyola).

Objetivo: estudo epidemiológico das pacientes portadoras de câncer de mama, com perfil molecular triplo negativo, tratadas no Hospital Ophir Loyola, na cidade de Belém, Estado do Pará, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2007. Metodologia: estudo retrospectivo, observacional, analítico por meio de revisão de prontuários das pacientes com este perfil molecular. Resultados: foram analisados 100 casos de pacientes com este perfil imunológico, e realizado um estudo epidemiológico,

avaliando-se: idade, paridade, status hormonal, lactação, história familiar, procedência, tipo histológico, mama acometida, hábitos, estadiamento clínico, tratamento cirúrgico realizado, tratamento quimioterápico e radioterápico proposto. Conclusão: os resultados obtidos foram coincidentes com a literatura, e foi importante para avaliar as características epidemiológicas das pacientes da região Norte.

160

EVOLUÇÃO TEMPORAL E QUALIDADE DOS DADOS DE REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL DE GOIÂNIA, GOIÁS: CÂNCER DE MAMA

Ruffo Freitas Júnior, Programa de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – ACCG – Goiânia (GO), Brasil; Rodrigo Disconzi Nunes, (Mestrando) pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Edesio Martins; José Carlos de Oliveira, Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia (GO), Brasil; Stephânia de Oliveira Laudaes Moreira (Acadêmica de Medicina) Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás – Goiânia (GO), Brasil; Nilceana Maya Aires Freitas (Serviço de Radioterapia), Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – ACCG – Goiânia (GO), Brasil; Maria Paula Curado, Departamento de Produção em Epidemiologia Descritiva. *International Agency for Research on Cancer – IARC – Lyon (FR), França*; Amanda Vieira Matos, (Acadêmica de Medicina), Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: avaliar a evolução temporal na qualidade de dados do Registro de Câncer de Base Populacional da cidade de Goiânia (RCBPGO), referentes ao câncer de mama, no período de 1988 a 2006. Métodos: estudo descritivo utilizando a base de dados do RCBPGO. Foram analisadas variáveis de registro como: base do diagnóstico, idade, morfologia e extensão da doença. Foram realizadas frequências, bem como a verificação de critérios de qualidade como: clareza metodológica, incompletude e continuidade. Resultados: durante o período de 1988 a 2006, foi coletado pelo RCBPGO um total de 4578 casos de câncer de mama feminina. Quanto à clareza metodológica o RCBPGO cumpre normas e exigências de forma clara e objetiva durante seu funcionamento como o cruzamento de informações, a preocupação em reportar dados realmente verdadeiros e a avaliação periódica das fontes de notificação. Com relação à incompletude, na variável extensão da doença, os eventos subdivididos como sem dados apresentaram uma queda percentual anual de 8,4 ($p < 0,01$; IC95% 13,4 - 3,1). Quanto ao critério de continuidade, o RCBPGO trabalha de forma ininterrupta desde 1986 até os dias atuais. Houve aumento de 0,9% na média anual dos dados coletados através de

exame histopatológico ($p < 0,01$; IC95% 0,5% - 1,3%). Conclusão: o presente estudo demonstrou a boa qualidade de dados do RCBPGO para câncer de mama, além da manutenção e melhora significativa na qualidade desses dados.

161

FATORES PROGNÓSTICOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA BILATERAL

Debora Bolsi de Vasconcelos; Clarissa Santos Amaral; Renata Rockemback; Luis Antonio de Abreu Neto; Maira Caleffi, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre (RS); Flávia Bulegon Pilecco, Programa de pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

Introdução: o câncer de mama é uma doença que vem aumentando sua prevalência no Brasil. Pacientes com história de câncer de mama têm risco aumentado de desenvolver um segundo câncer primário. Objetivo: descrever fatores prognósticos de pacientes com câncer de mama bilateral. Metodologia: análise prontuários pacientes com câncer de mama bilateral, atendidas entre 2004 e 2011, em hospital particular de Porto Alegre. Resultados: Dentre as 1.759 mulheres com câncer de mama atendidas neste período, 43 tiveram diagnóstico de câncer bilateral (2,5%). No que se refere ao primeiro diagnóstico de câncer de mama, a média de idade foi de 53 anos. Em relação ao estadiamento, 23,5% apresentavam doença *in situ*, 20,6% estágio 1, 23,5% estágio 2A, 17,7% estágio 2B, 5,9% estágio 3A, estágio 3C 8,8%. Houve envolvimento axilar em 67,6% das cirurgias. A média da idade do segundo diagnóstico foi de 60 anos. Em relação ao estadiamento, 9,5% apresentavam doença *in situ*, 47,6% estágio 1, 28,6% estágio 2A, 2,4% estágio 3A, 9,5% estágio 3C e 2,4% estágio 4. Um quarto das cirurgias teve envolvimento axilar. Houve recidiva da doença em 4,6% e metástases à distância em 9,3%. Conclusão: A prevalência de câncer de mama bilateral encontrada neste estudo foi semelhante a encontrada em outros estudos, tendo uma variação de 0,3 e 12%. Nesta análise, o segundo diagnóstico foi precoce em termos de estadiamento e de acometimento axilar, o que se deve provavelmente ao acompanhamento realizado em decorrência do primeiro diagnóstico.

162

FREQÜÊNCIA DE CASOS ALTERADOS E CONDUTAS ESTABELECIDAS EM CAMPANHAS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS

Brunella Mendonça Chinem; Ruffo Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Danielle Cristina Netto Rodrigues; Rosângela da Silveira Corrêa; Nilza Alves Marques Almeida, Programa de Mastologia, Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Victor Caponi Borba; Higor Costa Gomes (Acadêmicos da Liga da Mama), Universidade

Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: descrever as principais alterações encontradas no exame físico e nas mamografias e as condutas estabelecidas pelos profissionais no atendimento em campanhas de detecção precoce do câncer de mama em municípios do estado de Goiás, em 2011. Metodologia: foi conduzido um estudo transversal durante as consultas realizadas no rastreamento em 2011. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento próprio para as campanhas abordando as principais alterações e as condutas estabelecidas em cada alteração. Foi realizada análise descritiva com apresentação dos dados na forma de frequência absoluta e relativa. Resultados: das 562 mulheres atendidas, 0,6% tinham a mama retraída e 1,2% tinham a mama espessada; 0,5% tinham descarga papilar cristalina, 1,7% amarelo/esverdeado e 0,3% esbranquiçada; 4,7% tinham nódulos em mama direita sendo a maioria localizada no quadrante superior esquerdo e 5% tinham nódulo em mama esquerda sendo a maioria também localizada no quadrante superior esquerdo. Quanto aos achados nas mamografias, 42,7% das mamas eram predominantemente adiposas e 49,3% foram achados normais. Das alterações, 37,5% eram benignos enquanto 5,7% eram achados provavelmente benignos, 0,45% achados suspeitos e 7% incompletos. Das condutas adotadas, 68% eram controle radiológico em um ano, 10,8% complementação com a ultrasonografia, 10,8% mamografia em até 2 anos, 7,9% controle radiológico em 6 meses, 0,4% histopatológico e 2,1% terapêutica específica. Conclusão: dentre as pessoas examinadas, a maioria dos achados na mamografia e no exame físico eram benignos e as condutas adotadas foram em maior número o controle radiológico em um ano.

163

FREQUÊNCIA DE CASOS ALTERADOS EM CAMPANHAS PARA A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS

José Augusto de Souza Neto; Victor Caponi Borba (Acadêmicos da Liga da Mama), Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. Rosemar Macedo Sousa Rahal; Brunella Mendonça Chinem; Danielle Cristina Netto Rodrigues; Rosângela da Silveira Corrêa; Nilza Alves Marques Almeida, Programa de Mastologia, Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: descrever a frequência dos casos alterados em campanhas para a detecção precoce do câncer de mama em municípios de Goiás, em 2010 e 2011. Métodos: Foi conduzido um estudo transversal com dados obtidos durante as consultas realizadas nas campanhas de rastreamento. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento próprio para as campanhas abordando as principais alterações encontradas no exame físico e na mamografia (MMG). Foi realizada análise descritiva com apresentação dos dados na forma de frequência absoluta e relativa.

Resultados: durante o período de janeiro de 2010 a julho de 2011, foram atendidas 844 mulheres. Do total, 282 mulheres foram analisadas nas campanhas de 2010. Destas, 2,3% obtiveram achados suspeitos nas MMG, 6,3% eram provavelmente benignos, 24,2% benignos, 59,3% eram negativos e 7,8% eram casos incompletos. Nas campanhas de 2011, das 562 mulheres atendidas, 37,5% foram achados benignos na MMG enquanto 5,7% eram achados provavelmente benignos, 0,45% suspeitos e 7% incompletos. Conclusão: Dentre as pessoas examinadas, a maioria das alterações nas MMG eram benignas seguida de casos incompletos.

164

FUNDAMENTAÇÃO DA APLICAÇÃO DA TÉCNICA MAITLAND EM PACIENTES SUBMETIDAS À CIRURGIA DE CÂNCER DE MAMA COM DISFUNÇÃO DO OMBRO

Sandra Luiza Silva Figueiredo; Camila de Almeida Silva; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira Luciana Aparecida Mesquita; Clécio Ênio Murta Lucena. Instituição: Santa Casa de Misericórdia Belo Horizonte (MG), Brasil.

Objetivos: avaliar a sintomatologia que fundamenta e justifica a utilização da técnica de terapia manual Maitland, utilizada pela Fisioterapia em pacientes submetidas à cirurgia de câncer de mama. Métodos: estudo realizado na clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte (MG), em 35 mulheres, faixa etária entre 33 a 73 anos, em pós-operatório de câncer de mama, encaminhadas para o setor de Fisioterapia, no período de agosto a outubro de 2010. Aferida a Amplitude de Movimento (ADM) do ombro ipsilateral a cirurgia, por goniometria simples, antes e após oito semanas. Métodos: foi aferida a presença ou não de dor e intensidade utilizando a Escala Visual Analógica de dor. As sessões fisioterapêuticas foram realizadas uma vez por semana, uma hora de duração cada sessão, durante oito semanas. Conclusões: dentre as sintomatologias relatadas, observou-se que 54,2% apresentavam uma redução da amplitude de movimento do ombro e 42,8% queixa de dor, e 2,8% das pacientes relatam sentir os dois sintomas. A limitação da ADM de flexão da articulação glenoumeral foi de 45° a 160°, com média de 106,85°; para abdução foi de 45° a 165°, com média de 96,91°; rotação interna variou de 10° a 90°, com média de 59,17° e a rotação externa variou de 0° a 90°, com média de 60,34°. No pós-operatório grande parte das queixas se refere a dificuldade da movimentação das articulações do ombro por isso através dos dados apresentados neste estudo foram possíveis notar que a técnica Maitland pode diminuir a sintomatologia dessas pacientes.

165

INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NO BRASIL E NOS EUA (2004-2008)

Ivan Sérgio Vaz Porto Júnior; Ana Elisa Maranhão De Conti; Andrei Machado Viegas da Trindade; Andrei Machado Viegas da Trindade; Rafael Matos Machado; Carla Elisa Borges Goulart; Monique Camargo Pádua de Siqueira; Monique Camargo Pádua de Siqueira; Isabela Profírio de Aquino; Paulo Henrique de Oliveira, Centro Universitário de Anápolis (GO), Brasil.

Objetivos: levantar dados epidemiológicos relacionados às faixas etárias (FE) com maior incidência de câncer de mama em mulheres (CMM) brasileiras e estadunidenses de 2004-2008. Comparar os resultados das principais bases de dados brasileiras e estadunidenses em saúde. **Métodos:** Estudo de comparação avaliando o pico de incidência de CMM residentes no Brasil e nos EUA (2004-2008), utilizando-se as principais bases de dados em saúde desses países (*DATASUS e Surveillance Epidemiology and End Results – SEER*) e as principais bibliografias adotadas em cursos de saúde. **Resultados:** A análise quantitativa no DATASUS mostra que a FE com maior incidência de CMM brasileiras (2004-2008) é de 45-49 anos; a base de dados estadunidense SEER mostra que a FE com maior incidência de CMM estadunidenses (2004-2008) é de 75-79 anos. A análise bibliográfica mostra que a maioria das obras adotadas em cursos de graduação não apresenta dados relacionados às FE com maior incidência de CMM, apesar de relatarem outros dados epidemiológicos da doença (morbidade e mortalidade); apenas o livro Robbins faz referência a esse dado específico, relatando que o pico de incidência da doença em mulheres é de 75-80 anos. **Conclusão:** constatou-se diferença entre as FE com maior incidência de CMM, sendo que no Brasil a maioria das mulheres desenvolve a doença 30 anos antes do que nos EUA. A análise bibliográfica se mostrou pobre em dados epidemiológicos referindo-se ao pico de incidência do CMM no Brasil. Critica-se a adoção, por cursos brasileiros de graduação em saúde, de livros estadunidenses como suas principais bibliografias.

166 INFLUÊNCIA DA IDADE NO ESTADIAMENTO DE CÂNCER DE MAMA DAS PACIENTES IDOSAS ATENDIDAS NO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Leonardo Fleury Orlandini; Luiz Otavio Zucca Cassilhas; Paulo Fasanelli; Larissa Turchiari Redigolo; Alexandre Mansur Biscaro; Sílvia Aparecida Perea; José Luis Esteves Francisco; Newton Antonio Bordin Junior.

Objetivo: avaliar o estadiamento das pacientes acima de 70 anos diagnosticadas com câncer de mama no Serviço de Mastologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. **Métodos:** estudo retrospectivo dos prontuários das 142 pacientes, com diagnóstico de câncer de mama acima dos 70 anos, entre janeiro de 2000 a junho de 2010. Os casos foram

agrupados segundo sistema de estadiamento TNM e a idade separada por faixas etárias. a análise estatística foi realizada pelo Teste da Distância de Hellinger. **Resultados:** das 142 pacientes com diagnóstico de câncer de mama após os 70 anos no período citado, 58 tinham entre 70 e 74 anos; 41 entre 75 e 79 anos; 28 entre 80 e 84 anos e 15 pacientes tinham mais de 85 anos. Destas 5 tiveram carcinoma *in situ*, 22 foram diagnosticadas no estadio 1,37 no estágio 2, 45 no estágio 3 e 33 no estágio 4. A análise estatística mostrou uma diferença significativa ($p=0,014$) entre os estadiamentos iniciais e avançados comparando as faixas etárias menores (70 a 74 anos) e maiores (maior que 85 anos). **Conclusões:** há uma discussão internacional quanto ao rastreamento mamográfico para diagnóstico precoce de neoplasia mamária em mulheres idosas, o que muitas vezes pode atrasar o diagnóstico de lesões iniciais. Somado a isso, esta faixa etária de pacientes frequentemente apresenta um período maior entre o surgimento da lesão e a procura por assistência médica. Concluímos que a ocorrência destes fatores podem aumentar o estadiamento diretamente proporcional a idade verificado em nosso trabalho.

