

REVISTA BRASILEIRA
DE

Mastologia



Volume 11 • Número 3 • setembro 2001

4
3
2
1
2001

**COMPROVADA
EFICÁCIA NO
TRATAMENTO DO
CÂNCER DE MAMA¹**

superior atividade
frente ao anastrozol³



FEMARA*
letrozol

A melhor escolha^{1,2,3,4}



Informações completas sobre o produto e referências bibliográficas
no interior desta revista

 **NOVARTIS**

NOVARTIS BIOCÊNCIAS S.A.
Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90
São Paulo - SP - CEP 04706-900
Caixa Postal 21.460 - ® = Marca registrada
www.novartisfarma.com.br



REVISTA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia
Departamento Científico da Associação Médica Brasileira
ISSN 0140-8058

EDITORES

Afonso Celso Pinto Nazário
Vinícius M. Budel



EDITORES-ADJUNTOS

Bruno Ferrari
Cesar Cabello dos Santos
Paulo Maurício S. Pereira

REDATORES

Juvenal Mottola Jr.
Luís Gerk de Azevedo Quadros
Maria Aparecida Cardoso

CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Alfredo Carlos S. D. Barros

Ana Lucia Rezende Gomes
Brás Martorelli
Delcio Scandiuzzi
Flavio Franco Montoro
Gabriel de Almeida Júnior
Gil Facina
Gilberto N. Ericksen
Guilherme B. Castro
João Bosco Silveira
José A. C. Cavalheiro
José Luiz Esteves

José Roberto Filassi
Luis Antonio Brondi
Luis Antonio L. Silveira
Marcos Ceccato
Maria Cristina Andrade
Maria Inês M. Fabrício
Mauricio Sena Martins
Miguel T. Teixeira Leite
Paulo César Cará
Ricardo Mazzei
Vera Barreto
Wilmar J. Manoel

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

Fundador: Alberto L. M. Coutinho

Diretoria

Presidente

Alfredo Carlos S. D. Barros

Vice-presidentes

Licurgo Bastos Júnior

Luiz Henrique Gebrim

Maciel O. Matias

Regis Sales Azevedo

Sérgio Hatschbach

Secretário-geral

Carlos Ricardo Chagas

Secretário-adjunto

Jorge V. Biazus

Tesoureiro-geral

Pedro Aurélio O. do Carmo

Tesoureira-adjunta

Lenise Omena Gama

CONSELHO DELIBERATIVO

Presidente

Henrique M. Salvador Silva

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente

Ézio Novais Dias

Revista Brasileira de Mastologia

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia

Fundador: Antonio S. S. Figueira Filho

Volume 11 Número 3 Setembro de 2001

Produção Editorial e Impressão

Lemos Editorial & Gráficos Ltda.

Rua Rui Barbosa, 70 – CEP 01326-010 – São Paulo, SP

Diretor-presidente: Paulo Lemos

Diretor-superintendente: José Vicente De Angelo

Vice-presidente de negócios: Idelcio D. Patricio

Gerente comercial: Rosangela Moura Aguiar

Coordenação comercial: Patrícia Costa

Prod. editorial: Sandra Santana, Cia. Editorial (rev.)

Diagramação: Artur Luiz Pinto Barbosa

Dig. de imagens: Adriano Montanholi

Arte-final da capa: Rogério L. da Camara

Assinaturas

Sociedade Brasileira de Mastologia

Praça Floriano, 55 – sala 801

CEP 20031-050 – Centro – Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (0XX21) 262-7306

Fax: (0XX21) 524-6227

E-mail: sbmasto@domain.com.br

Circulação: Trimestral

Tiragem: 3.000 exemplares



EDITORIAL

- 93** **CÂNCER DA MAMA NO BRASIL**
Vinícius Budel

ARTIGOS ORIGINAIS

- 94** **LINFONODO SENTINELA: PROTOCOLO DE ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO**
Nidia Fabrega de Donoso, Cynthia Aparecida Bueno de Toledo Osorio, Eloá Muniz Alves de Freitas, Fátima Cristina Waldvogel, Munir Ali M. Issa, João Carlos Sampaio Goes

- 98** **EFEITO DA OOFORECTOMIA PROFILÁTICA NA SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES COM CÂNCER DA MAMA**
Jaime de Queiroz Lima, James Anthony Falk, Carlos Eduardo de Queiroz Lima

- 104** **RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO EM CARCINOMA DA MAMA: FATORES MORFOLÓGICOS TRADICIONAIS**
Maria do Carmo Carvalho de Abreu-e-Lima

RELATOS DE CASO

- 113** **RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA TARDIA COM O RETALHO MUSCULOCUTÂNEO TRANSVERSO DO RETO ABDOMINAL DESEPIDERMIZADO**
Daniela Francescato Veiga, Joel Veiga Filho, Priscila Arruda Bruno, Miguel Sabino Neto, Elvio Bueno Garcia, Lydia Masako Ferreira

- 117** **FIBROADENOMA JUVENIL**
Antônio S. S. Figueira Filho, Ana Leide G. Santos, Tarciane C. Ramalho, Alexandre A. G. Alves, Márcia D. S. C. Freitas

NORMAS EDITORIAIS

I. INFORMAÇÕES GERAIS

A *Revista Brasileira de Mastologia* é uma publicação oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia, com periodicidade trimestral. Aceita matérias inéditas para publicação na forma de artigos originais, artigos de atualização e relatos de casos. É indexada na base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde) sob o número ISSN 0140-8058.

Os textos devem vir acompanhados de carta assinada pelo autor principal e por todos os co-autores para serem avaliados pelo Conselho Editorial e receberem aprovação para publicação.

Os trabalhos devem ser enviados para:

Vinícius M. Budel

Editor da *Revista Brasileira de Mastologia*

Av. Candido Hartmann, 528 – Curitiba, PR – CEP 80730-440

Telefax: (0XX41) 336-1243

II. APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

É necessário que os trabalhos sejam apresentados em três vias, digitados em espaço duplo, em páginas separadas e numeradas no ângulo superior direito. Devem ser também gravados e apresentados em disquete, mencionando-se o nome do arquivo e do *software* utilizado e a versão.

Devem vir acompanhados de carta do autor principal, autorizando a sua publicação e com a sua assinatura e a de todos os co-autores. O artigo passa a ser propriedade da revista e as opiniões emitidas nos trabalhos são de responsabilidade única dos autores.

a) Primeira página

- Título do artigo
- Nome(s) do(s) autor(es)
- Nome do Serviço onde foi realizado o trabalho
- Endereço, número de telefone e fax do autor principal

b) Segunda página

- Resumo com, no máximo, 200 palavras
- Unitermos, no máximo cinco, formulados com base no vocabulário estruturado DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que pode ser encontrado no endereço eletrônico www.bireme.br

c) Terceira página

- Título em inglês
- *Abstract*
- *Keywords*

d) Quarta página

Carta do autor principal, autorizando a sua publicação e com sua assinatura e a de todos os co-autores

e) Texto

1. Os artigos originais devem obedecer à seguinte seqüência: Introdução, Método, Resultados e Discussão. Referências bibliográficas: no máximo 20.

2. Os artigos de atualização podem ou não ter subtítulos. Referências bibliográficas: no máximo 30.

3. Os relatos de caso devem obedecer à seguinte seqüência: Introdução, Apresentação do Caso e Discussão. Referências bibliográficas: no máximo 5.

III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Devem ser ordenadas alfabeticamente, com base no último sobrenome do autor principal, e numeradas. As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors, os quais podem ser consultados no endereço eletrônico www.pucrs.br/biblioteca/vancouver.htm. Exemplos:

a) Artigos em periódicos

DUPONT W, PAGE D. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 146-151.

Obs.: Quando houver mais de 6 autores, deve-se mencionar os 3 primeiros seguidos de *et al.*

b) Capítulos de livros

SWAIN SM, LIPPMAN ME. Locally advanced breast cancer. In: Bland KI, Copeland EM. *The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases*. Philadelphia: WB Saunders. 1991; 843-62.

c) Livros

HUGHES LE, MANSEL RE, WEBSTER DJT. *Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management*. London: Baillière-Tindall. 1989; 1-4.

d) Referência de trabalho apresentado em evento

TARRICONE V, NOVAES SP, PINTO RC, PETTI DA. Tratamento conservador do câncer de mama. XI Congresso Brasileiro de Mastologia. Foz de Iguaçú; 1998.

e) Referência de trabalho de autoria da entidade

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Mammographic criteria for surgical biopsy of nonpalpable breast lesions. Report of the AMA Council on Scientific Affairs. Chicago: American Medical Association. 1989; 9-20.

f) Referência de tese

NARVAIZA DG. Expressão do antígeno nuclear de proliferação celular (PCNA) no epitélio da mama de usuárias e não-usuárias de anticoncepcional hormonal combinado oral. São Paulo: 1998. Tese de Mestrado, Unifesp-EPM.

IV. ILUSTRAÇÕES

Solicita-se que tabelas, gráficos, figuras e fotografias sejam apresentados em folhas separadas, com legendas individualizadas, ao final do trabalho. As fotografias devem ser em preto-e-branco, e as despesas com eventual reprodução de fotografias coloridas correrão por conta dos autores. Os desenhos em traço precisam ter qualidade profissional para permitir sua reprodução.

V. PONTOS A CONFERIR

Antes de enviar seu artigo para publicação, verifique os seguintes pontos:

1. Na primeira página, consta serviço em vez de titulação?
 sim não
2. O resumo está de acordo com o *abstract*? sim não
3. Os unitermos estão de acordo com os *keywords*?
 sim não
4. Na terceira página, consta o título em inglês? sim não
5. A carta de autorização para publicar o artigo, com a assinatura do autor e co-autores, foi enviada? sim não
6. A divisão de tópicos está correta? sim não
7. Referências
 - a) O número de referências está correto? sim não
 - b) Todos os artigos citados no texto estão presentes nas referências? sim não
 - c) Todos os artigos presentes nas referências estão citados no texto? sim não
 - d) Os artigos estão digitados de acordo com as normas da RBMA?
 sim não
 - e) Os artigos estão em ordem alfabética? sim não
8. Tabelas
 - a) As legendas das tabelas são auto-explicativas? sim não
 - b) As tabelas apresentam autores que não estão presentes nas referências? sim (acrescentar nas referências) não
9. Figuras e fotos
 - a) As legendas são auto-explicativas? sim não
 - b) Todas as figuras/fotos estão citadas no texto e vice-versa?
 sim não
10. Os valores numéricos (principalmente porcentagens) estão calculados corretamente? sim não



Vinícius Budel

CÂNCER DA MAMA NO BRASIL

Rev bras Mastol 2001; 11 (3): 93

Segundo os dados de estimativa do Ministério da Saúde, o Brasil enfrenta aumento considerável da taxa de mortalidade por câncer da mama entre as mulheres, que cresce desde 1979, quando era de 5,77 para cada 100.000 mulheres; em 1998, foi de 9,70 para cada 100.000. Isto representa 68% de aumento em variação percentual relativa, e estima-se 8.670 mulheres mortas por câncer da mama para o ano de 2001, com 31.590 diagnósticos de casos novos. Esta expectativa numérica representa taxa bruta de mortalidade de 9,99 para cada 100.000 mulheres e uma incidência de 36,47 casos novos para cada 100.000 mulheres no Brasil.