167 LINFOMA PRIMÁRIO DE MAMA: RELATO DE CASO

Juliana Therezinha Fajoses Gonçalves; Romana Ribeiro Giordani; Panmella Lemos Lima, Kerstin Kapp Rangel; Gustavo Lanza de Melo; Wagner Antonio Paz; Soraya de Paula Paim; Paulo Guilherme de Oliveira Salles, Hospital Luxemburgo/Mario Penna, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Introdução: o linfoma primário de mama (LPM) é um tumor raro, correspondendo de 0,4 a 0,5 % dos cânceres de mama. O objetivo deste estudo é relatar um caso de LPM tratado com quimioterapia e radioterapia. **Descrição do caso** paciente do sexo feminino, 56 anos, sem fatores de risco para câncer de mama, procurou atendimento devido ao aparecimento de um nódulo em união dos quadrantes laterais de mama direita, medindo 4,0 x 3,0 cm, contatado há cerca de 2 anos, com aumento progressivo e sem outros sintomas associados. Axila direita com sinais clínicos e ultrassonográficos de comprometimento linfonodal. A mamografia identificou três nódulos em mama direita, lobulados e definidos e a ultrassonografia das mamas evidenciou os mesmos nódulos: hipocogênicos, regulares e bem definidos. **Diagnóstico inicial** feito através de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e *core-biopsy* de carcinoma ductal invasor de mama, porém, após revisão de lâminas foi identificado, em conjunto com a imunohistoquímica um linfoma difuso de grandes células com fenótipo B e CD20 positivo. A paciente foi submetida à quimioterapia com *rituximab*, *vincristina*, *prednisona* e *ciclofosfamida* (R-CHOP), com resposta clínica completa e posteriormente a radioterapia complementar. **Resultados:** os sintomas do LPM são os mesmo de qualquer câncer de mama, incluindo nódulo ou tumoração nos quadrantes externos na mama, associados ou

não à mastalgia e descarga papilar. O tipo mais comum de LPM são os não-Hodgkin difuso de grandes células e correspondem a 2% de todos os linfomas extra-nodais. O LPM é considerado doença sistêmica ao diagnóstico e o tratamento consiste de quimioterapia e radioterapia, estando a cirurgia reservada em casos selecionados.

168

NÓDULOS DE MAMA DURANTE A GRAVIDEZ

Maria Virginia Thomazini; Jurandyr Moreira de Andrade; Maria Virginia Thomazini; Isabela Panzeri Carlotti; Francesca Maia Faria; Hélio Humberto Angotti Carrara; Willian Simões Clagnan; Daniel Guimarães Tiezzi, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Objetivo: comparar os diagnósticos em uma série de casos com nódulos de mama associados à gravidez com os de um grupo controle. Métodos: foram incluídas 51 mulheres com nódulos de mama associados à gravidez. Os critérios de inclusão foram: nódulo de mama detectado antes ou durante a gravidez associado ou não a outros achados. Excluímos os casos não submetidos à investigação durante a gravidez. O grupo controle foi selecionado entre mulheres com a mesma idade ou com um ano a mais ou menos, atendidas no mesmo período na proporção de dois controles para cada caso (n=102). Todas foram submetidas à avaliação com exame clínico, de imagem (preferencialmente ultrassonografia), punção aspirativa com agulha fina, biópsia ou exérese. Resultados: as medianas de idade foram de 26 e 27 anos (grávidas e controles respectivamente). As lesões mais frequentes foram fibroadenomas (43% nas grávidas e 63,7% no grupo controle). As neoplasias malignas (16 carcinomas e 2 sarcomas entre as grávidas) corresponderam a 35,3% contra 11,7% entre os controles. A diferença quanto ao risco para carcinomas ductais para as grávidas com nódulos é significativa [RR=6,8-IC(95%) 4,0-11,4]. Houve apenas 6 lesões específicas da gravidez (adenoma da lactação/hiperplasia da lactação). Conclusões: há diferença na distribuição dos diagnósticos com aumento significativo da frequência de carcinomas entre as grávidas.

169

PADRONIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS EM MASTOLOGIA BASEADO NAS RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE

Douglas de Miranda Pires; Clécio Ênio Murta de Lucena; João Augusto Pereira do Amaral; Annamaria Massahud Rodrigues dos Santos; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Mauro Henrique Muniz Goursand; Renice Elias Fontes Valadares; Patrícia Aguiar Bellini, Clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte (MG), Brasil. Objetivo: criar um prontuário médico para utilização específica do Mastologista, conforme as recomendações do Conselho

Federal de Medicina (CFM) e pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS). Métodos: foram analisadas as recomendações do CFM, SBIS e Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), embasadas nas questões legais pertinentes, a fim de se padronizar e implantar um Prontuário Médico Eletrônico voltado para a Especialidade de Mastologia que atendesse a estas normatizações, que fosse factível e, principalmente, acessível e prático aos seus usuários. Resultados: após avaliação dos *softwares* comerciais disponíveis no mercado, sua adequação as normas vigentes, o desenvolvimento de bancos de dados em programas de fácil acesso e/ou livres, verificou-se que não há necessidade de grandes investimentos no desenvolvimento em um *software* que atenda a captação, padronização e disponibilização de dados informatizados na área alvo Mastologia para que se tenha um modo prático no dia a dia e eficaz na compilação de dados estatísticos altamente importante na definição de diretrizes nacionais para o tratamento do câncer de mama. Conclusões: na moderna sociedade informatizada é totalmente dispar que a Medicina mantenha-se desatualizada com a disponibilização de ferramentas, muitas vezes gratuitas, objetivando a padronização e normatização de protocolos de tratamento.

170

PERFIL DAS MULHERES ATENDIDAS EM CAMPANHAS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DE GOIÁS

Marina Oliveira Silva de Paiva; Victor Caponi Borba (Acadêmicos da Liga da Mama), Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Ruffo Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Brunella Mendonça Chinem; Danielle Cristina Netto Rodrigues; Rosângela da Silveira Corrêa; Nilza Alves Marques Almeida, Programa de Mastologia, Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: descrever características das mulheres atendidas em campanhas de rastreamento de câncer de mama. Metodologia: estudo transversal com dados coletados por integrantes da Liga da Mama da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) e Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da UFG, durante campanhas de rastreamento de câncer de mama em municípios goianos, no período de janeiro de 2010 a julho de 2011. Para coleta de dados foi utilizado questionário específico abordando as variáveis sócio-demográficas como: idade, profissão, escolaridade, estado civil, etnia, religião, renda mensal. Foi realizada análise descritiva com apresentação dos dados na forma de frequência absoluta e relativa. Resultados: nas campanhas de 2010, a média de idade das mulheres atendidas foi de 49 anos, 43,3% eram do lar, 48% possuíam ensino fundamental incompleto, 61% casadas, 44% brancas, 69,3% católicas e 46,7% tinham renda familiar menor que 1 salário mínimo. Já nas campanhas de 2011, a média de idade foi de 51,5 anos, 64,6% eram do lar, 47,8% tinham

ensino fundamental incompleto, 64,2% casadas, 52,2% brancas, 76% católicas e 39,4% tinham renda familiar mensal de até 1 salário mínimo. Conclusão: observou-se que a maioria das mulheres trabalhavam no lar, tinham ensino fundamental incompleto e renda familiar inferior a 1 salário mínimo.

171

PERFIL DAS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA ADMITIDAS NO HOSPITAL MARIO KRÖEFF NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2008 A DEZEMBRO DE 2010

Guilherme Boquimpani de Freitas; Anna Maria de Barros Silva Lima; Carla Letícia Carius; Carolina Cunha Silveira; Hiram Silvira Lucas; Luís Antônio Lopes Silveira; Maria Helena da Silva Ferreira; Tainá Anelle Moura.

Objetivo: avaliar o perfil das pacientes admitidas com diagnóstico de câncer de mama no Hospital Mário Kröeff (HMK), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Métodos: análise retrospectiva de 1.700 prontuários, sendo avaliados comparativamente as seguintes variáveis: idade ao diagnóstico, sexo, tipo de convênio de saúde, tipo histopatológico, estadiamento clínico, seguimento ou abandono de tratamento e data do óbito (nos que se aplica tal critério). Resultados: a idade média ao diagnóstico foi de 58 anos; 1693 do sexo feminino e 7 do sexo masculino; 1.448 conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e 152 a outros convênios; o tipo histopatológico mais incidente foi o carcinoma ductal infiltrante com 1.514 casos seguido por Carcinoma lobular infiltrante com 77 casos, carcinoma ductal *in situ* 69 casos, tumor filóides e sarcoma 10 casos cada e outros com 3 casos; o estadiamento clínico foi 0=1,6%, I=9,7%, IIA=13,5%, IIB=2,6%, IIIA=5,7%, IIIB=16,7%, IIIC=0,5%, IV=8,1% e 33,2% não houve avaliação do estadiamento por tratamento cirúrgico prévio ou preenchimento incompleto do prontuário; 906 tiveram seguimento do tratamento e 794 abandonaram o tratamento; 201 evoluíram para óbito. Conclusão: concluímos que o perfil dos pacientes é compatível com os dados da literatura e do Ministério da Saúde.

172

PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA EM REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

Raphael de Tolêdo Remiggi; Higor Costa Gomes (Acadêmicos da Liga da Mama), Universidade Federal de Goiás – UGG – Goiânia (GO), Brasil; Ruffo Freitas Júnior; Rosemar Macedo Sousa Rahal; Brunella Mendonça Chinem; Danielle Cristina Netto Rodrigues; Rosângela da Silveira Corrêa; Nilza Alves Marques Almeida, Programa de Mastologia, Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Objetivo: descrever as características dos profissionais de Atenção Básica em Saúde (ABS) em regionais de saúde do Estado

de Goiás durante um curso de capacitação. Metodologia: estudo transversal com dados obtidos durante um projeto de capacitação sobre detecção precoce do câncer de mama para 207 profissionais da ABS em duas regionais em 2011. Utilizou-se um instrumento próprio abordando as variáveis sócio-demográficas: sexo, escolaridade, estado civil, renda mensal e religião; e características profissionais: profissão e tempo de formação. Foi realizada análise descritiva com apresentação dos dados na forma de frequência absoluta e relativa. Resultados: na Regional Oeste II, participaram 151 profissionais, sendo 83% do sexo feminino; 56,1% ensino médio completo; 60% casados e referiram renda mensal de três ou mais salários mínimos 48,7%. Eram católicos 65,5%; 69,8% agentes comunitários de saúde (ACS). O tempo de formação foi de até 5 anos, 5 a 10 anos e acima de 10 anos, respectivamente em: 44,2%, 28,3% e 27,5%. Na Regional Estrada de Ferro, dos 56 participantes, 94,6% eram do sexo feminino; 74,1% ensino médio completo; 58,9% casados e 64,6% tinham renda mensal maior que três salários mínimos; 76,9% eram católicos; 78% eram ACS. O tempo de formação foi de 48,8% acima de 10 anos, 14,6% entre cinco e dez anos e 36,6% menos que 5 anos. Conclusão: observou-se que nas duas regionais a maioria eram do sexo feminino e ACS e o tempo de formação na Regional Oeste II foi menor do que na Regional Estrada de Ferro.

173

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM SEIS HOSPITAIS PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL

Ângela Ferreira Barros, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília (DF), Brasil; Gilberto Uemura, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – Unesp – Botucatu (SP), Brasil; Jefferson Lessa Soares de Macedo, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília (DF), Brasil. Aline de Amorim Duarte; Maria de Fátima Andrade da Costa; Sávio Silva Soares, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil.

Objetivo: identificar o perfil epidemiológico de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Método: foi realizado um estudo transversal descritivo com 250 mulheres diagnosticadas com câncer de mama primário, entrevistadas durante a internação para tratamento clínico ou cirúrgico da doença em seis hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2009 e janeiro de 2011. Resultados: nas mulheres entrevistadas, a média de idade foi de 52 anos, sendo que 33,2% tinham entre 40 e 49 anos; 57,6% se declararam brancas; 84% referiram ter amamentado, dessas 38,1% amamentaram mais de 36 meses; 9,2% referiram história familiar de câncer de mama em 1º grau. A média de idade na menarca foi de 13 anos, sendo que 52,7% tiveram a menarca entre os 13 e 15 anos. A média de idade da menopausa foi de 47 anos e 49,6% apresentaram a menopausa

entre 48 e 55 anos. A média de idade das mulheres no primeiro parto foi de 22 anos. Os anticoncepcionais foram utilizados por 64,8% das mulheres com tempo médio de uso de cinco anos. O uso de terapia de reposição hormonal foi referido por 10% das mulheres com câncer de mama, sendo que 46,2% utilizaram por um período entre 1 e 6 anos. Conclusões: o perfil epidemiológico das mulheres com câncer de mama entrevistadas assemelham-se ao encontrado em outros estudos. As políticas de saúde devem ser intensificadas para favorecer a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de mama.

174

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS NO INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ

Ângelo Roncalli Lima; Miren Uribe; Raquel Aranha Viegas; José Pereira Guará; Gláucia Mesquita Cordeiro; Heloísa Magalhães; Luciano Melo Aguiar.

Objetivo: descrever perfil epidemiológico de pacientes com diagnóstico de câncer de mama atendidas no Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Método: através de registro de base hospitalar, levantados dados de perfil demográfico, estadiamento inicial TNM e tipos histológicos de novos casos de câncer de mama atendidos no ICC no ano de 2009. Resultados: foram atendidas 533 pacientes em 2009. A faixa etária mais prevalente foi 50-60 anos (28%), 9% das pacientes tinham abaixo de 40 anos e 3% dos casos eram pacientes do sexo masculino. A cor branca e parda (segundo informação da paciente) somaram 93%. Em relação ao grau de instrução das pacientes, 38% tinham o nível de escolaridade igual ou abaixo do ensino fundamental. O estadiamento clínico foi dado na primeira consulta em 65% das pacientes, sendo o estágio II o mais prevalente com 34%, seguido do III (30%) e IV (14%). Estágios 0 e I correspondiam a 21% dos casos. O tipo histológico mais comum é o ductal invasivo (74%), o carcinoma ductal *in situ* correspondeu a 7% das lesões. Houve três casos de carcinoma metaplásico, três casos de linfoma primário de mama e um caso de carcinoma adenóide cístico. Conclusões: a maioria das pacientes é acima de 40 anos e com baixo grau de escolaridade. Os estágios clínicos localmente avançados e metastáticos somam a maioria dos casos diagnosticados. Políticas públicas sérias de rastreio e detecção precoce do câncer de mama poderiam mudar este cenário.

175

PREDIÇÃO DE METÁSTASE EM LINFONODOS SENTINELA E NÃO-SENTINELA: COMPARAÇÃO ENTRE MASTOLOGISTAS E NOMOGRAMAS

Paulo Roberto de Alcantara Filho (MD); Bruna Salani Mota (MD), Hospital Sírio-Libanês – HSL – São Paulo (SP), Brasil; Luisa Sugaya; José Luiz B. Bevilacqua (MD),

Department of Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nova Iorque (EUA); Kimberly J. Van Zee (MS, MD), Department of Epidemiology and Biostatistics, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nova Iorque (EUA).

Objetivos: foram desenvolvidos no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) nomogramas para prever a probabilidade de metástases de Linfonodo Sentinela (LNS) em pacientes com câncer de mama invasivo (SLNN), e para probabilidade de doença residual axilar (NSLNN). Comparamos a sua acurácia e a precisão dos mastologistas em prever os eventos, assim como se os resultados dos nomogramas influenciaram nas decisões clínicas do cirurgião. Métodos: Dois questionários foram construídos com as características de dois grupos de 33 pacientes selecionados aleatoriamente no banco de dados do LNS do MSKCC. O primeiro incluiu apenas pacientes com câncer de mama invasivo (CI) e o segundo, apenas pacientes com CI e biópsia do LNS positiva. Vinte e quatro mastologistas brasileiros selecionados aleatoriamente foram questionados sobre a probabilidade de cada paciente possivelmente apresentar metástase no LNS e, no caso da biópsia do LNS ser positiva, haver metástase também nos linfonodos não-sentinela (NSL). As previsões foram comparadas, e as mudanças nas decisões dos cirurgiões foram analisadas. Resultados: não houve correlação entre as previsões dos dois nomogramas e as opiniões dos Mastologistas. As áreas abaixo da curva ROC (AUC) para SLNN e mastologistas foram 0,871 e 0,657, respectivamente ($p < 0,0001$). As AUC para NSLNN e mastologistas foram 0,889 e 0,575, respectivamente ($p < 0,0001$). O teste de *McNemar* não mostrou alterações significativas nas decisões dos Mastologistas após terem visto os resultados do nomograma. Conclusões: os nomogramas foram significativamente mais precisos como instrumentos de previsão; os mastologistas não se mostraram susceptíveis em alterar as suas decisões com base nas previsões dos nomogramas.

176

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À NÃO REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA EM TERESINA (PI)

Sabas Carlos Vieira; Rafael Bandeira Lages; Giuliano da Paz Oliveira; Valter Moraes Simeão Filho; Felipe Melo Nogueira; João Batista Mendes Teles.

Introdução: estudos demonstram que a realização da mamografia em programas de rastreamento diminui a mortalidade do câncer de mama. Entretanto, há indícios de grande desigualdade no acesso a mamografias no Brasil. Objetivo: a prevalência da não realização da mamografia segundo variáveis socioeconômicas em mulheres com idade entre 40 e 69 anos residentes na zona urbana de Teresina (PI). Métodos: estudo transversal na população de mulheres entre 40 e 69 anos de Teresina. A amostragem realizada foi multifásica em cinco etapas. Cada mulher sorteada submeteu-se respondeu um ques-

tionário com perguntas fechadas. Os dados foram processados pelo programa SPSS 16.0 e os testes de associação feitos com Qui-quadrado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPI. Resultados: Dentre as 433 mulheres que responderam o questionário, a média de idade foi 51,8 anos, 56,1% tinha no máximo ensino fundamental completo, 54,3% possuíam renda inferior a dois salários mínimos, 64,9% não possuíam seguro/plano de saúde suplementar. A taxa de realização de mamografia foi 75,3%, sendo que destas 17,2% haviam realizado há mais de dois anos. A não realização de mamografia esteve relacionada com raça parda/negra ($p=0,030$), ausência de companheiro ($p=0,041$), menor grau de instrução ($p=0,010$), menor renda ($p<0,001$), tabagismo ($p=0,006$), não possuir plano/seguro de saúde ($p<0,001$). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi responsável pela realização de 56,3% das mamografias. Conclusão: 24,7% das mulheres teresinenses nunca tinham realizado mamografia e 37,9% não havia realizado nos últimos dois anos. A não realização deste exame foi associada à existência de desigualdades socioeconômicas.

177

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO PIAUÍ

Sabas Carlos Vieira; Ielene Mourão Moraes; Larissa Cruz de Lima Sabas; Carlos Vieira Luis Ayrton Santos Júnior; Marla Mayara S. Nascimento; Leonardo Carvalho Moura Fé; Evaniely Rodrigues do Nascimento; Djamilia Brasileiro do Nascimento.

Introdução: no Brasil, o câncer de mama é a neoplasia mais prevalente em mulheres adultas e a principal causa de óbitos nesse segmento da população. Objetivo: avaliar a prevalência da realização de mamografia e os achados clínicos de mulheres sem acesso ao exame em uma cidade do interior do Piauí. Métodos: estudo transversal na população de mulheres entre 40 e 69 anos de Corrente (PI). A amostragem realizada foi unifásica. Cada mulher submeteu-se a uma entrevista face a face realizada por meio de um questionário estruturado com perguntas abertas e submetidas ao exame físico. Resultados: participaram do estudo 202 mulheres, destas 72 (35,6%) já realizaram uma mamografia e 29 (14,36%) delas há mais de dois anos. Dentre outros achados, 18% eram tabagistas, cinco mulheres apresentaram história familiar de câncer de mama, duas mulheres tiveram câncer de mama e 6% amamentaram seus filhos por menos de seis meses. A média das idades foi de 50,9 anos, a idade média da menarca 13,8 anos e a média de gestações 4,3. Os achados físicos mais encontrados foram nodularidades e espessamentos mamários. Conclusão: as mulheres brasileiras ainda não dispõem de adequada cobertura mamográfica, o que possibilita diagnósticos tardios da doença e chance de menor sobrevida, devendo ser esclarecidos os objetivos do exame e suas recomendações, a fim de ampliar a realização dessa investigação radiológica.

178

PROGRAMA COLAR DA VIDA/VIZINHO LEGAL DE EDUCAÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

Franclen Rusvell Barbosa de Carvalho; Alexandre Travassos; Thereza Ferraz; Eduardo Blanco Cardozo. Instituição: Instituto Se Toque, São Paulo (SP) Brasil.

Introdução: o câncer de mama tem se mostrado de difícil controle no Brasil, particularmente nos Estados do Sul e Sudeste, onde ocupa a primeira causa de morte por câncer nas mulheres, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA). A incidência da doença seguida de morte tem aumentado significativamente. O Instituto Se Toque realiza o programa Colar da Vida/Vizinho Legal de incentivo à detecção precoce do câncer de mama, por meio da educação permanente de alunos e profissionais das escolas públicas, no intuito de torná-los multiplicadores na luta contra o aumento do número de mortes de mulheres por câncer de mama no país. Objetivos: conscientizar pais, alunos, professores e profissionais vinculados à área de educação sobre a importância do autoexame e da mamografia periódica para detecção precoce do câncer e encaminhamento das mulheres para realização do exame mamográfico. Metodologia: educação em saúde realizada pelos estagiários/universitários do Instituto Se Toque para capacitação dos alunos, professores e profissionais da região de abrangência do Projeto Vizinho Legal na Zona Oeste de São Paulo, por meio de oficinas de encontro, onde ao final cada aluno recebe o Kit Colar da Vida, símbolo do programa composto por material informativo e o Colar da Vida, cuja mensagem pedagógica desperta a importância da mulher se cuidar através da realização da mamografia, do autoexame das mamas e das consultas médicas periódicas, como forma de detectar precocemente o câncer de mama. Conclusões: foram realizadas oficinas com 850 alunos e 174 mulheres da rede estadual de ensino da região do Projeto Vizinho Legal, destas 127 foram submetidas ao exame mamográfico em duas em duas incidências, sem exame físico em mulheres sintomáticas e assintomáticas. Foi diagnosticado 1 caso de câncer de mama *Stadio II*, em tratamento quimioterápico no Instituto do Câncer de São Paulo.

179

REGISTRO DE CÂNCER DE MAMA NO ESTADO DE SÃO PAULO: COMPARAÇÃO ENTRE O HOSPITAL AMARAL CARVALHO (JAUÍ/SP) E O BANCO DE DADOS PÚBLICO ESTADUAL

André Augusto Curty Romero Veloso; José Roberto Fígaro Caldeira; Ailton Joioso; João Ricardo Auler Paloschi; Fernando Vequi Martins; André Augusto Curty; Romero Veloso,

Objetivos: demonstrar as diferenças entre o Hospital Amaral Carvalho (HAC) e o padrão estadual, possibilitando o estudo desta complexidade e permitir análise da política de saúde em

relação ao atendimento prestado. Métodos: localizamos, via internet, os casos de câncer de mama registrados na Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) entre janeiro de 2000 a maio de 2010, e comparamos com o banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do HAC, no mesmo período, quanto ao número de casos, local do diagnóstico, estadiamento, histologia e tratamento. Resultados: foram registrados 53.724 casos de câncer de mama pela FOSP e 3.538 pelo HAC; em 67,3%, na FOSP, o diagnóstico foi realizado no próprio serviço (no HAC, esse percentual foi de 56,4%). Quanto ao estadiamento clínico (sistema TNM), na FOSP predominaram o estadio II (37,5%) e III (25,9%), assim como no HAC (36,3% e 25,9%, respectivamente). O carcinoma ductal infiltrativo foi o tipo histológico mais comum (75,9% na FOSP e 73,7% no HAC). Como tratamento, a cirurgia seguida de quimioterapia foi a combinação mais utilizada no HAC (29,4%) e 17,8% das pacientes receberam tratamento isolado; na FOSP, outras combinações de tratamento foram a terapêutica mais usada (19,5%) e 29,3% realizaram somente um tipo de tratamento. Conclusões: apesar de estadiamentos e histologia semelhantes, nota-se, no HAC, mais casos encaminhados com o diagnóstico feito previamente e menor utilização de métodos terapêuticos isolados, o que pode refletir o HAC como um centro de referência estadual que reúne todos os recursos terapêuticos em uma mesma instituição, possuindo protocolo multidisciplinar.

180

REGISTRO HOSPITAL DE CÂNCER: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 9.712 PACIENTES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA EM 24 ANOS

Thaissa Daud de Faria; René Aloísio da Costa Vieira; Thaissa Duad de Faria; Ângelo Gustavo Zucca Matthes; Diocésio Alves Pinto de Andrade, Vinícius de Lima Vasquez; Aline Mafra da Costa; Stela Cristina Carneseca; Raphael Luiz Haikel Hospital de Câncer de Barretos, São Paulo (SP), Brasil. Objetivo: avaliar as mudanças no perfil epidemiológico do câncer de mama, por meio de um registro do Hospital de Câncer – instituição que atende predominantemente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Métodos: estudo retrospectivo de dados do Registro Hospitalar (RHC) de Câncer do Hospital de Câncer de Barretos de 9.712 pacientes portadoras de câncer de mama atendidas no período de 1985 a 2009. Para análise foram excluídas pacientes com tumor de pele sobre a mama, sarcomas e linfomas, permanecendo 9.580 pacientes para análise. Dividiu-se o período em quinquênios. Resultados: apesar de se observar pacientes de 24/27 estados da federação, 97,9% eram provenientes de São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Rondônia. Frente a admissão 45,0% vieram sem diagnóstico e sem tratamento e 23,3% com diagnóstico e sem tratamento. Câncer no homem representou 0,5% do total. A idade variou de 11 a 95 anos com mediana de 53 anos,

sendo a distribuição etária ≤ 39 , 40-69 e ≥ 70 anos, respectivamente de 11,6%, 73,7% e 14,%. Carcinoma ductal invasivo, *in situ*, carcinoma lobular invasivo e *in situ*, distribuíram-se na ordem de 79,5%, 5,3%, 9,5% e 0,4%. Frente ao estadiamento EC 0+I, II+III e IV, observou-se 20,5%, 65,9% e 13,6%, respectivamente. Neste período não se observou alteração frente ao sexo ($p=0.86$), faixa etária ($p=0.09$), observando-se elevação dos casos sem tratamento ($p<0.001$) e dos casos com estágio precoce (7,6% para 26,7%; $p<0.001$). Conclusão: o conhecimento de dados do RHC em Hospital SUS, representa uma maneira indireta de avaliação de forma que as pacientes são diagnosticadas na rede de saúde pública.

181

SALA DE ESPERA DE UMA UNIDADE ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA DE GOIÂNIA COMO ESPAÇO INTERATIVO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Mauriê Mauryzza Ribeiro dos Santos; Cláudia Maria de Sousa; Nádja Leyne Ferreira de Araújo (Acadêmicas da Faculdade de Enfermagem), Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Brunella Mendonça Chinem; Marta Valéria Calatayud Carvalho (Enfermeiras), Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas – PM/HC/UFG – Goiânia (GO), Brasil; Nilza Alves Marques Almeida (Docente), Faculdade de Enfermagem da UFG – Goiânia (GO), Brasil; Membro coordenador de enfermagem da Liga da Mama do Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil; Ruffo Freitas Júnior (Docente), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. Coordenador do Programa de Mastologia e da Liga da Mama da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia (GO), Brasil. Objetivo: relatar a experiência de acadêmicas de Enfermagem da Liga da Mama no desenvolvimento de atividades de educação em saúde da mulher na sala de espera do Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas de Goiânia. Método: as atividades de educação em saúde do projeto Grupo Educacional Previna-se são realizadas na ocasião de espera das usuárias para consulta com a equipe multidisciplinar do Programa de Mastologia, entre as 12h30 e 13h30, das 2ª, 4ª e 5ª feiras. Elas são referenciadas pela Secretaria Municipal e Estadual de Saúde para avaliação diagnóstica, tratamento, acompanhamento e aconselhamento sobre doenças da mama. O planejamento das palestras e oficinas é realizado a partir dos temas definidos pelas usuárias do serviço e realizadas sob orientação docente e supervisão de enfermeiras do serviço. Resultado: as atividades educativas aconteceram entre março e junho de 2011, contaram com a participação de 140 mulheres, sendo abordados os temas: exame citopatológico do câncer do colo de útero, autoexame das mamas, obesidade e

câncer de mama, amamentação, Papiloma Vírus Humano, osteoporose, colesterol, infecções do trato urinário, hipertensão, métodos contraceptivos, menopausa, alimentação e mioma. As participantes levantaram questionamentos, compartilharam experiências e relataram motivação para assumir atitudes de promoção da saúde. Para as acadêmicas, as ações desenvolvidas promoveram interação ensino-serviço-comunidade, desenvolvimento de habilidades para realizar ações de promoção da saúde junto à comunidade e para trabalhar em equipe multiprofissional. Conclusão: este projeto de parceria entre ensino-serviço contribuiu para o atendimento integral e humanizado à mulher e para a formação acadêmica em Enfermagem.