O controle do câncer da mama constitui-se em enorme desafio que a saúde pública e todos os profissionais ligados à mastologia vão enfrentar. O aumento crescente da incidência observado em duas décadas coincide com o fenômeno de aglomeração urbana da população brasileira, que possivelmente elevou a prevalência à exposição a fatores de risco. Além disso, o controle demanda ações de variados graus de complexidade, associadas à necessidade de treinamento de recursos humanos de forma multidisciplinar. Somam-se ainda as dimensões continentais de nosso país e o grau de instrução da nossa população.

Urgem, portanto, programa para diagnóstico precoce e conjunto de métodos e medidas continuadas com capacidade de resolução, que após a detecção permita ao mesmo tempo o tratamento primário das lesões rastreadas, notavelmente as mais precoces, geralmente impalpáveis e com apresentação de complexidade cirúrgica cada vez mais sofisticada. Cabe lembrar que nos países desenvolvidos o carcinoma *in situ* da mama é o quarto tumor mais diagnosticado. Para chegar a esses índices, além dos programas de rastreamento baseados em alto risco para a doença a partir dos 40 anos com ênfase à faixa etária de 50 a 69 anos, dos programas de educação para o auto-exame das mamas e da busca ativa da população-alvo, seria necessária a implantação de unidades assistenciais de mastologia, com a capacidade de resolução de todas as lesões detectadas, independente da cronologia de sua história natural. É preciso que esses programas possam ir além do rastreamento, pois é o tratamento precoce das lesões que possibilita resultado cosmético mais desejável e com menor exposição aos tratamentos complementares, de maior morbidade e maiores custos para a paciente e para o país.



Nidia Fabrega de Donoso
 Cynthia Aparecida Bueno de
 Toledo Osorio
 Eloá Muniz Alves de Freitas
 Fátima Cristina Waldvogel
 Munir Ali M. Issa
 João Carlos Sampaio Goes

LINFONODO SENTINELA: PROTOCOLO DE ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO

Rev bras Mastol 2001; 11 (3): 94-97

Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC),
 São Paulo.

UNITERMOS

Metástase linfática;
 Cirurgia.

RESUMO

O linfonodo sentinela tem sido estudado como provável fator prognóstico de comprometimento axilar. Quando introduzida a técnica de sua exérese seletiva, estabelecemos protocolo de estudo adaptado à nossa realidade com o objetivo de incrementar a detecção de micrometástases.

Aceito para publicação em junho de 2001

INTRODUÇÃO

A aplicação da técnica da biópsia seletiva do linfonodo sentinela (o primeiro a receber drenagem linfática proveniente do leito tumoral) nas pacientes portadoras de câncer mamário tratadas no nosso serviço em meados de junho de 1998 colocou a equipe de anatomia patológica frente a um dilema.

As informações obtidas em levantamento bibliográfico de literatura mundial relacionadas à manipulação e ao processamento histológico deste material no sentido de incrementar o diagnóstico de micrometástases (isto é, aquelas com dimensões menores ou iguais a 2 mm) orientavam a execução de cortes histológicos seriados adicionais, seguidos ou não de estudo imunoistoquímico complementar, uma vez que as técnicas de rotina eram inadequadas para esta finalidade^{1,2,4}.

Adaptando tais estudos à nossa realidade, visando minimizar os custos operacionais sem prejudicar a qualidade do exame e não sobrecarregar o pessoal técnico de trabalho adicional, elaboramos protocolo de estudo específico para o linfonodo sentinela (LS).

Desta forma, procedemos estudo prospectivo em 55 pacientes aleatoriamente escolhidas e comparamos os achados histológicos com os obtidos no restante do conteúdo linfonodal axilar. Verificamos que nossos resultados foram similares aos publicados na literatura^{1,2,3,4,5}, sem o emprego de estudo imunoistoquímico complementar, o que tornou viável a utilização deste protocolo.

Atualmente já procedemos 181 estudos anatomopatológicos do LS, inclusive nas especialidades de ginecologia (estadiamento de câncer vulvar) e dermatologia (estadiamento de melanoma maligno).

MÉTODO

O linfonodo ou grupo de linfonodos identificados como sentinela, quer pela técnica do corante vital azul ou pela injeção de albumina coloidal marcada com tecnécio, é recebido pelo patologista no centro cirúrgico durante o ato operatório^{1,3,5}.

Procedemos dissecação cuidadosa do tecido fibroadiposo circunjacente ao linfonodo, sem lesar a cápsula, e medimos cada linfonodo obtido nas suas três dimensões. Seccionamos o mesmo através de corte longitudinal em seu maior eixo, ao nível da região hilar, onde o vaso linfático aferente conduz a drenagem linfática proveniente do tumor, obtendo-se, assim, duas superfícies de corte. Cada superfície é avaliada macroscopicamente e submetida a *imprint* em lâminas de vidro com extremidade fosca, previamente identificadas, sendo, então, coradas pela técnica de hematoxilina-eosina (HE)^{1,3}.

Quando o LS for ≥ 1 cm e mediante resultado de *imprint* “negativo para células neoplásicas”, escolhemos aleatoriamente uma das metades obtidas para realizarmos exame de congelação em criostato, com temperatura média de -25°C . Executamos três cortes histológicos consecutivos, com $3\mu\text{m}$ de espessura, não desprezando nenhum material para aparar o fragmento entre os cortes, que são corados pela técnica de HE. O restante do material

congelado e a metade não congelada são emblocados em parafina, onde são realizados cinco cortes histológicos seriados, com $3\mu\text{m}$ de espessura cada, com intervalos de $30\mu\text{m}$ entre os cortes (i.e, são desprezados dez cortes entre os cortes selecionados), corando-os com HE, totalizando 13 cortes histológicos estudados.

Com resultado de *imprint* “positivo para células neoplásicas”, realizamos três cortes consecutivos por técnica de congelação da metade correspondente. Da mesma forma, o restante do material é emblocado em parafina, onde são obtidos três cortes histológicos seriados que são corados por HE.

Os LS ≤ 1 cm são apenas estudados através da técnica do *imprint*, não sendo submetidos à exame de congelação nesta primeira fase de estudos. O material segue para emblocamento em parafina com o mesmo número de cortes seriados descritos para linfonodo “*imprint*-negativo”.

Observando-se embolia linfática peritumoral na análise do espécime mamário com LS negativo, realizamos cortes histológicos adicionais no bloco de parafina, com intervalos de $30\mu\text{m}$ entre os cortes, até estudo completo do linfonodo. Em nossa casuística foram obtidos um máximo de 98 cortes histológicos.

Todos os achados anatomopatológicos observados são descritos no modelo de laudo reproduzido abaixo:

PROTOCOLO DE ESTUDO

EXAME MACROSCÓPICO

Espécime proveniente de:

() Axila direita () Axila esquerda () Outro local (_____)

Dimensões da peça: _____ x _____ x _____ cm

Número de linfonodos dissecados:

() Um () Dois () Três () \geq Quatro

Dimensões dos linfonodos: () Único: _____ x _____ x _____ cm

() Maior: _____ x _____ x _____ cm

() Menor: _____ x _____ x _____ cm

() Achados macroscópicos preservados: _____ linfonodos

() Fragmentos representativos submetidos a exame histológico

() O espécime é totalmente submetido a exame histológico

() Blocos () Fragmentos

EXAME INTRA-OPERATÓRIO

- IMPRINT*
 - NEGATIVO: _____ linfonodo(s)
 - POSITIVO: _____ linfonodo(s)
 - SUSPEITO: _____ linfonodo(s)
 - Em ambas as superfícies obtidas após secção do material: nº ()
 - Em apenas uma superfície obtida após secção do material: nº ()
 - Exame de congelação (espécime > 1 cm):
 - Benigno _____ linfonodo(s)
 - Maligno _____ linfonodo(s)
 - Aguardar cortes em parafina _____ linfonodo(s)
 - Não submetido a exame de congelação (espécime < 1 cm) nº ()
-

DIAGNÓSTICO

ESPÉCIME DE LINFONODO SENTINELA:

- Axilar (D) (E)
 - Inguinal (D) (E)
 - Outros () _____
 - Ausência de neoplasia: _____ nº ()
 - Macrometástase
 - Micrometástases (medidas: _____ mm).
 - Embolia em seio marginal: () Focal () Maciça
 - Embolia em vasos linfáticos aferentes: () Focal () Maciça
 - Número total de cortes histológicos realizados (incluindo os da congelação): _____
 - Número de cortes histológicos comprometidos pela neoplasia: _____
 - Seqüenciais () Não seqüenciais
 - Outros achados: _____
-

RESULTADOS

Com curva de aprendizado crescente na utilização deste protocolo e devido a elevado número de linfonodos examinados por dia em nossa rotina, adquirimos experiência na detecção de micrometástases, conferindo grande confiabilidade à nossa interpretação.

Durante o ato cirúrgico não houve nenhum resultado falso-positivo. Os casos LS-positivos para macrometástases tiveram correspondência tanto no

exame citológico como no de congelação. Os casos LS-negativos, interpretados inicialmente como “*imprint* suspeito”, foram decorrentes da presença de células histiocitárias reacionais ou de células linfoblásticas com centros germinativos foliculares reativos.

Diagnósticos falso-negativos perfazem 12,5% em nossa casuística e foram observados na primeira série de 55 casos estudados (fase de aprendizado).