182

TEMPO DECORRIDO ENTRE A PRIMEIRA CONSULTA E O TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA EM PACIENTES DO SERVIÇO DE MASTOLOGIA DA FUNDAÇÃO BENJAMIM GUIMARÃES, HOSPITAL DA BALEIA BELO HORIZONTE (MG)

Flávia Silvia Guimarães Dias; Cláudia Márcia e Silva; Fernanda Colen Varela; Paula Cristina Martins Soare; Shinaider Fonseca Rosa; Aline Coelho de Queiroz; Anabela Caliata Neto. Instituição: Benjamim Guimarães, Hospital da Baleia, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Objetivos: identificar o tempo decorrido entre a primeira consulta e o tratamento cirúrgico do câncer de mama em pacientes operadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Serviço de Mastologia do Hospital da Baleia; identificar fatores associados a eventuais atrasos no tratamento cirúrgico. Métodos: foi realizado um estudo retrospectivo de 149 pacientes portadoras de câncer de mama submetidas ao tratamento cirúrgico pelo SUS no Hospital da Baleia, de janeiro de 2006 a dezembro de 2008. O autor identificou o tempo decorrido entre a primeira consulta no serviço e o tratamento cirúrgico definitivo, e analisou alguns fatores associados, utilizando o teste do Qui-quadrado. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital. Resultados: verificou-se que o tempo médio entre a primeira consulta e o tratamento cirúrgico foi de 114 dias, sendo que em 82 pacientes (55%) o intervalo de tempo foi maior que 90 dias. Foi estatisticamente significativa a associação entre o intervalo de tempo maior que 90 dias e as seguintes variáveis: diagnóstico do câncer de mama após a primeira consulta; diagnóstico feito através de cirurgia; e realização de duas ou três cirurgias. Conclusões: os resultados mostraram que o intervalo de tempo entre a primeira consulta no Serviço de Mastologia do Hospital da Baleia e o tratamento cirúrgico definitivo foi maior que três meses em grande parte das pacientes estudadas. A identificação das causas relacionadas com esse atraso poderão contribuir com medidas para otimização do tempo decorrido para o tratamento adequado.

183

TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NAS MULHERES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 1980 A 2009

Ruffo Freitas Júnior (Professor adjunto do departamento de Ginecologia e Obstetria), Universidade Federal de Goiás – UFG – Gôiania (GO), Brasil. Médico titular do Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – ACCG – Gôiania (GO), Brasil; Carolina Maciel Reis Gonzaga (Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Goiás – UFG – Gôiania (GO), Brasil; Nilceana Maya Aires Freitas (Médica titular do Serviço de Radioterapia), Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – ACCG – Gôiania (GO), Brasil; Edesio Martins (Epidemiologista do Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia), Associação de Combate ao Câncer em Goiás – ACCG – Gôiania (GO), Brasil; Rita Dardes (Professora da disciplina de Ginecologia) Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil. Diretora-médica do Instituto Avon. Objetivo: descrever a evolução temporal da mortalidade por câncer de mama feminino no Brasil, em suas macrorregiões e nas Unidades da Federação, no período de 1980 a 2009. Métodos: estudo ecológico de série temporal, usando as informações sobre óbitos por câncer de mama cadastradas no Sistema de Informações em Mortalidade (SIM) e os dados da população pelo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi realizada análise das tendências da mortalidade por meio da regressão de Poisson. Resultados: para o Brasil observou-se tendência de estabilização de 0,4% na mortalidade por câncer de mama feminino a partir de 1994 (IC95% -0,1-0,8; p=0,08). A região Sudeste demonstrou tendência de queda de -0,9% (IC95% -1,6?-0,2; p=0,01), enquanto o Nordeste destaca-se com a maior tendência de aumento de 5,3% ao ano (IC95% 3,9-6,7; p<0,01). Foi observada tendência de queda significativa na mortalidade em São Paulo -1,9%, Rio Grande do Sul -0,8% e Rio de Janeiro -0,6%. Os maiores aumentos nas tendências da mortalidade foram observados no Maranhão 12%, Paraíba 11,9% e Piauí 10,9%. Conclusões: o Brasil apresenta tendência de estabilização nas taxas de mortalidade por câncer de mama feminino, no entanto, quando analisada a mortalidade nas Unidades da Federação, as taxas apresentaram-se de modo desigual, com tendência a queda e estabilidade nos estados com maior nível socioeconômico e elevadas tendências de aumento entre as Unidades da Federação com menor nível socioeconômico, sendo pela primeira vez demonstrada reduções no coeficiente de mortalidade em alguns estados brasileiros.

184

TUMOR FILÓIDE MALIGNO EM IDOSA - RELATO DE CASO

Carla Leticia Carius Ferreira; Anna Maria de Barros Silva Lima; Fabiana Machado Rodrigues Oliveira; Guilherme

Boquimpani de Freitas; Luís Antônio Lopes Silveira; Sandro Luís Sayão Prior; Sérgio de Oliveira Monteiro; Tainá Anelle Moura, Hospital Mário Kröeff, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Objetivo: relatar um caso de tumor filóide maligno em mulher idosa admitida no Hospital Mário Kröeff (HMK), Rio de Janeiro (RJ). Métodos: estudo realizado por meio do relato de caso de uma paciente idosa com diagnóstico de tumor filóide maligno. Resultado: L.M.C., 65 anos, parda, com diagnóstico de tumor filóide maligno, feito por estudo imunohistoquímico de material proveniente de core-biopsia. Relatava crescimento rápido de tumor em mama direita percebido em dezembro de 2010. Informam-se: menarca aos 16 anos, menopausa aos 49 anos, 3 gestações, sendo a primeira aos 26 anos; amamentou por 20 meses; também refere Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e obesidade. Resultados: tumoração de 21 x 16 cm em MD, com ulcerações, consistência endurecida, axilas livres; mama esquerda sem alterações. Foram realizadas, em 21/06/2011, mastectomia simples e reconstrução imediata de parede torácica anterior à direita com rotação de retalho miocutâneo do músculo reto abdominal. O laudo histopatológico da peça cirúrgica descreve na microscopia: neoplasia maligna ulcerada de histogênese indeterminada pelo exame histológico, sendo necessário estudo imunohistoquímico para esta definição. Conclusões: o relato deste caso é importante por se tratar de um tipo de neoplasia maligna da mama raro, sobretudo nesta faixa etária. Além disso, enfatiza o que a literatura diz sobre a dificuldade do diagnóstico histopatológico, sendo necessário para sua definição o estudo imuno-histoquímico.

GENÉTICA E BIOLOGIA TUMORAL

185

ANÁLISE DA EXPRESSÃO DO ANTÍGENO LEUCOCITÁRIO HUMANO G (HLA-G) NO CARCINOMA MAMÁRIO

Isabela Jubé Wastowski (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Milton Ferreira Alves Junior (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Caroline Steglish Ramos (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Gustavo Nogueira Caixeta (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Flavio Monteiro Ayres (Universidade Estadual de Goiás – Anápolis, Goiás, Brasil); Junelle Paganini; Rita De Cássia Alencar (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Élbio Cândido De Paula (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Vera Aparecida Saddi (Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).

Introdução: a molécula não-clássica HLA-G desempenha atividades regulatórias importantes na resposta imune, sendo

capaz de conferir tolerância imunológica às células que a expressam. Objetivos: avaliar o potencial papel prognóstico da expressão da molécula HLA-G em uma série de carcinomas mamários. Métodos: o grupo de estudo incluiu 67 pacientes com carcinomas mamários, selecionadas no Setor de Anatomia Patológica do Hospital Araújo Jorge, em Goiânia, Goiás. As amostras tumorais incluídas em parafina foram submetidas à análise imunoistoquímica, utilizando o anticorpo anti-HLA-G MEMG/02 (EXBIO, Praga, CZ) e o sistema de revelação En-Vision1 (DAKO, Carpinteria, CA). As análises estatísticas foram feitas utilizando os aplicativos estatísticos GraphPad Instat 4.03 e MedCalc 11.1.0.0 para os testes do χ^2 , Kaplan-Meier e *log-rank*. Resultados: a expressão da molécula HLA-G foi detectada em 39 (58%) das 67 amostras analisadas. A análise histopatológica revelou a expressão da molécula HLA-G tanto em células tumorais como no infiltrado inflamatório que permeia o tumor. As células inflamatórias que expressam HLA-G apresentam características imunoistoquímicas, que aparecem em mastócitos. Nesta série, a expressão da molécula HLA-G foi significativamente associada à menor sobrevida ($p=0,042$) e ao comprometimento de linfonodos axilares ($p=0,016$). Nenhuma associação significativa foi observada entre a expressão da molécula HLA-G e os demais aspectos clínico-patológicos. Conclusões: os presentes resultados confirmam a hiperexpressão da molécula HLA-G nos carcinomas mamários e sua associação ao prognóstico mais sombrio desses tumores. Apoio: FAPEG/CNPq.

186

AVALIAÇÃO DE DUAS ASSINATURAS GENÉTICAS (MAMMAPRINT E ONCOTYPE-DX) NO MESMO TUMOR

Alfredo Carlos Simões Dornellas Barros; Maria Virgínia Thomazini; Cristiane Bandeira Abrão Nimir; Adriana Akemi Yoshimura

Introdução: o estudo da expressão de múltiplos genes em amostras de câncer de mama, as chamadas assinaturas genéticas, tem representado um recurso muito importante na seleção de pacientes com tumores iniciais para receber quimioterapia adjuvante. A principal indicação das assinaturas genéticas é o carcinoma ductal infiltrativo inicial (tumor $\leq 3,0$ cm, RE+ e HER-2 negativo), com linfonodo sentinela livre ou com micrometástase. Foram descritas várias formas de assinaturas genéticas, sendo que as mais usadas são o Oncotype-DX e o Mammprint. Objetivos: apresentar os resultados destes dois testes em um mesmo tumor, realizados em duplicidade por vontade da paciente. Métodos: paciente, sexo feminino, de 56 anos e com carcinoma ductal infiltrativo (dois focos de 1,3 e 0,8 cm, GH1, GN2, RE+, RPg+, HER-2 -, Ki-67 5%), foi tratada por adenectomia mamária e biópsia de linfonodo sentinela (micrometástase de 0,5 mm). Em seu tumor, foram realizados os exames Oncotype-DX, por meio da análise de

21 genes por PCR em material parafinado, e Mammaprint, com pesquisa de 70 genes em material colhido a fresco por microarranjos de DNA. Resultados: os resultados revelaram perfil prognóstico semelhante: Mammaprint com baixo risco de recorrência; Oncotype-DX com baixo risco de recorrência (escore 16). Optou-se por prescrever exclusivamente hormônioterapia como adjuvância. Conclusões: este caso de aplicação simultânea de Oncotype-DX e Mammaprint, ao revelar resultados equivalentes, está de acordo com o conceito de que as diferentes assinaturas genéticas sinalizam o mesmo grau de agressividade.

187

CÉLULAS-TRONCO TUMORAIS NA PROGRESSÃO DO CÂNCER DE MAMA

Fernando Antonio Mourão Valejo; Tiezzi DG; RD Sicchieri; Antonio HMR; Marana HRC; Mouro LR; Silva JS; Andrade JM

Objetivos: evidências crescentes apoiam a teoria da existência de células-tronco tumorais (câncer *stem-like cells*) nos carcinomas de mama. Um grupo de células com características de câncer *stem-like cells*, nos tumores mamários, pode ser identificado utilizando-se marcadores celulares específicos. Supõe-se que essa subpopulação celular seja responsável pela resistência tumoral ao tratamento e pela formação da metástase. Métodos: foram incluídas, prospectivamente, 98 mulheres com carcinoma de mama, avaliando-se a presença de células-tronco tumorais no tumor primário, utilizando-se citometria de fluxo. Foram excluídos da análise os pacientes com carcinoma de histologia não-ductal (n=11). A porcentagem de células CD44+/CD24- e ALDH1+ (Aldefluor[®]) no grupo de células ESA+ foi determinada por citometria de fluxo em amostra de tecido tumoral fresco, após digestão tecidual. Realizou-se a relação entre a análise e os aspectos clínicos e patológicos. Resultados: a prevalência média das células CD44+/CD24- dentro da subpopulação ESA+ foi de 1,63%, no estágio 0; 2,39%, no estágio I; 0,42%, no estágio IIA- (axila negativa); 8,15%, no estágio IIA+ (axila positiva) e 0,52%, no estágio III (p=0,005). O percentual médio de células CD44+/CD24- foi maior (2,39 *versus* 0,41%) em tumores RE positivo (p=0,003). Conclusões: encontrou-se uma variação significativa da população de células-tronco tumorais durante a progressão do câncer de mama. Os presentes dados mostram um aumento gradual de células CD44+/CD24- dentro da população ESA+, do estágio 0 ao IIA+, e uma diminuição significativa em tumores de estágio III.

188

CORRELAÇÃO CLÍNICO-PATOLÓGICA EM DIFERENTES IMUNOFENÓTIPOS DE CÂNCER INVASIVO DE MAMA QUANTO AO STATUS DOS RECEPTORES HORMONAIS E DO HER-2

Darley De Lima Ferreira Filho; Maria Do Carmo De C. Abreu E Lima; Nancy Cristina Ferraz De Lucena Ferreira

Objetivos: correlacionar o estadiamento e a evolução clínica em um período de um ano com as características histopatológicas e imunoistoquímicas, considerando os fatores prognósticos e/ou preditivos nas pacientes em tratamento de câncer de mama invasivo. Métodos: estudo retrospectivo, descritivo, observacional, transversal, realizado em 211 pacientes com câncer de mama, de abril de 2008 até abril de 2011, no serviço de mastologia do Hospital Barão de Lucena. Utilizou-se análise estatística descritiva e estudo de associação do teste de Fischer e do χ^2 (p>0,05). Resultados: as variáveis idade, cor da pele, tipo histológico, estadiamento patológico, número de linfonodos comprometidos, BI-RADS, tipo de cirurgia e recorrência foram correlacionadas com o perfil imunoistoquímico de bom e ruim prognósticos. O p foi significativo com associação da idade, da cor da pele e do número de linfonodos comprometidos. Conclusões: as pacientes que apresentaram imunoistoquímica de pior prognóstico e associada com alguns fatores, tais como idade, raça e comprometimento axilar, tiveram uma piora do prognóstico. O câncer de mama, por sua etiologia multifatorial, apresenta variedade morfológica, características moleculares, comportamento e resposta a diferentes terapias.

189

EXPRESSÃO DE RECEPTORES DE ESTROGÊNIO E KI67 EM TRANSEXUAIS, FEMININO PARA MASCULINO, EM USO DE TERAPIA ANDROGENIZANTE

Ana Clara Araujo Costa (Programa de Mastologia; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Roberta Pinter Lacerda (Programa de Mastologia; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Rosemar Macedo De Souza Rahal (Programa de Mastologia; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Mariluz Terra Silveira (Programa de Mastologia; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Aline Regina Nunes (Programa de Mastologia; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Natalia Paes Barbosa Valadares (Programa de Mastologia; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Marise Amaral Rebouças Moreira (Departamento de Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Rafaela Marques Barbosa (Departamento de Patologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).
Objetivos: quantificar a presença de receptores para estrogênio e Ki67 no tecido mamário de transexuais femininos para masculinos, usuários de testosterona, comparando-os a mamas de pacientes do sexo masculino com ginecomastia e pacientes

do sexo feminino. Métodos: foi realizado um estudo por imunoistoquímica, com marcação com receptores de estrogênio e Ki67, de cinco pacientes transexuais submetidas à mastectomia subcutânea, seis mulheres submetidas à mamoplastia redutora e oito homens submetidos à correção de ginecomastia. Resultados: quanto aos receptores de estrogênios, no grupo de transexuais houve 40% de fraco reatores; 20%, moderado reatores; 20%, forte reatores; e 20%, fraco a moderado reatores. No grupo de mulheres houve 66,66% de forte reatores e 33,33% de moderado a forte reatores. Já no grupo de homens houve 62,5% de forte reatores; 12,5% de moderado reatores e 25% de fraco reatores. Quanto ao Ki67, no grupo transexual houve 80% com expressão menor que 1 e 20% com expressão de 1%, no grupo de mulheres houve 66,66% com expressão menor que 1%, 16,66% com expressão de 1,7%, e 16,66% com expressão de 2%; no grupo de ginecomastia houve 37,5% de expressão menor que 1%, 37,5% de expressão de 1%, 12,5% de expressão de 1,9%, e 12,5% de expressão de 4,18%. Conclusões: o presente estudo vem mostrar que há menor expressão de receptores de estrogênios e menor taxa de proliferação tecidual em pacientes do sexo feminino usuárias de androgênios, os transexuais, o que se exprime pela hipertrofia do tecido mamário.

190

IMPACTO DO FENÓTIPO TRIPLO NEGATIVO NO PROGNÓSTICO DOS CARCINOMAS MAMÁRIOS

Junelle Paganini (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Diego Franciel Marques Mühlbeier (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Reyner Abrantes Stival (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); João Luis Neto-Filho (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Gustavo Nogueira Caixeta (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Élbio Cândido De Paula (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Flávio Monteiro Ayres (Universidade Estadual de Goiás – Anápolis, Goiás, Brasil); Vera Aparecida Saddi (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil).

Objetivos: investigar o potencial impacto do fenótipo triplo negativo em uma série de carcinomas mamários diagnosticados no Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital Araújo Jorge, em Goiânia, Goiás. Métodos: características clínico-patológicas de 345 pacientes com câncer de mama, que foram diagnosticadas no período de 1998 a 2002, foram sistematicamente coletadas. A análise imunoistoquímica utilizou o método da estreptoavidina-biotina-imunoperoxidase, com anticorpos específicos para RE (clone 6F11), RP (clone ID5) e cerbB-2 (policlonal). A análise estatística dos dados empregou o aplicativo estatístico NCSS (2000), com utilização do teste do χ^2 , de Kaplan-Meier e *log-rank*. Resultados: dentre os 345

carcinomas de mama analisados, 72 (20,9%) eram triplo negativos. A sobrevida em cinco anos foi significativamente menor para as pacientes triplo negativas, ou seja, 47,2 *versus* 78% para as não-triplo negativas ($p < 0,0001$). Dentre as pacientes triplo negativas, 38 (53%) foram a óbito em um período de cinco anos. Além disso, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre os carcinomas triplo negativos e a ocorrência de metástases à distância ($p = 0,024$), ou seja, metástases à distância foram relatadas em 43 pacientes (59,7%) triplo negativas *versus* 119 (43,6%) não-triplo negativas ($p = 0,024$). Conclusões: os presentes resultados confirmam o pior prognóstico relatado para os carcinomas de mama triplo negativos, os quais cursam com alto potencial metastático e reduzida sobrevida. O estudo evidencia a importância da avaliação de marcadores imunoistoquímicos no câncer de mama, permitindo a identificação de grupos de pacientes com pior prognóstico e que requerem terapias inovadoras mais eficazes no combate tumoral. Apoio: FAPEG/CNPq.

191

MUDANÇA DE CONDUTA PARA INDICAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE EM CARCINOMAS DUCTAIS INFILTRATIVOS INICIAIS DA MAMA, COM AXILA NEGATIVA, EM FUNÇÃO DA ASSINATURA GENÉTICA DE 21 GENES (ONCOTYPE-DX)

Alfredo Carlos Simões Dornellas de Barros; Cristiane BA Nimir; Adriana Akemi Yoshimura; Maria Aparecida C. Barros; Beatriz B. Geronymo; Sibelli SC Pedro

Introdução: a assinatura genética Oncotype-DX foi validada na literatura como fator prognóstico e de orientação da indicação de adjuvância em carcinomas iniciais da mama. Neste trabalho, com casuística de uma única clínica de Mastologia, seguindo a mesma orientação médica, avaliou-se a utilidade prática do teste, quando interpretado em adição aos parâmetros clínicos e morfológicos. Objetivos: avaliar qual a porcentagem de casos em que o teste mudou a conduta baseada nos critérios tradicionais: deixando de recomendar quimioterapia; recomendando a quimioterapia, que não seria indicada. Métodos: foram avaliados 36 casos de Oncotype-DX, executados em pacientes com carcinoma ductal infiltrativo inicial da mama pT1, pN0, com receptor estrogênico positivo e ausência de superexpressão de HER-2. Os resultados do teste são expressos em escores de previsão de recorrência (ER): baixo (0-18), intermediário (19-35) e alto (>35). Na ausência do teste, indicava-se quimioterapia adjuvante nos casos de T>1 cm e/ou invasão vascular linfática presente e/ou grau histológico III, ou idade inferior a 35 anos. Com o teste, recomendou-se quimioterapia frente à ER >35 e deixou-se de indicar diante de escores <18. Resultados: houve mudança de conduta adjuvante em 12 casos (33,3%). Deixou-se de recomendar quimioterapia em 4 (33,3%) casos e passou-se a recomendar quimioterapia em oito (66,6%). Os pacientes

receberam hormonioterapia, ou exclusiva ou após o término da quimioterapia. Conclusões: a interpretação dos resultados de Oncotype-DX, além dos parâmetros clínicos e morfológicos, modificou o planejamento da terapia adjuvante em aproximadamente 1/3 dos casos.

192

PERFIL CLÍNICO E EXPRESSÃO GÊNICA DOS CARCINOMAS MAMÁRIOS EM MULHERES JOVENS

Paulo Gustavo Tenorio Do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kalijs Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg

Introdução: o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama em mulheres abaixo dos 40 anos continuam sendo um desafio particular. Métodos: estudo retrospectivo de 109 pacientes com câncer de mama, atendidas no Hospital Albert Einstein, de 2000 a 2009. Foram obtidos dois grupos: 53 pacientes com idade inferior a 40 anos (Grupo A) e 56 entre 41 a 55 anos (Grupo B). Resultados: no Grupo A, a idade mínima foi de 27 anos e máxima de 40; no Grupo B, de 41 a 55 anos. O Grupo A apresentou média tumoral de 1,96 cm e o B de 1,38 cm ($p=0,0412$). Houve estágio clínico maior no Grupo A (39,62 *versus* 27,27%). O acometimento linfonodal esteve mais presente no Grupo A, com 48,72 *versus* 23,21%, no Grupo B ($p=0,046$). Houve diferença quanto ao grau histológico, no qual os tumores dos Grupos A e B se distribuíram, respectivamente, como grau histológico 1 (5,13 e 20%), grau histológico 2 (35,90 e 32,50%), grau histológico 3 (58,97 e 32,50%), com $p=0,028$. Os receptores de estrogênio foram positivos em 79,07% do Grupo A e 86,79% do B ($p=0,313$). Houve superexpressão de HER2 em 21,27% dos casos, sendo 27,91% do Grupo A e 15,69% do B ($p=0,149$). O Grupo A apresentou Ki-67 elevado ($>20\%$) em 50% das pacientes e baixo índice em 36,17% ($p=0,20$). Conclusões: o presente estudo revela um perfil biológico mais agressivo dos carcinomas mamários em mulheres abaixo dos 40 anos, devido ao maior tamanho tumoral, ao acometimento linfonodal mais frequente e ao pior grau histológico.

193

RECEPTORES HORMONAIS ESTROGÊNICOS NO CARCINOMA DE MAMA: EXISTE CONCORDÂNCIA ENTRE OS RESULTADOS OBTIDOS POR IMUNOISTOQUÍMICA E REAÇÃO DE PCR NO ONCOTYPE-DX?

Adriana Akemi Yoshimura; Cristiane BA Nimir; Celso Akio Ono; Eliza Naomi K. Muranaka; Lincon Jo Mori; Maria Aparecida C. Barros; Fernanda Polubriaginof; Alfredo Carlos SD Barros

Introdução: é fundamental a avaliação da expressão dos receptores de estrogênio para auxiliar na determinação do tratamento complementar do carcinoma invasor da mama. O método mais amplamente utilizado é o teste imunoistoquímico, com

clones SP1 e 6F11. Recentemente, tornou-se disponível informação quantitativa da expressão de receptores de estrogênio por *reverse transcription-polymerase chain reaction* (PCR-RT) nos tumores testados pela assinatura genética Oncotype-DX. Objetivos: avaliar se há concordância na determinação de positividade do receptores de estrogênio pelos métodos de imunoistoquímico e PCR-RT. Métodos: trinta e cinco pacientes que realizaram Oncotype-DX tiveram os resultados de expressão dos receptores de estrogênio comparados por PCR-RT e IHQ. Resultados: na avaliação da expressão dos receptores de estrogênio pelos dois métodos, teve-se concordância de 97% (apenas uma paciente considerada com receptor de estrogênio positivo no imunoistoquímico teve expressão negativa de receptor de estrogênio no Oncotype). Conclusões: há elevada taxa de concordância entre os testes. Na prática, sugere-se considerar o resultado da imunoistoquímico, se for adequadamente realizado, para determinação da expressão dos receptores de estrogênio e para decisão sobre a adjuvância.

194

RECEPTORES HORMONAIS ESTROGÊNICOS NO CARCINOMA DE MAMA: HÁ CORRELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS QUANTITATIVOS OBTIDOS POR IMUNOISTOQUÍMICA E POR REAÇÃO DE PCR NO ONCOTYPE DX?

Adriana Akemi Yoshimura; Cristiane BA Nimir; Celso Akio Ono; Eliza Naomi K. Muranaka; Lincon Jo Mori; Maria Aparecida C. Barros; Fernanda Polubriaginof; Alfredo Carlos SD Barros

Introdução: a informação da positividade da expressão de receptores estrogênicos (RE) nos carcinomas da mama é fundamental para determinar o tipo de tratamento a ser instituído. Há pelo menos dois métodos que avaliam a expressão de RE, o imunoistoquímico e, nos casos de carcinomas invasivos iniciais, N0 e RE+, há informações quantitativas da expressão de RE por *reverse transcription-polymerase chain reaction* (PCR-RT) nos tumores testados pelo Oncotype-DX. Objetivos: avaliar se há correlação estatística na determinação da positividade de RE pelos dois métodos. Métodos: trinta e cinco pacientes tiveram os resultados de expressão de RE comparados por PCR-RT e imunoistoquímica. Foram considerados positivos tumores que expressavam RE na imunoistoquímica, em pelo menos 10% das células, e na PCR-RT, os que apresentassem $\geq 6,5$ unidades expressas. A correlação das variáveis contínuas em números absolutos da porcentagem de células coradas na imunoistoquímica e por escore na PCR-RT foi avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson. Resultados: a análise da correlação entre os valores de expressão de RE por imunoistoquímica e por PCR-RT definiu um $\rho=0,54$, demonstrando não haver correlação linear entre os valores alcançados pelos dois métodos. Portanto, não verificou-se que não se deve esperar que a maior porcentagem de células coradas pela imu-

noistoquímica seja refletida na mesma proporção em unidades expressas por PCR-RT. Conclusões: não há correlação linear entre os valores de expressão de RE por imunoistoquímica e por PCR-RT. Deve-se analisar a expressão dos receptores de forma individual, por meio dos valores de referência próprios determinados por cada método.

195

RELATO DE CASO: TUMOR SINCRÔNICO IPSILATERAL COM PERFIL MOLECULAR DISTINTO

Vanessa Monteiro Sanvido; Franklin Massanori Amaya; Roberto Hernandez Giordano; Thiago Santos Lima Almendra; Angela Flavia Logullo Waitzberg; Simone Elias Martinelli; Gil Facina; Afonso Celso Pinto Nazário (Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – São Paulo, São Paulo, Brasil). **Introdução:** o câncer de mama sincrônico ipsilateral incide em 40% das neoplasias. Pode ser classificado como multifocal e multicêntrico. Além da classificação anatômica, pode ser distinguido pela origem celular. A análise citogenética revela proliferação clonal de tumor mamário único em 75% dos casos; porém, em 25% dos tumores, a heterogeneidade das lesões indica carcinogênese independente dentro da mesma mama. **Descrição do caso:** paciente de 64 anos com achado mamográfico em exame de rastreamento. Foram visualizados: nódulo espiculado, de 1,5 cm, na junção dos quadrantes laterais da mama esquerda, e presença de segundo nódulo espiculado, de 0,5 cm, na junção dos quadrantes mediais, distando 6 cm da lesão índice, categoria 5 do BI-RADS. Foram realizadas biópsias percutâneas com agulha grossa das duas lesões, confirmando carcinoma mamário invasivo multicêntrico. A conduta proposta foi mastectomia total e biópsia de linfonodo sentinela. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma lobular pleomórfico, 1,2 cm, grau 3, com perfil imunoistoquímico compatível luminal B e, na segunda lesão, carcinoma ductal invasivo, 0,5 cm, grau 3, triplo negativo com padrão basaloide, estadiamento pT1(m)pN0(sn)pMx. O tratamento adjuvante foi baseado nas características biomoleculares das duas lesões, optando-se por quimio e hormonioterapia. **Conclusões:** a presença de carcinogênese independente nos tumores multicêntricos realça a importância do diagnóstico histológico dos focos tumorais, com análise dos receptores hormonais e HER 2. A presença de clones celulares distintos pode resultar em tumores com fenótipos diferentes, e a lesão secundária pode apresentar características mais agressivas com impacto no tratamento e no prognóstico.