Todos os casos LS-positivos para micrometástase foram diagnosticados em cortes histológicos

corados por HE. Não realizamos estudo imunoistoquímico complementar para confirmar este achado.

Porém, em um caso “*imprint*-positivo”, onde foi identificado apenas um agrupamento de células epiteliais atípicas não observado nos cortes histológicos do material embocado em parafina, o exame imunoistoquímico para citoqueratina foi relevante para confirmar a presença de micrometástase^{2,4}.

Micrometástases foram detectadas a partir do 4º nível do corte histológico do linfonodo embocado em parafina até o 10º nível, demonstrando-se que as regiões mais próximas da região hilar são as que possuem maior chance de conter micrometástase. Conclui-se, assim, que o estudo intra-operatório do LS deve ser realizado em centros cirúrgicos que disponham de criostato para evitar qualquer perda de material, o que pode ocorrer quando o método tradicional de congelamento manual é utilizado.

DISCUSSÃO

Frente a um linfonodo identificado como “sentinela”, o patologista deve ser criterioso na escolha do protocolo e na utilização da metodologia de estudo.

Com a utilização do protocolo descrito, nossos resultados foram similares aos publicados na literatura mundial. Obtivemos percentagem adicional de 26% de detecção de micrometástases com o uso de cortes histológicos seriados. Métodos de rotina não são adequados para essa finalidade e o estudo imunoistoquímico complementar não se fez necessário em nosso estudo.

O estudo do LS é mais um passo extremamente importante para o estadiamento cirúrgico no tratamento do câncer mamário. Futuramente, baseado em novos estudos e grandes casuísticas, o LS poderá interferir na indicação da linfadenectomia axilar. A não-realização desta complementação cirúrgica propiciará melhor qualidade de vida, queda do índice de morbidades pós-operatórias imediata e tardia, além da redução de custos.

KEYWORDS

Lymphatic metastasis;
Surgery.

ABSTRACT

SENTINEL LYMPH NODE: PATHOLOGIC STUDY PROTOCOL

The sentinel lymph node has been studied as a prognostic factor in avaluation of ganglionar status.

Follow the introduction of the sentinel lymph node biopsy in Brazilian Cancer Institute Control (IBCC) we stablished a study protocol to increase the detection rate of micrometastases ($\leq 2,0$ mm) for making these studies pratical and cost effective.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RUBIO IT, KOROURIAN S, COWAN C et al. Use of touch preps for intraoperative diagnosis of sentinel lymph node metastases in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 1998; 5: 689-94.
2. TUNER RR, OLLILA DW, KRASNE DL et al. Histopathologic validation of the sentinel lymph node hypothesis for breast carcinoma. *Ann Surg* 1997; 226: 271-8.
3. VAN DIEST PJ, TORRENGA H, BORGSTEIN PJ et al. Reliability of intraoperative frozen section and imprint cytological investigation of sentinel lymph nodes in breast cancer. *Histopathology* 1999; 35: 14-8.
4. VERONESI U, PAGANELLI G, VIALE G et al. Sentinel lymph node biopsy and axillary dissection in breast cancer: Results in a large series. *JNCI* 1999; 91: 368-73.
5. VIALE G, BOSARI S, MAZZAROL G et al. Intraoperative examination of axillary lymph nodes in breast carcinoma patients. *Am Cancer Soc* 1999; 85: 2433-8.

Endereço para correspondência:

Nidia Fabrega de Donoso
Av. Alcântara Machado, 2576 – Mooca
CEP 03102-002 – São Paulo, SP



Jaime de Queiroz Lima
James Anthony Falk
Carlos Eduardo de Queiroz Lima

Trabalho realizado em clínica privada
Recife – PE

EFEITO DA OOFORECTOMIA PROFILÁTICA NA SOBREVIDA DE PACIENTES COM CÂNCER DA MAMA

Rev bras Mastol 2001; 11 (3): 98-103

UNITERMOS

Ooforectomia;
Terapia;
Câncer da mama.

RESUMO

Este artigo analisa a sobrevida em 570 casos de câncer da mama entre 1952 e 1997. O grupo estudo (n = 241) foi tratado com cirurgia mamária acompanhada de ooforectomia profilática (hormonioterapia supressiva) e o outro (n = 329) com apenas o protocolo habitual de cirurgia de mama. Os grupos foram analisados por fator de risco, bem como localização topográfica, tamanho e estadiamento dos tumores. O grupo estudo apresentava percentagem maior de tumores nos estádios II, III, e IV, e mais tumores nos tamanhos T3 e T4, sugerindo, aparentemente, que o grupo deveria apresentar sobrevida menor que o grupo controle. Os resultados demonstraram, porém, aumento significativo na sobrevida do grupo com ooforectomia profilática, especialmente após 10 anos de cirurgia. A sobrevida foi significativamente maior para os tumores do tamanho T1 e T2, e para os estádios I e II. A média de sobrevida para os tumores T3 e do estágio III foi maior, mas não estatisticamente significante. Em termos dos tumores T4 e do estágio IV, por outro lado, o grupo controle apresentava sobrevida média maior, mas não estatisticamente significante.

Aceito para publicação em julho de 2001

INTRODUÇÃO

Durante cerca de 100 anos a ooforectomia se constituía no principal tratamento hormonal adjuvante dos tumores malignos da mama pela supressão dos ovários (principal fonte produtora de estrógeno), tratamento sempre direcionado para pacientes em estádios mais avançados da doença (estádios III e IV) e de idade mais avançada. Conforme publicação da UICC,

os primeiros estudos realizados nesta área mostraram maior intervalo entre as recidivas, mas não demonstraram melhoria significativa na sobrevida a longo prazo, ou seja, mais de 10 anos⁶. Melhores resultados foram conseguidos com ooforectomia acompanhada de quimioterapia a curto prazo. Com o advento, porém, do antiestrógeno tamoxifen, a castração feminina cirúrgica (a ooforectomia) passou a ser menos empregada⁵.

Estudos recentes têm demonstrado que: a) o risco de câncer da mama é significativamente diminuído em mulheres submetidas à ooforectomia antes da idade de 50 anos^{1,7} e que a proteção aumenta com o avanço do tempo pós-cirúrgico³; b) em mulheres com receptores hormonais positivos, a manipulação hormonal (p. ex., ovariectomia em pacientes pré-menopausadas, tamoxifeno, acetato de megestrol ou inibidores de aromatase em pacientes pós-menopausadas) pode oferecer considerável benefício paliativo²; c) mulheres com mutação do gene BRCA 1 podem reduzir o seu risco de desenvolver câncer da mama em 72% quando submetidas à ooforectomia profilática bilateral⁴. Este último estudo apenas acrescenta que todo cuidado deve ser tomado e que o ponto negativo primário da castração feminina não deve ser esquecido, ou seja, a indução precoce da menopausa como consequência da cirurgia.

MÉTODOS

Foram acompanhados 570 casos de câncer da mama entre 1952 e 1997. As pacientes foram divididas em dois grupos: grupo 1 ou estudo (n = 241) com cirurgia mamária acompanhada de ooforectomia profilática (terapia hormonal supressiva) e grupo 2 ou controle (n = 329) com apenas o protocolo habitual de cirurgia de mama. A sobrevida após a cirurgia foi verificada mediante um estudo da diferença da média, conforme estadiamento, tamanho do tumor e presença de linfonodos positivos.

Grupo 1 (estudo)

Com referência aos dados demográficos, o grupo com ooforectomia profilática foi mais jovem (média de 44 anos), com 13,7% com menos de 35 anos e 90,9% com menos de 55 anos. Em termos de fatores de risco para câncer da mama, o grupo apresentava a menarca

mais freqüentemente antes dos 13 anos (39,8%), menopausa mais cedo (55,6% antes de 45 anos – provocada cirurgicamente), e média de filhos (2,6 filhos por paciente) significativamente menor do que o grupo controle (P = 0,028563). De fato, 32,5% do grupo não teve filho nenhum. Em termos patológicos, 27,8% apresentava tumores T1 e 44,4%, T2, um pouco menos que o grupo estudo. Em termos de estadiamento, o grupo apresentava 42,3% dos tumores em estágio I e 28,6% no estágio II, também um pouco menos que o grupo controle (Quadros 1 e 2).

Grupo 2 (controle)

O grupo controle teve média de 59 anos de idade, com somente 2,4% do grupo com menos de 35 anos e apenas 32,5% do grupo com menos de 55 anos. Em termos de fatores de risco para câncer da mama, o grupo apresentava a menarca menos freqüentemente antes dos 13 anos (30,1%), mas a diferença não foi estatisticamente significativa. O grupo teve menopausa mais tarde em comparação ao grupo estudo, com 71,7% após os 45 anos de idade, e apresentou média de 3,2 filhos por paciente, e somente 29,6% das pacientes do grupo foram nulíparas.

Em termos patológicos, o grupo controle apresentava percentagem ligeiramente menor de tumores nos estádios III e IV, e menos tumores nos tamanhos T3 e T4 do que o grupo estudo (Quadros 1 e 2). Tudo isto sugere, aparentemente, que o grupo estudo deveria apresentar sobrevida menor que o controle. No que se refere à localização topográfica dos tumores, não houve diferença significativa entre os grupos. A grande maioria das pacientes, em ambos os grupos, apresentava tumores nos quadrantes súpero-lateral (mais de 45%), central (entre 16% e 18%) e quadrante súpero-medial (em torno de 15%).

Quadro 1: Distribuição das pacientes com câncer da mama nos grupos 1 (com ooforectomia) e 2 (sem ooforectomia), por estadiamento

Estadiamento	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
I	102	42,3	169	51,4
II	69	28,7	88	26,7
III	56	23,2	63	19,2
IV	14	5,8	9	2,7
Total	241	100	329	100

Quadro 2: Distribuição das pacientes com câncer da mama nos grupos 1 (com ooforectomia) e 2 (sem ooforectomia), por tamanho

Tamanho	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
T ₁	67	27,8	104	31,6
T ₂	107	44,4	150	45,6
T ₃	50	20,7	64	19,5
T ₄	17	7,1	11	3,3
Total	241	100	329	100

RESULTADOS

Como resultado geral da pesquisa, foi verificado aumento significativo na sobrevida do grupo com ooforectomia profilática, especialmente após os 10 anos da cirurgia – média de 9,2 anos do grupo estudo contra 5,3 anos do grupo controle ($P = 0,00000001$). Somente no grupo estudo existem 16 pacientes que atingiram mais de 27 anos de sobrevida, o máximo alcançado no grupo controle. Uma paciente, de fato, atingiu 34 anos de sobrevida após a cirurgia. A diferença na idade do grupo controle não teve impacto significativo sobre a sobrevida média observada. A média total do grupo controle foi de 5,6 anos, enquanto a média de um grupo ajustado à distribuição etária do grupo estudo seria 6,1 anos de sobrevida pós-cirúrgica (Gráfico 1 e Quadro 3).

Na média, o grupo estudo teve sobrevida significativamente maior apenas para os tumores do tamanho T1 e T2, e para os estádios I e II. Os dados da média e os níveis de significância podem ser vistos nos

quadros 4 e 5. A média de sobrevida no grupo estudo, para os tumores T3 e do estágio III, foi maior, mas não estatisticamente significativa. Em termos de tumores T4 e do estágio IV, por outro lado, o grupo controle apresentava sobrevida média maior, mas não foi estatisticamente significativa.

Em termos de linfonodos positivos ($Lin > 4$), o grupo controle demonstrava ligeira percentagem (16,5%) maior (5 a 16 linfonodos positivos) *versus* 12,1% no grupo estudo (5 a 13 linfonodos positivos). Analisando cada grupo separadamente, a sobrevida foi estatisticamente maior para aquelas pacientes com o menor número de linfonodos positivos. Quando os dois grupos são comparados, porém, a sobrevida do grupo estudo, embora maior do que a do grupo controle sem a ooforectomia profilática, só foi estatisticamente significativa no caso de pacientes com menos de quatro linfonodos positivos.

Ambos os grupos utilizaram tratamentos adicionais de quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia, de forma isolada ou em diversas combinações.

Quadro 3: Sobrevida em anos vividos após a cirurgia para câncer da mama, conforme situação de ooforectomia profilática ou não

Anos de sobrevida	Grupo 1		Grupo 2	
	N	%	N	%
até 1 ano	238	98,8	321	97,6
até 2 anos	184	76,3	214	65,0
até 3 anos	154	63,9	176	53,5
até 4 anos	134	55,6	152	46,2
até 5 anos	125	51,9	124	37,7
até 6 anos	118	49,0	103	31,3
até 7 anos	107	44,4	94	28,6
até 8 anos	102	42,3	82	24,9
até 9 anos	97	40,2	71	21,6
até 10 anos	90	37,3	63	19,1
até 15 anos	86	35,7	55	16,7
até 20 anos	63	26,1	29	8,8
até 25 anos	36	14,9	10	3,0
> 25 anos	16	6,6	3	0,9
Total de casos	241		329	

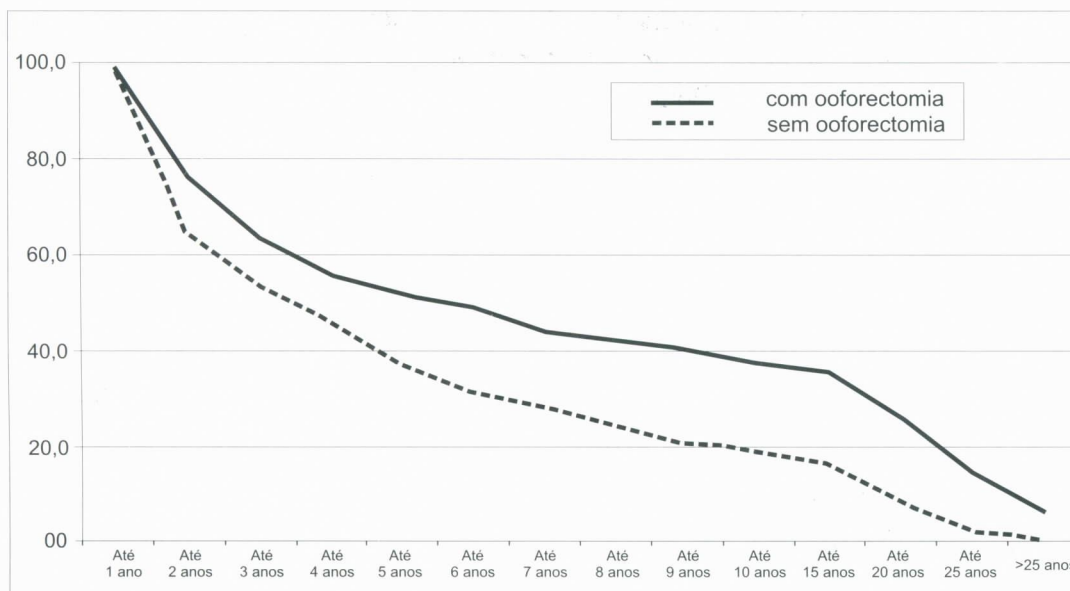


Gráfico 1 – Sobrevivência em anos vividos após a cirurgia de mama e conforme a situação de ooforectomia profilática ou não

Quadro 4: Média de anos vividos após a cirurgia para câncer da mama, conforme tamanho e estadiamento do tumor e situação de ooforectomia profilática ou não (Z crítico bicaudal = 1,959961082)

	T1		T2	
	sem ooforectomia	com ooforectomia	sem ooforectomia	com ooforectomia
Média	5,814814815	12,10769231	6,333333333	9,815384615
z	-4,914594813		-2,67271746	
P bicaudal	8,90956E-07		0,00752405	
	T3		T4	
	sem ooforectomia	com ooforectomia	sem ooforectomia	com ooforectomia
Média	5,465116279	7,469387755	5,285714286	3,882352941
z	-1,160688422		0,568823917	
P bicaudal	0,245768742		0,57789377	
	Estádio I		Estádio II	
	sem ooforectomia	com ooforectomia	sem ooforectomia	com ooforectomia
Média	6,8263473	12,96	4,204819277	8,191176471
z	-5,66791		-3,893803076	
P bicaudal	1,45E-08		9,87237E-05	
	Estádio III		Estádio IV	
	sem ooforectomia	com ooforectomia	sem ooforectomia	com ooforectomia
Média	4,2711864	6,0909091	2,625	1,384615385
z	-1,384268		1,116365691	
P bicaudal	0,1662765		0,296671256	

Quadro 5: Nível de significância na análise de sobrevida, conforme número de linfonodos positivos acompanhando o câncer da mama no grupo estudo e no controle (Z crítico bicaudal = 1,959961082)

	Teste-z: duas amostras para médias		Teste-z: duas amostras para médias	
	Oof, com Lin < 4	Oof, com Lin ≥ 4	sem Oof, com Lin < 4	sem Oof, com Lin ≥ 4
Média	9,9	4,7	6,0	2,2
Z	4,200479981		7,455958694	
P bicaudal	2,66516E-05		8,99281E-14	
	Oof, Lin < 4	sem Oof, com Lin < 4	Oof, Lin ≥ 4	sem Oof, com Lin ≥ 4
Média	9,9	6,0	4,7	2,2
Z	5,240826494		2,246123305	
P bicaudal	1,60175E-07		0,024696031	

Oof: ooforectomia, Lin: linfonodos comprometidos.

DISCUSSÃO

Em conclusão, os dados por nós observados demonstram que a cirurgia de câncer da mama apresenta resultados significativamente melhores, em termos de sobrevida, quando for acompanhada de ooforectomia

profilática. Isto é especialmente observado nos casos dos tumores tipo T1 e T2, e dos estádios I e II. Os dados demonstraram que a sobrevida é estatisticamente maior somente em pacientes com câncer da mama com número pequeno de linfonodos positivos (menos do que quatro).

KEYWORDS

Ovarietomy;
Breast cancer;
Therapy.

ABSTRACT

EFFECT OF PROPHYLACTIC OOFRECTOMY ON THE SURVIVAL RATE OF PATIENTS WITH BREAST CANCER

This article analyses the survival rate of 570 cases of breast cancer registered at the Jaime de Queiroz Lima Clinic (Recife, PE, Brazil) between 1952 e 1997. The study group (n = 241) was treated with breast surgery accompanied with prophylactic ooforectomy (hormone suppressive therapy) and the other group (n = 329) with the normal procedure of breast surgery. The groups are analyzed by risk factor, as well as topographic localization of the tumor, size and tumor stages. The study group presented a higher percentage of tumors in the stages II, III, and IV, and more tumors of the sizes T3 and T4 suggesting that the group should present a prognostic survival rate lower than that of the control group. The study results demonstrate, however, a significant increase in survival rate in the group with prophylactic ooforectomy, especially after 10 years from the surgery. The survival rate was significant for the tumors of the sizes T1 and T2, and for the stages I and II. The average survival rate for tumors size T3 and stage III was greater in the study group, but not statistically significant. In terms of tumors size T4 and stage IV, on the other hand, the control group presented an average survival rate higher than that of the study group, but not statistically significant.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEIJER WJ & VAN LINDERST JW. Prophylactic oophorectomy. Eur J Obstet Gynec Reprod Biol 1992; 47: 59-65.
2. MURAD AM. Tratamento sistêmico de câncer da mama – atualização 2000. Rev SBC 2000; 3: 8-16.
3. PARAZZINI F et al. Hysterectomy, oophorectomy in premenopause, and risk of breast cancer. Obstet Gynecol 1997; 90: 453-6.
4. REBBECK TR. Bilateral oophorectomy reduces breast cancer risk in BRCA1 carriers. J Natl Cancer Inst 1999; 91: 1442-3.
5. SCHWARTZ PE. Propylactic oophorectomy for the prevention of epithelial ovarian cancer revisited. Eur Menopause J 1997; 4: 105-15.
6. UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER. Manual de Oncologia Clínica. 5ª ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo. 1989; 272.
7. VIEIRA SC. Risco de câncer de mama e endométrio em vigência de reposição hormonal na pós-menopausa: um problema para ginecologistas e cancerologistas. Acta Oncol Bras 2000; 20: 32-8.

Endereço para correspondência:

*Jaime de Queiroz Lima
Rua Francisco Alves, 611 – Ilha do Leite
CEP 50070-490 – Recife, PE*



Maria do Carmo Carvalho de
Abreu-e-Lima

Universidade Federal de Pernambuco.

RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO EM CARCINOMA DA MAMA: FATORES MORFOLÓGICOS TRADICIONAIS

Rev bras Mastol 2001; 11 (3): 104-112

UNITERMOS

Câncer da mama;
Patologia.

Aceito para publicação em julho de 2001

RESUMO

A autora descreve o relatório anatomopatológico que serviu de base para a 8ª Reunião de Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia, realizado em 28 de abril de 2001 em Gramado.

INTRODUÇÃO

O formato de um relatório anatomopatológico é muito individual e depende em grande parte do estilo adotado pelo patologista. Os laudos podem ser concisos, do tipo "exame histológico e conclusões" ou do tipo narrativo, com descrição histológica detalhada. O segundo tipo tem grande importância didática, sobretudo em hospitais-escolas envolvidos no treinamento de residentes de Patologia. De todo modo, qualquer que seja a forma adotada, o importante é que nas conclusões todos os elementos significativos para o manuseio clínico

do paciente sejam especificados. Para garantir esse objetivo tem-se elaborado *check lists* como meio mnemônico para assegurar a inclusão de todos os dados relevantes^{6,7,9,19}.

Há uma parte importante para assegurar a boa qualidade do exame histopatológico que independe do patologista: são os cuidados com o manuseio do material no centro cirúrgico e o fornecimento de informações clínicas pelo cirurgião e pelo clínico¹¹. Deve-se assegurar a chegada imediata do espécime, se possível intacto, ao patologista ou sua adequada fixação (em formol a 10% em quantidade cerca de 5 a 10 vezes o volume do material).

A má fixação do material prejudica significativamente a gradação histológica e o exame imunoistoquímico (o excesso de fixação é mais difícil de ser controlado). A orientação topográfica das margens e dos níveis dos linfonodos axilares é dependente do cirurgião. Informações clínicas elementares, como idade da paciente, lateralidade da mama, local do tumor, tipo de espécime (método de retirada), informações radiológicas e sobre radioterapia ou quimioterapia prévias são fundamentais. Em lesões mamárias impalpáveis a radiografia da peça deverá acompanhar o material.

Neste texto, dados sobre o exame macroscópico, como peso e medida da peça, descrição da superfície externa e de corte não foram mencionados por serem requisitos elementares no exame convencional. Roteiros para processamento macroscópico dos espécimes podem ser encontrados em várias publicações^{6,8,14,15,19,20}.

RECOMENDA-SE INCLUIR NO RELATÓRIO FINAL

Órgão

Tipo de espécime

Local do tumor

Características do tumor:

- Dimensões
- Multifocalidade / multicentricidade
- Tipo histológico
- Grau histológico

Invasão vascular:

Status das margens pintadas com nanquim

Menor distância do tumor à margem

Status axilar:

- Número de linfonodos comprometidos / número total de linfonodos encontrados
- Dimensão do maior foco metastático
- Invasão capsular / coalescência

Estadiamento pós-cirúrgico: pTNM

CID

Informações opcionais para o relatório final

Forma do tumor (regular, circunscrito, infiltrativo), necrose tumoral (extensa, focal), infiltração linfoplasmocitária do estroma peritumoral (discreta, moderada, intensa), fibrose, elastose ductal, nível dos linfonodos metastáticos (se marcados), *status* dos linfonodos não-comprometidos (hiperplasia linfática reacional, histiocitose sinusal, repleção adiposa); aspecto do *corpus mammae* não-tumoral.

PARTICULARIDADES DE ALGUNS ESPÉCIMES

Mastectomia

Incluir:

- medida da cavidade pós-tumorectomia e do tumor residual, quando presente
- extensão local do tumor (à pele, papila, fáscia superficial, músculo peitoral)

Espécime de excisão por lesão impalpável detectada à mamografia

- A radiografia do espécime deve acompanhar o material
- Orientação das margens pelo cirurgião
- Referir particularidades do fio metálico (deslocamento, transfixação, etc.)

Espécime de reexcisão

Fundamental: orientação do espécime pelo cirurgião.

Incluir amostras:

- da margem radial
- da margem cavitária, para identificação e medida do tumor residual

Biópsias de fragmentos (*core biopsy*, *mamotomia*)¹⁻⁴

- Correlação radiológica e anatomopatológica: dados discordantes são indicação para biópsia cirúrgica

- Limites do relatório anatomopatológico:

Pode fornecer tipo e grau histológico (ocasionalmente sujeitos a modificações no exame da peça cirúrgica).

Não oferece segurança para:

- avaliação do tamanho do tumor
- extensão de componente *in situ*
- avaliação de margens
- exclusão de invasão quando a amostra só contém carcinoma *in situ* e no diagnóstico de hiperplasia ductal atípica (indicação de biópsia cirúrgica).

Linfonodo sentinela (LS)

O exame anatomopatológico do LS é um tema polêmico. Não existe consenso internacional. Os protocolos variam quanto à utilização de exame intra-operatório, ao número de cortes histológicos examinados e ao emprego de imunoistoquímica para a detecção de possíveis micrometástases nos LS negativos ao exame de rotina em hematoxilina-eosina.

A Sociedade Brasileira de Mastologia realizou, em novembro de 2000 e abril de 2001, reuniões de consenso na tentativa de definir uma metodologia padrão, que não foi alcançada, ficando a utilização de cortes aprofundados e/ou exame imunoistoquímico ao critério de cada serviço²³. Nos EUA, o College of American Pathologists, em reunião multidisciplinar de consenso, recomendou uma forma muito simples e de baixo custo para o exame¹⁶. Consideram suficiente para estudo microscópico o exame de apenas um corte de cada bloco. Não reputam importante a utilização de grande número de cortes aprofundados ou exame imunoistoquímico, por considerarem que ainda não foi demonstrado o impacto clínico dessas micrometástases. Na verdade, o que se tem detectado através da utilização dos anticorpos anticitoqueratina não são mais as clássicas micrometástases definidas no TNM como menores ou iguais a 2 mm, e sim o agrupamento de umas poucas células no leito subcapsular, de significado clínico incerto. A avaliação por imunoistoquímica desses pequenos grupos de células epiteliais isoladas é também precária, pois inclusões de células epiteliais não-neoplásicas podem ocorrer nos linfonodos. Muitos autores chamam a atenção para a necessidade de aguardarem-se os resultados de ensaios clínicos de avaliação dos riscos terapêuticos de QT adjuvante *versus*

benefícios, em micrometástases detectadas pela imunoistoquímica. Sabe-se que os tumores menores de 1 cm, estadiados como N0 pelos métodos convencionais de exame dos linfonodos axilares, recidivam a longo prazo em apenas 10% dos casos, e quimioterapia e hormonioterapia adjuvantes pouco contribuem nesse grupo⁵.

Os critérios indicados pelo College of American Pathologists são:

- macroscopia: cortes longitudinais ao longo do maior eixo a cada 2 mm a 3 mm; submeter todas as fatias a exame histopatológico
- microscopia; um corte de cada bloco

Em nossa opinião a decisão de cortes aprofundados e imunoistoquímica fica ao critério do patologista. Consideramos importante a sua utilização em casos duvidosos; mandatória no carcinoma lobular invasivo; a discutir em tumores > 2 cm (T2 ou tumores maiores); invasão linfática peritumoral no tumor primário; grau histológico 3 (mal diferenciado).

Para o exame intra-operatório utilizamos a seguinte norma:

- macroscopia: dependendo do tamanho do LS corte longitudinal ao meio (duas metades)
cortes longitudinais a cada 5 mm (material a fresco dificulta secções mais delgadas)
- microscopia, *imprint* das fatias
se positivo → selecionar a fatia correspondente para corte histológico
se negativo → escolher ao acaso a fatia mais representativa para exame

Importante

Uso do criostato de preferência ao micrótomo de CO₂; o remanescente da congelação deve ser incluído em parafina.

Linfonodos axilares (linfadenectomia convencional)¹⁶

- Linfonodos macroscopicamente positivos → uma fatia para exame histológico
- Linfonodos macroscopicamente negativos → proceder como no LS

EXEMPLO DE RELATÓRIO FINAL

Quadrantectomia esquerda (quadrante súpero-lateral esquerdo)

Carcinoma ductal invasivo. Grau histológico (Bloom-Richardson modificado por Elston/Ellis): 2 (medianamente diferenciado – soma dos escores = 6).

Áreas de carcinoma ductal *in situ*, padrão sólido e comedônico com microcalcificações.

O tumor mede 1,5 cm de maior diâmetro com 9 mm formado pelo componente invasivo e 6 mm pelo componente *in situ*.

Margens e base de ressecção livres.

A menor margem é a medial, que dista 1 cm do tumor invasivo.

Linfonodos axilares esquerdos (quinze)

Carcinoma ductal metastático em três linfonodos, em um sob forma de micrometástase (< 2 mm) e em dois com até 4 mm de maior diâmetro.