196

SIGNIFICADO PROGNÓSTICO DA PROTEÍNA EPCAM (MOLÉCULA DE ADESÃO DE CÉLULAS EPITELIAIS) EM CARCINOMAS MAMÁRIOS

Junelle Paganini (Pontifícia Universidade Católica de Goiás –

Goiânia, Goiás, Brasil); Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva (Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Gustavo Nogueira Caixeta (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Rosana Corrêa Da Silva (Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Flávio Monteiro Ayres (Universidade Estadual de Goiás – Anápolis, Goiás, Brasil); Rita De Cássia Alencar (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Ailton Cabral Fraga Junior (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Élbio Cândido De Paula (Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Vera Aparecida Sadi (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil). **Objetivos:** avaliar os fatores prognósticos clássicos e o potencial papel prognóstico da proteína EpCAM em um grupo de pacientes com carcinoma de mama. Os diferentes níveis de expressão da proteína EpCAM foram analisados em relação aos aspectos clínico-patológicos das pacientes desta série. **Métodos:** o grupo de estudo incluiu 239 pacientes com carcinoma mamário, selecionadas no Setor de Anatomia Patológica do Hospital Araújo Jorge, em Goiânia, Goiás. A análise imunoistoquímica utilizou o método da estreptoavidina-biotina-imunoperoxidase, com anticorpos específicos para RE (clone 6F11), RP (clone ID5), CerB-2 (policlonal) e o anticorpo monoclonal ESA (*Epithelial Specific Antigen*, clone VU-1D9, Novocastra). As análises estatísticas foram feitas utilizando o aplicativo estatístico BioEstat (5.0) para os testes do χ^2 , Kaplan-Meier e *log-rank*. **Resultados:** dentre os potenciais fatores prognósticos investigados, resultados significativos foram observados entre menor sobrevida e os seguintes aspectos clínico-patológicos: comprometimento de linfonodos axilares ($p < 0,0001$); estadiamento mais avançado da doença, III e IV ($p < 0,0001$); presença de metástases à distância ($p < 0,0001$); e alta expressão de EpCAM ($p = 0,0010$). Índices de marcação mais elevados da proteína EpCAM foram associados com menor sobrevida, ao final de cinco anos ($p = 0,0034$), e com tumores triplo negativos ($p = 0,0276$). **Conclusões:** os presentes resultados destacam o papel prognóstico da alta expressão da proteína EpCAM em relação à sobrevida reduzida, ao alto potencial metastático, ao comprometimento linfonodal e ao fenótipo triplo negativo dos carcinomas mamários. Apoio: FAPEG/CNPq.

197

SUBTIPOS MOLECULARES DO CÂNCER DE MAMA: NOVA SUBCLASSIFICAÇÃO EM UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA

Magno Belém Cirqueira; Marise Amaral Rebouças Moreira; Ruffo Freitas-Júnior; Leonardo Ribeiro Soares

Objetivos: avaliar a prevalência dos subtipos moleculares do câncer de mama em uma série de tumores mamários e de linfonodos axilares metastáticos, utilizando dois diferentes parâmetros de subclassificação, por imunoistoquímica, e correlacionando-os com suas características clínico-patológicas. **Métodos:** foram analisados 234 casos de carcinoma ductal invasor mamário, 45 deles com os respectivos linfonodos comprometidos. Dois microarranjos de tecido foram construídos e submetidos à imunoistoquímica para: receptor de estrogênio, receptor de progesterona, HER 2, EGFR, citoqueratinas basais 5 e 14 e Ki-67. Os casos foram divididos em cinco subtipos moleculares: luminal A, luminal B, superexpressão de HER2, basaloide e triplo-negativo não-basaloide. **Resultados:** a distribuição, segundo a subclassificação molecular clássica, foi: luminal A, 58,1%; luminal B, 8,1%; superexpressão de HER2, 11,5%; basaloide, 11,5% e triplo negativo não-basaloide, 10,7%. Segundo a nova subclassificação, que utiliza o índice Ki-67, foi: luminal A, 21,8%; luminal B, 44,4%; mantendo-se os demais. Os superexpressores de HER-2 apresentaram maior envolvimento linfonodal e 82,3% apresentaram quatro ou mais linfonodos positivos ($p < 0,001$). Os basaloides tiveram maior grau histológico, sendo 45,5%, grau III ($p < 0,001$); e, junto aos superexpressores de HER2, foram os de maior diâmetro tumoral, 81,0 e 76,2%, respectivamente, e ≥ 2 cm ($p < 0,03$). Segundo a nova subclassificação, a taxa de manutenção do subtipo identificado na mama em relação ao respectivo linfonodo metastático foi de 73,3%. **Conclusões:** o presente estudo confirma o comportamento agressivo dos tumores basaloides e superexpressores de HER 2. A expressiva mudança de percentuais dos tumores luminais, segundo a nova subclassificação, utilizando o Ki-67, poderá ajudar a elucidar padrões de evolução anteriormente não bem entendidos.

QUIMIOTERAPIA

198

ALTAS TAXAS DE RESPOSTA COMPLETA PATOLÓGICA EM CÂNCER DE MAMA TRIPLO NEGATIVO APÓS QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Augusto Ribeiro Gabriel (Ruffo de Freitas Junior – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil). **Objetivos:** avaliar a taxa de resposta completa patológica em pacientes portadoras de câncer de mama localmente avançado, as quais foram submetidas à quimioterapia neoadjuvante, com esquema sequencial com doxorubicina, ciclofosfamida, paclitaxel e carboplatina. **Métodos:** pacientes portadoras de câncer de mama, em estágio clínico IIB a IIIC, foram submetidas à quimioterapia neoadjuvante, com esquema sequencial com AC (doxorubicina 60 mg/m² + ciclofosfamida 600 mg/m² a cada 21 dias) por quatro ciclos. Este foi seguido de tomografia

computadorizada (paclitaxel 80 mg/m² + carboplatina AUC2 d1, d8 e d15 a cada 28 dias), por quatro ciclos, e, posteriormente, cirurgia conforme indicada, sendo então avaliada a taxa de resposta completa patológica na peça cirúrgica. **Resultados:** trinta e nove mulheres, com idades variando de 32 a 65 anos (média de 43,4 anos) foram analisadas. Dezesete pacientes com receptores hormonais negativos (42,5%), 9 com HER2 + (22,5%) e 11 com triplo negativo (27,5%). Duas pacientes com estágio IIB (5%), 14 com estágio IIIA (35%), 18 com estágio IIIB (45%) e 6 com estágio IIIC (15%). Vinte e sete pacientes atingiram resposta clínica completa (67,5%), 13 atingiram resposta patológica completa tumoral e axilar (32,5%) e 20, com linfonodos clinicamente positivos, atingiram resposta patológica axilar completa (50%). Sendo que, das 11 pacientes com tumores triplo negativo, 5 (45,5%) alcançaram resposta patológica completa. **Conclusões:** o tratamento neoadjuvante sequencial mostrou ser bem tolerado e eficaz neste grupo de pacientes, especialmente no grupo de pacientes triplo negativas, devendo ser objeto de estudo em outras situações clínicas.

199

ASPECTOS COSMÉTICOS DA RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA COMPLEMENTAR À CIRURGIA CONSERVADORA REALIZADA EM DOSE ÚNICA POR MEIO DE ACELERADOR LINEAR CONVENCIONAL

Alfredo Carlos Simões Dornellas Barros; Marcelo CM Sampaio; Eduardo Martella; Samir A. Hanna; Felipe Eduardo M. Andrade; Maria Aparecida C. Barros; Lincon Jo Mori; Adriana Akemi Yoshimura

Introdução: a eletroterapia intraoperatória parcial da mama, complementar à quadrantectomia, por meio de acelerador linear convencional, pode ser considerada uma opção para casos selecionados de carcinoma ductal infiltrativo inicial. **Objetivos:** averiguar os resultados estéticos tardios conseguidos pela técnica de eletroterapia intraoperatória, com equipamento não-dedicado. **Métodos:** entre as 126 pacientes tratadas com eletroterapia intraoperatória, entre 2004 e 2010, 98 (77,7%) foram analisadas sob o ponto de vista estético, pela equipe cirúrgica, entre 12 e 18 meses após a cirurgia. As cirurgias foram sempre terminadas com cuidados oncológicos, realizando-se rotação de retalhos internos e migração de complexo aréolo-papilar, com ou sem simetrização contralateral, quando necessário. Os resultados foram considerados de acordo com a escala visual de Harvard, comparativa entre as duas mamas, conforme tamanho e/ou forma: excelente, ausência ou mínima; bom, assimetria leve; regular, diferença evidente; ruim, diferença acentuada afetando pelo menos ¼ da mama operada. **Resultados:** após inspeção das mamas, atribui-se escore excelente em 52 casos (53%); bom, em 35 (3,57%); regular, em 10 (10,2%); e ruim, em 1 (1,0%). O caso de resultado ruim e os de resultados regulares merece-

ram procedimentos de correção plástica posterior, mas seus resultados definitivos não foram avaliados neste trabalho. Conclusões: a evolução cosmética tardia, entre 12 e 18 meses, após o tratamento cirúrgico conservador das mamas, complementado por radioterapia intraoperatória, é satisfatória, com resultados excelentes ou bons na maioria das pacientes.

200

AValiação DA RESPOSTA À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE EM CâNCER DE MAMA EstÁDIO CLÍNICO II

Luiz Antonio Guimarães Brondi; Pires LA; Delgado GL; Nader LA; Stevão GD (Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Campus Sorocaba, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Sorocaba, São Paulo, Brasil).

Objetivos: avaliar a resposta locorregional com a quimioterapia neoadjuvante, em pacientes portadoras de câncer de mama estágio clínico IIA-B (T2 No N1a N1b). Métodos: entre maio de 1990 a fevereiro de 2010, foram estudadas 379 pacientes portadoras de câncer de mama estágio clínico IIA-B (T2 No N1a N1b), submetidas à quimioterapia neoadjuvante: AC (quatro ciclos) isolados ou associados ao docetaxel (quatro ciclos), sequencialmente. As pacientes foram avaliadas quanto à resposta do tumor primário e quanto à resposta axilar. Resultados: a resposta completa (clínica, radiológica e histopatológica) foi observada em 5,4% dos casos. A resposta clínica e radiológica, que possibilitou a realização de cirurgia conservadora, foi observada em 75,5% dos casos. Constatou-se a presença de falso-negativo axilar (No N1a+) em 36,4% dos casos (104/286). Verificou-se, também, que houve um aumento da taxa de axilas clínica e histopatologicamente negativas, com o emprego da quimioterapia neoadjuvante. Assim, a taxa de axilas No, que antes da quimioterapia era de 12,5%, passou para 25,6%; axilas N1a, que antes era de 44,8%, passou para 49,8% e a taxa de N1b, que antes era de 42,5%, passou para 24,5% com o uso da quimioterapia. Após a quimioterapia, as axilas No (97 casos) apresentaram 30% de falso-negativo axilar; as N1a (189 casos) apresentaram um falso-negativo de 40% e as N1b (93 casos) continuaram histologicamente positivas em 80,6% dos casos. Conclusões: nos casos EC IIA-B, a quimioterapia neoadjuvante possibilitou a realização de cirurgias conservadoras em 75,5% dos casos. As axilas clinicamente negativas (No N1a), após a quimioterapia, apresentaram taxa menor de falso-negativo axilar (36,4%), comparadas com os casos EC II, que não fizeram uso da quimioterapia neoadjuvante (39,3%). A taxa de resposta completa continua ainda baixa (5,4%) para o estágio clínico IIA-B. Assim, a pesquisa do linfonodo sentinela continua sendo indicada para os casos de axila clinicamente negativa (No N1a) após a quimioterapia neoadjuvante, pois, em 63,6% dos casos, estará histologicamente negativa.

201

COMPLICAÇÕES DA RADIOTERAPIA EM PACIENTES COM CâNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM USO DE PRÓTESE DE SILICONE

Betina Menezes De Albuquerque Marques; Ubirajara Caldas Leonardo Nogueira Júnior; Ana Beatriz Oliveira Germano; Daniella Márcia Medeiros De Sousa; Felipe Leite Gonçalves; Teresa Cristina Andrade De Oliveira Germano; Jader Rodrigues Gonçalves; Rosa Maria Najas (Liga Norte Riograndense Contra o Câncer – Natal, Rio Grande do Norte).

Objetivos: avaliar as complicações nas pacientes submetidas à mastectomia com reconstrução imediata e uso de prótese de silicone e radioterapia adjuvante, na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer. Métodos: entre outubro de 2009 e setembro de 2010, 350 prontuários do serviço de mastologia da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer foram selecionados. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico histopatológico de câncer de mama, mastectomia total com ou sem conservação da pele, reconstrução mamária imediata com utilização de prótese, abordagem cirúrgica axilar presente ou ausente. Os critérios de exclusão foram: desconhecimento do estadiamento pré/pós-cirúrgico e reconstrução mamária tardia. Resultados: dos 350 prontuários analisados, 69 obedeciam aos critérios. Dessas pacientes, nove não foram tratadas com radioterapia adjuvante. A idade média foi de 49 anos, sendo a mama esquerda a mais acometida (58%). Entre as pacientes submetidas à radioterapia, 14 apresentaram complicações. Os estadiamentos clínicos e patológicos mais encontrados foram: I e IIa, respectivamente. O CDI isolado foi o subtipo mais frequente (49,2%). A presença de invasão vascular foi o fator de mau prognóstico mais encontrado (9/17). A complicação mais frequente foi a contratura (5/69). A necessidade da troca de prótese ocorreu em quatro casos (duas por contratura severa, um por seroma recidivante e um por contratura com infecção), 75% haviam realizado radioterapia adjuvante. Conclusões: o uso da radioterapia e as melhorias nas técnicas têm diminuído as taxas de complicações. A etiologia da contratura capsular continua incerta, mas o uso de próteses com superfície texturizada reduziu a sua incidência. O conhecimento da incidência dessas complicações proporcionará uma possível abordagem de técnicas e cuidados especiais na tentativa de sua diminuição.

202

CONDUTAS TERAPÊUTICAS NO CâNCER DE MAMA ASSOCIADO À GRAVIDEZ

Fernanda Paglia Duran (Acadêmicas de Medicina do 5º ano da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Lahis Ribeiro Leão (Acadêmicas de Medicina do 5º ano da Universidade Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Juliane Moreira Barbosa (Acadêmicas de Medicina do 5º ano da Universidade

Federal de Goiás – Goiânia, Goiás, Brasil); Deidimar Cassia Batista Abreu (Mastologista da Associação de Combate ao Câncer de Goiás; Hospital Araújo Jorge – Goiânia, Goiás, Brasil); Edna Beatriz de Souza Alencar de Paiva (Radioterapeuta da Associação de Combate ao Câncer de Goiás; Hospital Araújo Jorge – Goiânia, Goiás, Brasil); Flávia Diniz Valadares (Residente de Cirurgia Geral da Associação de Combate ao Câncer de Goiás; Hospital Araújo Jorge – Goiânia, Goiás, Brasil).