Histiocitose sinusal

p TNM: T1b N1bi MX (referir a edição do TNM)

CID: M8500-3

CHECK LIST

1. Órgão: Mama direita ou esquerda
2. Tipo de espécime:
 - biópsia por agulha grossa (*core biopsy*)
 - por agulha grossa a vácuo (mamotomia)
 - incisional
 - excisional (tumorectomia)
 - Quadrantectomia
 - Quadrantectomia + linfadenectomia axilar
 - Espécime de reexcisão
 - Excisão de ductos principais
 - Mastoplastia

Mastectomia glandular (adenomastectomia)

Mastectomia total; radical modificada; à Halsted

Acrescentar outros procedimentos especiais combinados, como excisão de LS

3. Local do tumor: quadrantes súpero-lateral, súpero-medial, ífero-lateral, ífero-medial; papila; central; cauda axilar
4. Tamanho do tumor
 - maior diâmetro: a macroscopia (cm); a microscopia (mm); não diretamente mensurável:
 - Lesão presente em.....cortes histológicos de um total de.....cortes examinados, medindo..... mm de maior diâmetro
5. Multifocalidade / multicentricidade
6. Tipo histológico

Carcinoma *in situ*

Ductal – padrão arquitetural:

- sólido
- comedônico
- cribriforme
- papilar
- micropapilar
- aderente (*clinging*)
- outros

Lobular

Doença de Paget do mamilo, sem tumor

Doença de Paget do mamilo, com tumor:
in situ; invasivo

Carcinoma ductal invasivo de tipo comum

Carcinoma ductal microinvasivo com predomínio do componente intraductal

Carcinoma ductal invasivo com predomínio do componente intraductal

Carcinoma lobular invasivo. Variantes: túbulolobular, sólida, alveolar, pleomórfica

Carcinoma misto (ductal comum + subtipo especial)

- Carcinoma mucinoso
- Carcinoma tubular
- Carcinoma medular
- Carcinoma papilar
- Outros
7. Grau histológico:
- para o carcinoma invasivo:
- Bloom-Richardson modificado por Elston e Ellis:
- Grau 1 (bem diferenciado) → escore 3 a 5
- Grau 2 (medianamente diferenciado) → escore 6 a 7
- Grau 3 (mal diferenciado) → escore 8 a 9.
para o carcinoma *in situ*:
- Grau nuclear, pelo critério de Bloom-Richardson:
1. (baixo grau)
 2. (grau intermediário)
 3. (alto grau)
- Necrose comedônica (central): puntiforme (focal)
- Grau histológico de Van Nuys:
- Grupo 1: não alto grau, sem comedonecrose
- Grupo 2: não alto grau, com comedonecrose
- Grupo 3: alto grau, tenha ou não comedonecrose
8. Invasão vascular:
- presente: peritumoral; dérmica (carcinoma inflamatório) duvidosa (provável mas insuficientemente definida)
9. *Status* das margens pintadas:
- livres
- menor distância do tumor à margem
- comprometida
- por carcinoma invasivo; por carcinoma *in situ*
- envolvimento focal/ multifocal
- se marcadas pelo cirurgião: especificar qual a margem comprometida ou a menor margem (medial, lateral, superior, inferior, anterior, posterior).

10. *Status* axilar:

número de linfonodos positivos / número total de linfonodos encontrados

número de linfonodos com micrometástases (até 2 mm)

número de linfonodos com metástases > 0,2 cm e < 2cm

número de linfonodos com metástases > 2 cm

referir invasão capsular e coalescência

11. Estadiamento pós-cirúrgico (p TNM) – Versão mais recente: 1997

pT = tamanho do tumor primário

pTis = *in situ*

pT1 ≤ 2 cm

pT1 mic ≤ 0,1 cm

pT1 a > 0,1 cm a 0,5 cm

pT1 b > 0,5 cm a 1 cm

pT1 c > 1 cm a 2 cm

pT2 > 2 cm a 5 cm

pT3 > 5 cm

pT4 parede torácica; pele.

pT4 a – parede torácica

pT4 b – pele com edema e/ou ulceração e/ ou nódulos-satélites

pT4 c – 4 a + 4 b (ambos)

pT4 d – carcinoma inflamatório (permeação de vasos linfáticos dérmicos).

pN = linfonodos regionais

NX → não pode ser acessado

N0 → negativos

N1 → positivo, móvel, axilar

N1a → micrometástase ≤ 0,2 cm

N1b → macrometástases

i → 1 a 3 LN > 0,2 cm a < 2cm

ii ≥ 4 LN > 0,2 cm a < 2 cm

iii extensão extracapsular < 2 cm

iv \geq 2cm

N2 → positivo, fixo, axilar

N3 → positivo, cadeia mamária interna ipsilateral

pM = metástase a distância

MX → não pode ser acessada

MO → ausente

M1 → presente (citar o órgão ou os órgãos envolvidos)

NOTAS

Os números entre parênteses referem-se aos itens da *check list*.

(4) Tamanho do tumor

O tamanho do tumor é dado pelo maior diâmetro do componente invasivo para fins de TNM. É avaliado conforme as possibilidades de visualização à macro (cm) ou à microscopia (mm). Em caso de tumor residual pós-tumorectomia essa medida deverá ser somada à obtida na tumorectomia e o total agregado, utilizado para definição do T dentro do sistema TNM. A medida macroscópica só pode ser tomada como parâmetro se não houver tumor macroscopicamente visível na margem. Caso haja discordância entre a mensuração macro e microscópica, optar pela segunda. Na ocorrência de mais de um tumor a medida é dada pelo tumor maior; tumores bilaterais são estadiados separadamente²⁸.

Carcinoma ductal *in situ* ou componente *in situ* associado à carcinoma invasivo devem ser medidos (dados importantes na decisão de cirurgia conservadora).

(5) Multifocalidade e multicentricidade

Multifocalidade é definida como dois ou mais focos tumorais separados, independentes, a uma distância de até 5 cm (no mesmo quadrante).

Multicentricidade refere-se a dois ou mais tumores distantes mais de 5 cm uns dos outros (em diferentes quadrantes).

(6) Tipo histológico

A classificação histológica segue a padronização do Armed Forces Institute of Pathology (AFIP)¹⁸ e OMS²⁶ e inclui os tipos histológicos mais frequentes. Decidimos

acrescentar o subtipo carcinoma ductal microinvasivo. Embora não haja consenso na literatura quanto à sua definição, a maioria dos autores conceitua microinvasão como foco ou focos com extensão além da membrana basal ductal para o estroma adjacente não-especializado (interductal e interlobular) ou para o tecido adiposo, nenhum dos focos ultrapassando 1 mm de maior diâmetro^{17,24}. Esse é também o critério pelo sistema TNM.

Os tipos especiais (tubular, mucinoso, etc.) só são assim enquadrados quando o padrão especial está presente em mais de 90% da neoplasia. Tumores com proporções do componente especial acima de 10% até 90% são considerados como carcinoma misto (ductal comum + subtipo especial)²⁷. O carcinoma medular é variante pouco freqüente, quando observados todos os critérios para o diagnóstico (bordo circunscrito, padrão de crescimento celular sincicial, alto grau histológico com células neoplásicas indiferenciadas, infiltrado linfoplasmocitário difuso e significativo). Os tumores semelhantes, mas sem todas as características, são denominados carcinomas medulares atípicos. Alguns centros têm utilizado a especificação “invasivo” também para os subtipos especiais de carcinoma, apesar de não constar das classificações da OMS nem da AFIP.

Utilizar o item “outros” do *check list* para subtipos menos comuns de carcinoma *in situ* e invasivo. Esses últimos incluem: os carcinomas apócrino, adenóidecístico, secretório (juvenil), cribriforme, com células gigantes tipo osteoclasto, hipersecretório cístico, com diferenciação endócrina, rico em glicogênio, rico em lipídeos, micropapilar invasivo, com metaplasia, etc.

(7) Grau histológico

Carcinoma invasivo: optar pela utilização do grau histológico (Bloom-Richardson, modificado por Elston e Ellis), com as categorias 1 (bem diferenciado), 2 (medianamente diferenciado), 3 (mal diferenciado). Essa graduação, modificada a partir do grau histológico de Bloom-Richardson¹⁰, é feita pela estimativa do percentual de diferenciação tubular, avaliação do núcleo e contagem mitótica em dez campos de 400X (contar apenas mitoses bem definidas nas áreas mitoticamente mais ativas do tumor). O escore dado à contagem mitótica varia de acordo com a área do campo microscópico utilizado. Portanto, requer o conhecimento da área do campo do microscópio e sua adequação em relação à contagem mitótica¹². O número de mitoses deve ser especificado no relatório, independentemente do grau histológico. Devem ser graduados todos os carcinomas invasivos, inclusive os subtipos especiais, com exceção do carcinoma medular, que será sempre alto grau, apesar do prognóstico relativamente melhor que lhe é atribuído¹³.

Carcinoma ductal *in situ*: o consenso americano sobre classificação do carcinoma *in situ*, de 1997²⁵, não referendou nenhuma classificação em especial e recomendou informar o grau nuclear, a presença de necrose, e o padrão arquitetural (vide *check list*), e a polarização das células neoplásicas, esta última não incluída em trabalhos mais recentes. Pessoalmente optamos pela graduação histológica de Van Nuys, parte integrante do *index* prognóstico de Van Nuys, este último incluindo, além do grau histológico, o tamanho do tumor e o *status* das margens cirúrgicas. A graduação histológica separa os carcinomas ductais *in situ* em: não-alto grau (grupos 1 e 2) e alto grau (grupo 3). O grupo não-alto grau é subdividido de acordo com a ausência ou a presença de comedonecrose, respectivamente grupos 1 e 2^{21,22}.

(8) Invasão vascular

Só deve ser diagnosticada quando indiscutível; dúvidas podem ser manifestadas (invasão vascular provável). Para evitar que artefatos de retração do tecido ou carcinoma *in situ* sejam confundidos com permeação de vasos, fazer a avaliação na periferia do tumor, de preferência em áreas adjacentes a artérias. A imunistoquímica pode ser eventualmente utilizada para identificar a camada endotelial. O grupo de Nottingham chama a atenção para a dificuldade de diferenciar pequenos vasos sanguíneos e linfáticos e recomenda o termo genérico “invasão vascular”¹³.

(9) Status das margens cirúrgicas pintadas

Na literatura não há consenso sobre a definição de margem livre, todavia a maior parte dos autores considera margem livre aquela em que o tumor não toca a margem pintada, mesmo que essa distância seja mínima, daí a necessidade de medir a distância do tumor à margem pintada^{17,24}. Uma adequada avaliação topográfica das margens (medial, lateral, anterior, posterior, superior e inferior) só pode ser feita quando previamente marcadas pelo cirurgião. A marcação com fios de sutura de diferentes tamanhos, nas margens anterior e superior, é suficiente para o patologista posicionar a peça e definir topograficamente todas as margens²⁴. Em espécimes de reexcisão pós-tumorectomia é fundamental a marcação da margem pelo cirurgião.

(10) Status axilar

A medida do foco metastático (até 0,2 cm; > 0,2 cm a < 2 cm; > 2 cm) e o número de linfonodos em cada um desses grupos são parte integrante da definição do pTNM, o mesmo ocorrendo com o relato de invasão capsular ou coalescência de linfonodos. Para fins de TNM, linfonodo intramamário é enquadrado como axilar.

A identificação de linfonodo por nível só poderá ser feita com marcação prévia pelo cirurgião.

KEYWORDS

Breast cancer;
Pathology.