Introdução: o câncer de mama associado à gravidez é aquele diagnosticado durante a gestação e até um ano após o parto, sendo a neoplasia mais frequentemente diagnosticada nesse período. **Descrição do caso:** VAS, feminino, 35 anos, G2:P1:A0, foi atendida com dez semanas de gestação, queixando-se de nódulo indolor na mama direita há quatro meses. Ao exame, havia nódulo de 2 cm no quadrante inferior interno da mama direita. A ultrassonografia revelou nódulo de 2,5 cm, sólido, hipoeicoico, BIRADS 4B. Portanto, realizou-se biópsia, que revelou carcinoma ductal invasor de estadiamento IIB. A opção terapêutica consistiu em mastectomia radical tipo Madden. As margens estavam livres e um linfonodo, comprometido. Iniciou-se quimioterapia no começo do segundo trimestre e foram completados seis ciclos do esquema ciclofosfamida/adriamicina. O feto apresentou desenvolvimento normal, e foi realizada cesariana na 28ª semana, com introdução de tamoxifeno no pós-parto. **Comentários:** as condutas terapêuticas dirigidas ao câncer de mama associado à gestação relacionam-se ao estadiamento e à idade gestacional na época do diagnóstico. A mastectomia radical modificada, acompanhada de linfadenectomia axilar, pode ser realizada em qualquer trimestre da gestação. A cirurgia conservadora pode ser empregada, mas demanda posterior radioterapia. A quimioterapia é contraindicada somente no primeiro trimestre, devido à organogênese. Vários esquemas quimioterápicos podem ser empregados, porém o mais usado e seguro é a ciclofosfamida/adriamicina. A hormonioterapia é contraindicada durante toda a gestação, devido ao risco de teratogênese. Não há evidências de que a interrupção da gravidez melhore o prognóstico, e a amamentação é permitida apenas quatro semanas da última dose quimioterápica.

203

IMPLANTES MAMÁRIOS E RADIOTERAPIA ADJUVANTE

Douglas De Miranda Pires; Clécio Ênio Murta De Lucena; João Augusto Pereira Do Amaral; Annamaria Massahud Rodrigues Dos Santos; Rodrigo Otávio Teixeira Moreira; Mauro Henrique Muniz Goursand; Renice Elias Fontes Valadares; Patrícia Aguiar Bellini (Clínica de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil)

Objetivos: avaliar os resultados do tratamento oncológico mamário com implantes de silicone, associado ao tratamento

adjuvante com radioterapia. **Métodos:** um dos métodos mais habituais da oncoplastia mamária consiste na reconstrução com implantes de silicone, ainda controverso quanto aos resultados a médio ou longo prazo. Foram analisados, neste trabalho, os resultados desta associação em tratamentos realizados em nossa Instituição, conforme critérios adotados e/ou descritos na literatura. **Resultados:** a avaliação dos resultados, tanto do ponto de vista oncológico quanto estético, bem como o índice de complicações na associação dessa técnica cirúrgica com o tratamento radioterápico adjuvante, não mostrou aumento nos índices negativos dos critérios avaliados. **Conclusões:** por tratar-se de uma técnica de grande valia, com resultados oncoestéticos excelentes, a indicação da radioterapia adjuvante deve ser criteriosa, embora nossos resultados retrospectivos não tenham mostrado aumento significativo nas complicações a médio ou longo prazo da sua associação.

204

MANIFESTAÇÕES DE TOXICIDADE LOCAL PRECOCE E TARDIA EM PACIENTES TRATADAS POR CIRURGIA CONSERVADORA E RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA PARCIAL DA MAMA APLICADA POR ACELERADOR LINEAR CONVENCIONAL

Alfredo Carlos Simões Dornellas De Barros; Eduardo Martella; Samir A. Hanna; Felipe Eduardo M. Andrade; Adriana Akemi Yoshimura; Maria Aparecida C. Barros; José Roberto Filassi; José Roberto Piato

Introdução: por meio do estudo de escalonamento de doses, calculou-se, por modelos físico-matemáticos, que 21 Gy de radioterapia intraoperatória por elétrons oferecidos diretamente sobre o tecido mamário, em dose única, equivalem a 60 Gy administrados fracionadamente por via externa. **Objetivos:** analisar a frequência e os tipos das manifestações de toxicidade local precoce e tardia em pacientes com câncer inicial da mama, tratadas por meio de quadrantectomia e radioterapia intraoperatória. **Métodos:** foram tratadas, de 2004 a 2010, 126 pacientes que se submeteram à quadrantectomia e eletroterapia complementar intraoperatória (21 Gy), aplicadas por meio de acelerador linear convencional (Primus, Siemens). As manifestações de toxicidade foram diagnosticadas clinicamente e classificadas em precoces (no primeiro mês) e tardias (até 12 meses). **Resultados:** todos os casos foram analisados quanto à toxicidade local precoce. Foram verificados: vermelhidão da pele cinco vezes (3,9%); hematomas, três (2,3%) e deiscências parciais de sutura, duas (1,5%). Até um ano de seguimento puderam ser examinadas 101 pacientes, nas quais notou-se endurecimento (fibrose) leve em 19 (18,8%) e intenso, em 1 (0,9%); dez liponecroses (9,9%), sete tratadas por punção e três por drenagens cirúrgicas; duas retrações papilares (1,9%) e duas telangectasias cutâneas (1,9%). Ao todo, ocorreram manifestações de toxicidade tardia em 29 pacientes (28,7%). **Conclusões:** vários tipos de manifestações de toxicidade local foram observadas, tanto

precoces como tardias. Porém, a frequência destes eventos, de pouca gravidade, pode ser considerada baixa, de modo que a toxicidade local da radioterapia intraoperatória é aceitável.

205

MARCADORES PREDITIVOS PARA DETERMINAÇÃO DA RADIOSENSIBILIDADE INTRÍNSECA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA

João Paulo Simões Dutra (Departamento de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Laboratório de Oncogenética e Radiobiologia, ACCG – Bolsista PIBIT-CNPq – Goiânia, Goiás, Brasil); Jean Teixeira de Paiva (MGene PROPE, PUC-GO, Serviço de Radioterapia, Hospital Araújo Jorge, ACCG – Goiânia, Goiás, Brasil); Hellen da Silva Cintra (MGene, PROPE, PUC-GO, Laboratório de Oncogenética e Radiobiologia, ACCG – Goiânia, GO, Brasil); Ana Terra Carvalho (MGene, PROPE, PUC-GO, Laboratório de Oncogenética e Radiobiologia, ACCG – Goiânia, Goiás, Brasil); Daniela Araújo Cunha Passos (Laboratório de Oncogenética e Radiobiologia, ACCG); Nathany Ribeiro Barbosa (Departamento de Medicina, PUC-GO e Laboratório de Oncogenética e Radiobiologia, ACCG – Goiânia, Goiás, Brasil); Juliana Castro Dourado (Laboratório de Oncogenética e Radiobiologia, ACCG – Goiânia, Goiás, Brasil); Renata de Bastos Ascenço Soares (Laboratório de Oncogenética e Radiobiologia, ACCG e Departamento de Medicina, PUC-GO – Goiânia, Goiás, Brasil).

Objetivos: avaliar o papel do gene TP53 na radiosensibilidade de pele e tecido subcutâneo em pacientes com câncer de mama, submetidas à radioterapia há pelo menos cinco anos. Métodos: coorte retrospectiva com 71 pacientes que se submeteram à radioterapia há pelo menos cinco anos no Hospital Araújo Jorge, Associação de Combate ao Câncer, em Goiás. As informações clínicas das pacientes foram coletadas de fichas consecutivas de radioterapia por teleterapia e dos prontuários do Serviço de Arquivo Médico. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram coletados 15 mL de sangue periférico heparinizado de cada paciente para extração, amplificação da região gênica de interesse, purificação e sequenciamento dos fragmentos. A análise dos dados do sequenciamento foi realizada utilizando o *software* SeqScape (Applied Biosystems), e a análise estatística foi realizada utilizando o *software* SPSS 17.0. O teste do χ^2 foi utilizado para variáveis categóricas e o teste *t* de Student para as variáveis numéricas, com nível de significância de $p \leq 0,05$. Resultados: dentre as variáveis clínicas analisadas, apenas a toxicidade tardia de pele ($p=0,037$) se associou com o genótipo de TP53 Arg72Arg. A toxicidade aguda de pele e tardia de derme não apresentaram correlação estatística significativa ($p=0,969$ e $0,244$, respectivamente). Conclusões: neste estudo, as pacientes tratadas com radioterapia há pelo menos cinco anos, portadoras do genótipo TP53 Arg72Arg, apresentaram maior radiosensibilidade tardia de pele do que em pacientes com o genótipo Pro72Arg ou Pro72Pro.

206

PAPEL DO TIPO DE AVALIAÇÃO ANATOMOPATOLÓGICA NA TAXA DE RESPOSTA PATOLÓGICA COMPLETA DE PACIENTES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

René Aloísio Da Costa Vieira; Diocésio Alves Pinto De Andrade; Ângelo Gustavo Zucca Matthes; Carlos Gustavo Crippa; Ligia Maria Kerr; Aline Mafrá Da Costa; Gilberto Uemura; Maria Aparecida Folgueira De Azevedo Koike

Objetivos: avaliar fatores clínico-patológicos relacionados à resposta completa patológica no câncer de mama localmente avançado. Métodos: estudo de pacientes portadoras de tumores localmente avançados, submetidas à quimioterapia neoadjuvante com o esquema AC-T (quatro ciclos AC – doxorrubicina a 60 mg/m² e ciclofosfamida a 600 mg/m² de 21 em 21 dias; quatro ciclos T – paclitaxel a 175 mg/m² de 21 em 21 dias). Avaliou-se retrospectivamente as pacientes atendidas no período 1 (P1) de outubro de 2005 a maio de 2008, protocolo CEP 112/2007, e prospectivamente as pacientes no período 2 (P2) de junho de 2008 a setembro de 2009, no qual ocorreu modificação anatomopatológica pormenorizada (protocolo CEP 135/2008). No estudo prospectivo, as pacientes foram tatuadas previamente ao tratamento, toda a área tumoral foi ressecada, e análise pormenorizada da área tumoral e fibrótica foi realizada. Avaliaram-se fatores relacionados à resposta completa patológica em análises univariada e multivariada. Resultados: foram avaliadas 321 pacientes, sendo 50 no P2. Do ponto de vista clínico e patológico, as variáveis foram semelhantes nos dois períodos, diferindo apenas o tipo de avaliação patológica. A taxa de resposta completa patológica foi de 17,4%, sendo de 19,9%, no P1, e 4,0%, no P2. Análise univariada dos fatores relacionados à resposta completa patológica, não mostrou relação com o tipo histológico ($p=0,361$), c-erbB2 ($p=0,169$), estágio clínico ($p=0,105$), estágio T ($p=0,510$), estágio N ($p=0,184$), porém houve correlação com o receptor ausência do receptor de estrogênio ($p<0,001$), receptor de progesterona ($p<0,01$) e período ($p=0,004$). A análise multivariada mostrou associação entre receptor de estrogênio ($p<0,001$) e período ($p=0,002$). Conclusões: a forma da avaliação patológica influencia as taxas de resposta completa patológica, devendo haver padronização rígida, pois tais variações podem comprometer estudos de fatores relacionados a essa resposta.

207

RADIOTERAPIA ADJUVANTE PÓS-MASTECTOMIA EM PACIENTES COM TUMORES LOCALMENTE AVANÇADOS DA MAMA SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Daniel Guimarães Tiezzi; Jurandyr Moreira De Andrade; Willian Simões Clagnan; Paola Rodrigues; Raphael Guimarães

Bettero; Maria Virginia Thomazini; Isabela Panzeri Carlotti (Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil).

Objetivos: avaliar o efeito da radioterapia adjuvante sobre as taxas de recidiva local/regional após quimioterapia neoadjuvante e cirurgia. Métodos: estudo retrospectivo, que incluiu 289 pacientes com câncer de mama localmente avançado – estádios II ou III (T3N0 ou T2N1,2). As pacientes foram tratadas com quimioterapia neoadjuvante (de três a sete ciclos de FEC ou taxotere/epirubicina), obtendo resposta clínica completa ou parcial e sem uso de radioterapia neoadjuvante. Em 161 delas, a quimioterapia neoadjuvante foi seguida de mastectomia com esvaziamento axilar. Destas, 65 apresentavam menos do que quatro linfonodos comprometidos (zero a quatro). Entre elas, 37 receberam radioterapia adjuvante pós-mastectomia para parede torácica em dois campos tangenciais e 28 não foram irradiadas. A média de idade foi de 52,5 anos e o tempo médio de seguimento foi de 85 meses. Resultados: não houve diferença entre os dois grupos quanto à forma de tratamento neoadjuvante e quanto às características histopatológicas na peça da mastectomia. A taxa de recorrência local foi de 2,7% no grupo de radioterapia adjuvante e de 3,5% entre as não-irradiadas ($p=0,8$). A sobrevida global foi semelhante em ambos os grupos ($p=0,1$). Conclusões: para pacientes com câncer de mama localmente avançado, submetidas à quimioterapia neoadjuvante com axila com menos de quatro linfonodos comprometidos na peça cirúrgica, a radioterapia não afeta as baixas taxas de recidivas locais e não tem impacto na sobrevida.

208

RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA: SÉRIE DE CASOS

Wellerson De Aguiar Miranda; Ernane Bronzatti

A radioterapia intraoperatória com elétrons, depois da cirurgia conservadora de mama, foi introduzida no Instituto Europeu de Oncologia, em 1999, como uma alternativa à “maratona” que se constitui o tratamento radioterápico convencional, além da não-exposição de tecidos sadios ao tratamento. Foram tratadas 30 pacientes com idades entre 41 e 78 anos, todas com diagnóstico prévio, por Tru-cut, de carcinoma ductal infiltrante de mama. O diâmetro médio do tumor foi de 1,9 cm, variando de 6 mm até 7 cm. O tempo médio de seguimento foi de 32 meses, variando de 6 a 83. O efeito colateral mais comum foi a liponecrose – quatro casos –, sendo, nesta série de casos, um tratamento bem tolerado e com excelente resultado estético. Houve duas mulheres que desenvolveram novo tumor primário ipsilateral (recidiva local), com 6 e 21 meses após o tratamento, e nenhum caso de doença metastática. Onze pacientes já são acompanhadas há mais de cinco anos com 100% de sobrevida livre de doença. Os autores acreditam que a radioterapia intraoperatória é um tratamento promissor para os

casos iniciais de câncer de mama, melhorando a qualidade de vida das pacientes, porém com custo ainda elevado.