ABSTRACT

The author describes a standardization of the surgical pathology report of breast cancer, presented in the 8th Consensus Meeting of Brazilian Society of Mastology, occurred in April 28th of 2001, in Gramado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU-E-LIMA MCC, MARANHÃO N, COSTA I, BULHÕES TA, ABREU-E-LIMA M. Acurácia da *core biopsy* estereotática no diagnóstico de invasão estromal em lesões mamárias impalpáveis. *Rev Bras Mastol* 1988; 8: 76-80.
2. ABREU-E-LIMA MC, MARANHÃO N, COSTA I, ABREU-E-LIMA M, ABREU-E-LIMA P, PORTO A, CARVALHO ARL. Aumento da especificidade da mamografia no diagnóstico de lesões não palpáveis: valor da *core biopsy* estereotática na exclusão de malignidade. *J Bras Pat* 2000; 36: 118-23.
3. ABREU-E-LIMA MC, MARANHÃO N, COSTA I, ABREU-E-LIMA M, ABREU-E-LIMA P, CARVALHO ARL. Sensibilidade e especificidade da *core biopsy* estereotática no diagnóstico histopatológico das lesões mamárias impalpáveis. *Rev Ass Med Brasil* 1999; 45: 290-4.
4. ABREU-E-LIMA MCC. Anatomia patológica das biópsias estereotáticas *core biopsy* em lesões mamárias impalpáveis: aspectos técnicos e metodológicos, problemas diagnósticos, relatório anatomopatológico. Handout. XIII Congresso Brasileiro de Patologia. Salvador, 2001.
5. ALLRED C, ELLEDGE RM. Caution concerning micrometastatic breast carcinoma in sentinel lymphnodes. Editorial. *Cancer* 1999; 86: 905-7.
6. ALVARENGAM. Carcinoma da mama. In: Bacchi CE, Almeida PCC, Franco M. Padronização de laudos histopatológicos, SBP. RJ: Reichmann & Affonso. 1999; 193-203.
7. ASSOCIATION OF DIRECTORS OF ANATOMIC AND SURGICAL PATHOLOGY. Standardization of the surgical pathology report. *Am J Surg Pathol* 1992; 16: 84-6.
8. ASSOCIATION OF DIRECTORS OF ANATOMIC AND SURGICAL PATHOLOGY. Immediate management of mammographically detected breast lesions. *Am J Surg Pathol* 1993; 17: 850-1.
9. ASSOCIATION OF DIRECTORS OF ANATOMIC AND SURGICAL PATHOLOGY. Recommended reporting format for thyroid carcinoma. *Virchow Arch* 2000; 437: 351-2.
10. BLOOM MJC, RICHARDSON WW. Histologic grading and prognosis in breast cancer. A study of 1.709 cases. *Br J Cancer* 1957; 11: 359-77.
11. CARVALHO ARL. Biópsia. Ministério da Saúde, Divisão Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, 1971; 7-32.
12. ELSTON CW, ELLIS IO. *Systemic pathology – the breast*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone. 1998; 365-84.
13. ELSTON CW, ELLIS IO. Prognostic factors in breast cancer. Handout. Annual Meeting United States and Canadian Academy of Pathology. 2000.
14. HRUBAN RH, WESTRA WH, PHELPS TH, ISACSON C. *Surgical pathology dissection*. New York Springer. 1996; 106-10.
15. NATIONAL CANCER INSTITUTE. Standardized management of breast specimens. *Am J Clin Pathol* 1978; 60: 789-98.
16. COLLEGE OF AMERICAN PATHOLOGISTS Consensus Statement, 1999. Prognostic factors in breast cancer. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 966-78.
17. ROSEN PP. *Rosen's breast pathology*. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1997; 227-93, 837-72.
18. ROSEN PP, OBERMAN HA. Tumors of mammary gland. *Atlas of tumor pathology*. Bethesda: Armed Forces Institute of Pathology 1993; 115-257, 373-83.
19. SCHMITT FCL. Lesões benignas da mama. In: Bacchi CE, Almeida PCC, Franco M. Padronização de laudos histopatológicos, BCP. Rio de Janeiro: Reichmann Affonso. 1999; 186-92.
20. SCHNITT SJ, CONNOLLY JL. Processing and evaluation of breast excision specimens: a clinically oriented approach. *Am J Clin Pathol* 1992; 98: 125-37.
21. SILVERSTEIN MJ, LAGIOS MD, CRAIG PC et al. A prognostic index for ductal carcinoma *in situ* of the breast. *Cancer* 1996; 77: 2267-74.
22. SILVERSTEIN MJ, POLLER DN. In: Silverstein MJ. *Ductal carcinoma in situ of the breast*. Baltimore: Willian & Wilkins. 1997; 247-57.
23. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. 7^a e 8^a Reuniões Nacionais de Consenso. *Rev Bras Mastol* 2001; 3-10.
24. TAVASSOLI FA. *Pathology of the breast*. Connecticut: Appleton and Lange. 1999; 97-114.
25. THE CONSENSUS CONFERENCE COMMITTEE; Consensus Conference of the classification of ductal carcinoma *in situ*. *Cancer* 1997; 80: 1798-892.

26. WHO: Histological typing of breast tumors. Springer. neva, 1981.
27. WEIDER N. Special types of invasive breast carcinoma. Handout Annual Meeting. United States and Canadian Academy of Pathology. New Orleans, 2000.
28. UICC: TNM Atlas. 4ª ed. Berlin: Springer. 1997; 201-12.

Endereço para correspondência:

Maria do Carmo Carvalho de Abreu-e-Lima
R. Pacífico dos Santos, 63
CEP 52010-030 – Recife, PE

NA HIPERCALCEMIA POR TUMOR MALIGNO



Novo ZOMETA 4 mg. O bisfosfonato que normaliza o cálcio com ação rápida, prolongada e potente.¹

rápida

82.6% de normalização do cálcio sérico corrigido no 7º dia, versus 63.6% para o pamidronato 90 mg (P = .005).¹

prolongada

Uma dose única de ZOMETA 4 mg normaliza o cálcio sérico corrigido por 30 dias, versus 17 dias para o pamidronato 90 mg (P = .001).¹

potente

88.4% de normalização do cálcio sérico atingida no 10º dia, versus 69.7% para o pamidronato 90 mg (P = .002).¹

Rápida infusão em 15 minutos.

Em andamento estudos para tratamento/prevenção de metástases ósseas e efeito anti-tumoral (em animais).

ZOMETA®
ácido zoledrônico

Forma farmacêutica e apresentações: Pó para solução injetável para infusão intravenosa acondicionado em frasco-ampola + ampola diluente. Embalagem contendo 1 frasco-ampola + 1 ampola diluente. **Indicações:** Tratamento da hipercalemia induzida por tumor. **Contra-indicações:** Em pacientes com hipersensibilidade clinicamente significativa ao ácido zoledrônico, outros bisfosfonatos ou a qualquer dos componentes da formulação. **Precauções e advertências:** Os parâmetros metabólicos padrões relacionados com a hipercalemia, tais como os níveis séricos de cálcio, fosfato e magnésio devem ser cuidadosamente monitorados após o início da terapêutica com ZOMETA. Os bisfosfonatos estão associados com relatos de disfunção renal. Em vista da possibilidade da elevação dos níveis de creatinina sérica e da falta de dados disponíveis em pacientes com insuficiência renal grave (creatinina sérica ≥ 400 mcmol/L ou $\geq 4,5$ mg/dl), a utilização de ZOMETA não deve ser recomendada nesses pacientes exceto se os benefícios superarem os riscos. Nos pacientes que necessitem de administrações repetidas de ZOMETA, a creatinina sérica deve ser avaliada antes de cada dose. Pacientes com evidência de deterioração da função renal devem ser avaliados adequadamente, e considerações sobre o potencial benefício e os possíveis riscos devem ser avaliados. A segurança e eficácia de ZOMETA em pacientes pediátricos não foi estabelecida. **Gravidez e lactação:** ZOMETA não deve ser utilizado durante a gravidez, exceto em casos de real necessidade. ZOMETA não deve ser utilizado em lactantes. **Interações medicamentosas:** Nos estudos clínicos, ZOMETA foi administrado concomitantemente a agentes anti-cancerígenos, diuréticos, antibióticos e analgésicos de uso comum, sem ocorrência de interações clinicamente aparentes. Recomenda-se precaução quando os bisfosfonatos são administrados com aminoglicosídeos. Também deve-se ter atenção à possibilidade de desenvolvimento de hipomagnesemia durante o tratamento. **Reações adversas:** As reações adversas ao ZOMETA são geralmente leves e transitórias e semelhantes às relatadas para outros bisfosfonatos. Muito comum: febre. Comum: pancitopenia, confusão, conjuntivite, náusea, vômito, prurido, eritema, rash (erupção), dor esquelética, fadiga, artralgia, bradicardia, elevação do nível de creatinina, dor no peito, alteração do paladar, sede, hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia. Incomum: trombocitopenia, cefaléia. Muito rara: insuficiência renal aguda. Apesar de não observada com ZOMETA, a administração de bisfosfonatos foi associada com broncoconstrição em pacientes asmáticos sensíveis ao ácido acetilsalicílico. **Posologia:** 4 mg em infusão EV em 15'. Nos pacientes em falha ou tratamento posterior (re-tratamento), que revelam uma resposta inicial completa (normalização do cálcio sérico $< 2,7$ mmol/L) e recidivaram ou aquele refratário ao tratamento inicial podem receber um tratamento posterior com ZOMETA 8 mg em infusão intravenosa de 15 minutos em dose única. Contudo, há que decorrer no mínimo uma semana antes da repetição do tratamento para permitir uma resposta completa à dose inicial. **Insuficiência renal:** Estudos com ZOMETA no tratamento da hipercalemia incluiu pacientes com creatinina sérica < 400 mcmol/L ou $< 4,5$ mg/dl. Nos pacientes que necessitam administração repetida de ZOMETA a creatinina sérica deve ser mensurada anteriormente à administração da dose (veja: "advertências e precauções"). **Superdosagem:** Não há experiência de intoxicação aguda com ZOMETA. Os pacientes que receberam doses mais elevadas do que as recomendadas devem ser cuidadosamente monitorados. Na eventualidade de hipocalcemia clinicamente significativa, a reversão pode ser conseguida com uma infusão de gluconato de cálcio.

 **NOVARTIS**

NOVARTIS BIOCÊNCIAS S.A.
Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90
São Paulo - SP - CEP 04706-900
Caixa Postal 21.460 - @ = Marca registrada
www.novartisfarmacom.br

Vida com Qualidade, nosso compromisso.