209

RELATO DE CASO: RADIODERMITE TARDIA APÓS TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA INDUZIDA POR MEDICAÇÃO

Karina Furlan Anselmi; Cicero Urban; Rubens Silveira Lima; Cleverton Spautz; Iris Rabnovich; Paula RS Camargo; Eduardo Schunermann; Flavia Kuroda (Unidade da Mama Hospital Nossa Senhora das Graças – Curitiba, Paraná, Brasil).

Radiodermites tardias são certamente as sequelas mais notáveis do tratamento radioterápico. A estabilização destas lesões pode levar anos. O termo *radiation recall* refere-se a uma área previamente irradiada com reação inflamatória após a administração de alguns agentes sistêmicos, tais como: quimioterápicos, simvastatina, antidepressivos, radiação ultravioleta, entre outros. O tempo de intervalo entre a complicação da radioterapia e da *recall reaction* pode durar de dias a anos. A incidência não pode ser determinada, devido ao escasso número de relatos de casos na literatura. Não existe tratamento padrão, alguns autores sugerem a descontinuidade do tratamento medicamentoso e o uso de corticosteroides tópicos. Após revisões de literatura, foram relatados dois casos de pacientes com quadro clínico de eritema generalizado, calor local e ardência de mama, evolução de dois dias após iniciar tratamento medicamentoso. A primeira paciente com sertralina e a segunda com fluoxeína, ambas com história pregressa de carcinoma ductal invasor há três anos, RE positivo, RP positivo, HER 2 negativo, submetidas à setorectomia e radioterapia. O principal diagnóstico diferencial foi carcinoma inflamatório mamário. Foi, então, realizada biópsia de pele, na qual a conclusão do anatomopatológico foi de lesão actínica e ausência de êmbolos neoplásicos. Na evolução, houve melhora do eritema após uso de corticoide tópico.

210

RELATO DE CASO DE ÓBITO EM GESTANTE COM CÂNCER DE MAMA

Norma Luiza Machado Silveira; Alexandre José Baptista Trajano; Denise Leite Maia Monteiro; Nilson Ramires De Jesus; Daniela Contage Siccardi Menezes; Alessandra Lourenço Caputo Magalhães; Mariangela Nogueira Blanco; Fatima Regina Dias Miranda

Introdução: o câncer de mama associado à gravidez é situação clínica rara, com incidência de 1:3000 a 1:10.000 gravidezes, sendo, em sua maioria, diagnosticado em estágio avançado e com pior prognóstico. A condução do caso gera dilema entre a terapia ideal para a mãe e o bem-estar do feto, pois pode haver comprometimento da saúde materna ao adiar-se o tratamento. Sua frequência pode aumentar, em virtude da tendência secular de menor paridade e do adiamento do primeiro

parto. Descrição do caso: RFG, 38 anos, branca, casada, do lar, Ensino Fundamental completo, encaminhada do Instituto Nacional do Câncer com diagnóstico de câncer de mama em abril de 2010. Descobriu a gestação em ultrassonografia durante o estadiamento da doença. Indicou-se quimioterapia neoadjuvante, devido ao estágio avançado (IIIb). Iniciou-se pré-natal no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, com idade gestacional de 11 semanas e 6 dias. Paciente GVI PIII (03PC), dois abortos espontâneos, um natimorto/prematuro, dois filhos vivos. Durante o pré-natal, foi orientada sobre a importância de realização de quimioterapia, mas a paciente não iniciou tratamento por vontade própria. Foi internada no Núcleo Perinatal da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em agosto de 2010, com pneumonia e suspeita de metástase pulmonar, continuando a recusar a quimioterapia, apesar da insistência da equipe multidisciplinar à paciente e a sua família. Evoluiu com sepsis de origem pulmonar e óbito com 20 semanas de gestação. Comentários: ressalta-se a importância do exame das mamas no pré-natal e a necessidade de início do tratamento durante a gravidez, na tentativa de evitar o agravamento da saúde ou até o óbito materno.

211

SEIS ANOS DE CIRURGIA CONSERVADORA E RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA PARCIAL DA MAMA EM DOSE ÚNICA COM ACELERADOR LINEAR CONVENCIONAL: RESULTADOS ONCOLÓGICOS

Alfredo Carlos Simões Dornellas De Barros; Eduardo Martella; Samir A. Hanna; Felipe Eduardo M. Andrade; Donizetti R. Santos; José Luiz B. Bevilacqua; José Roberto Filassi; José Roberto Piato
A eletroterapia intraoperatória, complementar à cirurgia conservadora, tem sido aplicada, no exterior, por acelerador linear portátil dedicado, que é um equipamento caro e disponível em poucos centros. Objetivos: apresentar resultados do tratamento conservador da mama, em casos iniciais de câncer, com quadrantectomia e eletroterapia intraoperatória, administradas por acelerador linear convencional. Métodos: foram tratadas, de 2004 a 2010, 126 pacientes com carcinoma ductal infiltrativo, T \leq 3,0 cm, N0, M0, lesão unicêntrica (inclusive por ressonância magnética) e margens cirúrgicas livres. Foram excluídos casos com linfonodos sentinelas positivos descobertos intraoperatoriamente. As cirurgias foram realizadas de forma padrão, e as pacientes foram transferidas anestesiadas para a sala de radioterapia, aplicando-se 21 Gy, em cinco a sete minutos, sobre o parênquima adjacente à área ressecada. Utilizou-se acelerador linear não-dedicado (Primus, Siemens). A terapia sistêmica obedeceu às diretrizes internacionais. Resultados: a idade mediana foi de 57,0 anos (38 a 85), e o seguimento mediano de 31,4 meses (6 a 70). Ocorreram quatro recidivas

locais, três verdadeiras e uma em outro quadrante. As taxas de incidência acumulada foram de: recidiva local total de 3,1%, sendo de 2,3% a se considerar apenas as verdadeiras; metástase à distância 1,5%; óbito, 2,3%. Usando-se a curva de Kaplan-Meier, 57 casos foram seguidos por pelo menos 36 meses e, nestes, estimou-se a taxa total de recidivas locais aos três anos em 4,1% (IC95%=0-8,6). Conclusões: a radioterapia intraoperatória parcial da mama, complementar à quadrantectomia, realizada por aceleradores lineares convencionais, é prática e segura, podendo ser considerada como opção terapêutica para os casos selecionados.

212

TERAPIA NEOADJUVANTE EM CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE CRÍTICA ENTRE A RESPOSTA PATOLÓGICA E O TIPO DE CIRURGIA EM UMA SÉRIE DE CASOS

Paulo Gustavo Tenorio Do Amaral; Karina Helena Okajima; Rafael Aliosha Kalijs Guendelmann; Silvio Eduardo Bromberg
Introdução: a terapia neoadjuvante, historicamente, foi indicada a pacientes com tumores de mama localmente avançados, em geral, que eram considerados inoperáveis ao diagnóstico. Estudos mostram que a eficácia da quimioterapia neoadjuvante é semelhante à da adjuvante, desde que haja resposta ao tratamento neoadjuvante, trazendo as pacientes para estádios mais precoces e possibilitando, assim, cirurgias conservadoras. Pacientes que obtiveram resposta patológica completa possuem uma sobrevida global e livre de doença bem superior àquelas que apresentaram resposta parcial, sendo a presença do comprometimento ganglionar após a quimioterapia o fator prognóstico de maior relevância. Métodos: trata-se de um estudo retrospectivo de 21 pacientes com câncer de mama, atendidas no Hospital Israelita Albert Einstein, de 2009 a 2010. Estas foram submetidas a tratamento neoadjuvante, devido ao estágio avançado da doença no diagnóstico, ou como opção clínica, devido à possibilidade de cirurgia ser *a posteriori*. Foram avaliados estádios clínicos, tipo de quimioterapia realizada, tipo de cirurgia indicada e resposta patológica final. Resultados: dos 21 casos analisados, 12 apresentaram estágio clínico III e IV e 1 apresentou estágio I. Quanto ao perfil imunohistoquímico, três delas apresentaram tumores triplo negativos e 11, tumores HER2 positivos. Em relação ao tratamento aplicado, nove pacientes receberam hormonioterapia, oito receberam esquema com doxorubicina + ciclofosfamida + paclitaxel e sete receberam trastuzumab neoadjuvante. Quanto à cirurgia realizada, apenas cinco pacientes receberam a cirurgia conservadora. Oito pacientes apresentaram resposta parcial após o tratamento neoadjuvante; e apenas duas tiveram resposta patológica completa. Conclusões: o presente estudo revela, nos casos em questão, uma relativa eficácia do tratamento neoadjuvante, visto que os casos analisados apresentavam um perfil imunohistológico desfavorável.

213

TIFLITE EM PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA EM VIGÊNCIA DE QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

Sabas Carlos Vieira; Nilshelena De Almeida Bezerra; Benedito Borges Da Silva; Ana Maria Gonçalves Rebêlo; Theodoro Ribeiro Gonçalves Neto; Ravena Fontenele Belchior Cabral; Paulo Rocha Pádua Júnior

Introdução: a enterocolite neutropênica, ou tiflite, consiste numa colite necrotizante com inflamação do ceco e tecidos adjacentes, como íleo terminal e colo ascendente. Esse quadro é descrito em pacientes com tumores sob quimioterapia com taxanos. A tiflite associada à quimioterapia em câncer de mama é um evento raro e pode ser fatal, necessitando de diagnóstico e tratamento precoces. **Descrição do caso:** paciente do sexo feminino, 46 anos, com carcinoma ductal invasivo de mama, que se submeteu à ressecção segmentar e linfadectomia axilar (T1cN1M0). A imunoistoquímica revelou tumor triplo negativo. Após a cirurgia, iniciou-se quimioterapia com doxorubicina e ciclofosfamida no D1, a cada 21 dias. No D21 do terceiro ciclo, apresentou febre e massa em hipocôndrio direito, sem reação peritoneal. Realizou-se tomografia computadorizada revelando espessamento parietal segmentar dos cólons ascendente e transversos, com densificação dos planos adiposos pericolônicos. Com diagnóstico de tiflite, iniciou-se antibioticoterapia com ampicilina e sulbactam. Após dois dias, a febre persistia, alterando o antibiótico para cefepime e metronidazol, e indicou-se tratamento cirúrgico. Realizou-se hemicolectomia direita com anastomose íleo-cólica término-terminal. A histopatologia revelou tiflite crônica com agudização. A paciente evoluiu bem, recebendo alta após dez dias. Atualmente, encontra-se bem, em seguimento clínico. **Comentários:** pacientes com neutropenia após início de quimioterapia têm risco especial de tiflite. Inicialmente, podem ocorrer diarreia, náuseas e vômitos, seguidos por febre, dor abdominal e sepse. A chave diagnóstica é o rápido reconhecimento das características clínicas. O tratamento é baseado em antibióticos de amplo espectro, repouso intestinal e suporte nutricional. Na ocorrência de piora clínica, a cirurgia é indicada.

214

TRATAMENTO CONSERVADOR DE PACIENTES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO SUBMETIDAS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Carlos Gustavo Crippa; Ângelo Gustavo Zucca Matthes; Diocésio Alves Pinto De Andrade; Ligia Maria Kerr; Aline Mafra Da Costa; Gilberto Uemura; Maria Aparecida Folgueira De Azevedo Koike; René Aloísio Da Costa Vieira (Breast Unit – Sennonetwerk – Hospital de Câncer de Barretos – Barretos, São Paulo, Brasil).

Objetivos: avaliar fatores relacionados ao tratamento conservador no câncer de mama localmente avançado. **Métodos:** estudo de pacientes portadoras de câncer de mama localmente avançado, submetidas à quimioterapia neoadjuvante com o esquema AC-T (quatro ciclos AC de doxorubicina a 60 mg/m² e ciclofosfamida a 600 mg/m² a cada 21 dias; quatro ciclos T de paclitaxel a 175 mg/m² a cada 21 dias). Foram avaliadas 321 pacientes no período de outubro de 2005 a setembro de 2009, nos protocolos 112/2007 e 135/2008, sendo realizado tratamento conservador em 78 pacientes (24,3%). **Resultados:** das 78 pacientes, 55,2% foram submetidas à quadrantectomia clássica, 25,6% a técnicas oncoplásticas com quadrantectomia e 19,2% a mastectomias poupadoras de pele. A idade mediana foi de 45 anos (21 a 73). Prévio à quimioterapia neoadjuvante, o tamanho médio dos tumores foi de 5,2 cm (1,4 a 9,0 cm), sendo 21,8% para T2, 50,0% para T3 e 28,3% para T4b localizados; e 15,4% para N0, 51,3 para N1 e 29,5 para N2. Frente à resposta para a quimioterapia, 24,4% tinham apresentado resposta patológica completa, 61,5%, parcial, e 14,1%, doença estável. O seguimento mediano foi de 21,4 meses (4,5 a 45,6), com taxa de recidiva locoregional de 8,9%. A recidiva locoregional presente em 2,1% das mastectomias ocorreu em 7,9% das pacientes submetidas a tratamento conservador (p=0,02), número semelhante ao tratamento conservador em pacientes não-submetidas à quimioterapia neoadjuvante. **Conclusões:** o tratamento conservador é uma possibilidade factível no câncer de mama localmente avançado, com taxas de recidiva locoregional aceitáveis, desde que as pacientes sejam adequadamente selecionadas, sendo a cirurgia oncoplástica mais uma opção a ser oferecida a estas pacientes.

REALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO:



Sociedade Brasileira de Mastologia
Regional de Goiás

PROMOÇÃO:



SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS:

PATROCINADOR DIAMANTE:



PATROCINADOR OURO:



PARTICIPANTES:



PATOLOGIA CIRÚRGICA E CITOLOGIA



GE Healthcare



Tempo entre a retirada cirúrgica da peça ou biópsia até a fixação:
menor tempo possível

Condicionamento em formalina neutra tamponada 10%. A relação entre o volume da peça e o fixador deve ser de
20 para 1

Tempo de fixação na solução de
6 a 48 horas

retirada

preparação

conservação

O SUCESSO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA COMEÇA NAS SUAS MÃOS, EM TRÊS ETAPAS.

O guideline ASCO/CAP recomenda que o manuseio das amostras para teste HER2 passe por três etapas para que haja acuracidade nos exames anatomopatológicos. Siga as recomendações de cada etapa e contribua para o sucesso do tratamento do câncer de mama.

Teste HER2