Ref.:1. Major P, Lortholary A, Hon J, et al. J Clin Oncol. In press
Data on file. Novartis Pharma AG

 **SIC**
Serviço de Informações
ao Cliente
0800-113003
Ligação Gratuita



A Escolha Certa Reduz o Risco e Prolonga a Vida.¹

Herceptin

Trastuzumab

anticorpo monoclonal anti-HER2^e

www.cancernet.com.br

1. Slamon DJ, et al. Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2 for metastatic breast cancer that overexpresses HER2. *N Engl J Med* 2001;344(11):783-92.

Apresentação: Frasco multidose/440mg. **USO ADULTO. Composição:** Trastuzumab. **Indicações:** Câncer de mama metastático que superexpresse HER2. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade. **Precauções e advertências:** descontinuar em reações infusionais graves, tratar e monitorar. Cautela na falência cardíaca: monitorar. **Gravidez:** Avaliar custo-benefício. **Lactação:** Uso não recomendado. **Reações adversas:** Dor abdominal, nas costas, no pescoço e torácica, astenia, calafrios, febre, síndrome gripal, cefaléia, infecção; náusea, vômitos, tremores, tontura, erupção cutânea; reações anafilactóides: casos isolados; insuficiência cardíaca; toxicidade hematológica e hepática: infrequente. Diarréia; taquicardia; desidratação, edema, hipocalcemia; artralgia; hipertonia, insônia; exacerbação da tosse, dispnéia, epistaxe, faringite, rinite, sinusite; acne, Herpes simplex, erupção cutânea. **Posologia:** Ataque: 4mg/kg EV por 90 minutos. Interromper para controlar os sintomas (associados à infusão) e esta pode ser retomada quando houver resolução dos sintomas. Doses subsequentes: 2mg/kg EV por 30 minutos, semanalmente. Uma vez preparada a diluição, deve-se proceder imediatamente a infusão. Caso tenha sido diluída assepticamente, pode ser armazenada durante 24 horas sob refrigeração de 2oC a 8oC. Recomenda-se o uso até a progressão da doença. Não utilizar SG 5% para diluição e não misturar com outras drogas. Testar HER2 antes de administrar. - Reg. MS- 1.0100.0552

Informações detalhadas sobre o produto encontram-se disponíveis sob solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. - Caixa Postal 1513 - CEP 01059-970



Inovando em saúde

FEMARA®

LETROZOL

Formas farmacêuticas e apresentações: Comprimidos revestidos contendo 2,5 mg letrozol. Caixas com 28 comprimidos.

Indicações: Câncer de mama avançado em mulheres na pós-menopausa, que tenham sido tratados previamente com antiestrogênicos.

Contra-indicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Pré-menopausa, endócrina. Gravidez e lactação.

Precauções e advertências: Considerar cuidadosamente o potencial de risco/benefício para cada paciente antes de se administrar FEMARA.

Interações medicamentosas: Em um grande estudo clínico, não houve evidência de interações clinicamente relevantes em pacientes que recebiam outros fármacos comumente prescritos (ex., benzodiazepínicos, barbituratos, antiinflamatórios não esteroidais, como diclofenaco sódico; ibuprofeno; paracetamol; furosemida; omeprazol, cimetidina e warfarina). Não existe experiência clínica até o momento sobre o uso de FEMARA em combinação com outros agentes anti-neoplásicos.

Reações adversas: Incidência superior a 2%: cefaléia, náusea, edema periférico, fadiga, ondas de calor, adelgaçamento dos cabelos, erupção cutânea, vômito, dispepsia, aumento de peso, dores músculo-esqueléticas, anorexia.

Posologia: Adultos e pacientes idosas - 2,5 mg uma vez ao dia. O tratamento com FEMARA deve continuar até que a progressão do tumor seja evidente. Nenhum ajuste de dose é necessário para tratamento de pacientes idosas ou de pacientes com insuficiência renal ou hepática.

Superdosagem: Não existe experiência de superdosagem com FEMARA. Não se conhece nenhum tratamento específico para superdosagem, devendo-se proceder o tratamento sintomático e de suporte.

Nota: Informações completas para prescrição disponíveis mediante solicitação.

Referências Bibliográficas

- 1 - A Randomized Double-Blind Multicenter Study of Pre-Operative Tamoxifen Versus Femara (letrozole) for Postmenopausal Women with ER and/or PgR Positive Breast Cancer Ineligible for Breast-Conserving Surgery. Correlation of Clinical Response with Tumor Gene Expression and Proliferation. Ellis MJ, 1 Jaenicke F, 2 Llombart-Cussac A, 3 Mauriac L, 4 Vinholes J, 5 COOP A, 6 Singh B, 6 Dugan M, 7 Evans DB, 8 Chaudri HA, 8 Borgs M, 8 and the Letrozole Neoadjuvant Breast Cancer Study Group. 1Breast Cancer Program, Duke University, Durham, NC; 2Universitaets Frauen-und Poliklinik, UKE, Hamburg, Germany; 3Instituto Valenciano de Oncologia, Valencia, Spain; 4Institut Bergonie, Bordeaux, France; 5Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil; 6Georgetown University, Washington, DC; 7Novartis Pharmaceuticals, East Hanover, NJ; 8Novartis Pharma AG, Basel, Switzerland, Abst. 14San.Ant. General Sessions I, 2000.
- 2 - Femara® (Letrozole) Showed Significant Improvement in Efficacy over Tamoxifen as First-Line Treatment in Postmenopausal Women with Advanced Breast Cancer. Smith R, 1 Sun Y, 2 Garin A, 3 Fein L, 4 Sleeboom HP, 5 Chaudri H, 6 Dugan M, 6 Staffler B, 6 Brady C, 6 on Behalf of the Letrozole International Breast Cancer Study Group. 1South Carolina Oncology Associates, Columbia, SC; 2Cancer, Hospital, Beijing, China; 3Cancer Research Center, Moscow, Russia; 4Centro Oncologico, Rosario, Argentina; 5Ziekenhuis Leyenburg, Den Haag, The Netherlands; 6Novartis Pharma, Basel, Switzerland, Abst. 8 San.Ant. General Sessions I, 2000.
- 3 - Femara® (Letrozole) Suppresses Plasma Estrogens More Completely Than Anastrozole—Jurgen Geisler, Gun Anker (Haukeland Hospital, University of Bergen, Bergen, Norway) Mitch Dowsett (Royal Marsden Hospital, London) Per Eystein Lonning, Haukeland Hospital, University of Bergen, Bergen, Norway, Abst. 394 Asco 2000.
- 4 - Monografia - Oc. Acetato mg. Druxbernowsky P, Smith I, Falhsou G et al. Letrozole, a new oral aromatase inhibitor for advanced breast cancer, double-blind randomized trial showing a dose effect and improved efficacy and tolerability compared with megestrol acetate, J Clin Anal 1998; 16,453-464.

ARIMIDEX®

Anastrozol

INDICAÇÃO: Tratamento do câncer de mama avançado em mulheres pós-menopáusicas. **POSOLOGIA:** Adultas (incluindo idosas): 1mg por via oral uma vez ao dia (favor consultar a bula que acompanha o produto antes de prescrever). **CONTRA-INDICAÇÕES:** ARIMIDEX é contra-indicado: durante a gestação ou lactação; em mulheres pré-menopáusicas; em pacientes com insuficiência renal severa (clearance de creatinina abaixo de 20 ml/min); em pacientes com doença hepática moderada a severa. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** Não se recomenda o uso de ARIMIDEX em crianças e em mulheres pré-menopáusicas porque a segurança e a eficácia não estão bem estabelecidas nestes grupos de pacientes. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Os estudos de interação clínica com antipirina e cimetidina indicam que é improvável que a administração concomitante de ARIMIDEX e outras drogas resulte em interações medicamentosas clinicamente significativas mediadas pelo citocromo P450. Uma revisão da base de dados dos estudos clínicos sobre segurança não revelou evidências de interações clinicamente significativas em pacientes tratados com ARIMIDEX que também receberam outras drogas geralmente prescritas. Não se dispõe de informações clínicas até o presente sobre o uso de ARIMIDEX em combinação com outras drogas antineoplásicas. Os tratamentos com estrogênio não devem ser administrados concomitantemente com ARIMIDEX porque eles tornam ineficaz sua ação farmacológica. **REAÇÕES ADVERSAS:** ARIMIDEX geralmente é bem tolerado. As reações adversas têm sido leves a moderadas, com poucas suspensões de tratamento por reações indesejáveis. A ação farmacológica de ARIMIDEX pode dar origem a certos efeitos esperados. Entre eles, incluem-se rubores, secura vaginal e adelgaçamento dos cabelos. ARIMIDEX também pode se associar com distúrbios gastrointestinais (anorexia, náuseas, vômitos e diarreia), astenia, sonolência, cefaléia e exantema. Após mudarem de um tratamento hormonal para tratamento com ARIMIDEX, foi relatado pouco frequentemente e principalmente durante as primeiras semanas, sangramento vaginal nas pacientes. Se o sangramento persistir, uma avaliação adicional deve ser considerada. Foram descritas alterações hepáticas (gama-GT elevado ou, mais raramente, fosfatase alcalina elevada) em pacientes com câncer de mama avançado, muitas das quais apresentavam metástases hepáticas e/ou ósseas. Não se estabeleceu uma relação causal para essas alterações. Também foram observados pequenos aumentos do colesterol total nos estudos clínicos feitos com ARIMIDEX.

Maiores informações à disposição da classe médica mediante solicitação.



Daniela Francescato Veiga
 Joel Veiga Filho
 Priscila Arruda Bruno
 Miguel Sabino Neto
 Elvio Bueno Garcia
 Lydia Masako Ferreira

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA TARDIA COM O RETALHO MUSCULOCUTÂNEO TRANSVERSO DO RETO ABDOMINAL DESEPIDERMIZADO

Rev bras Mastol 2001; 11 (3): 113-116

Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

UNITERMOS

Reconstrução da mama;
 Mastectomia.

RESUMO

As indicações para reconstrução mamária têm sido bastante afetadas por mudanças na abordagem cirúrgica do câncer mamário, com a realização de procedimentos muito menos invasivos, graças ao diagnóstico precoce. O uso do retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal (TRAM) para reconstrução mamária é amplamente aceito e suas indicações têm sido bem definidas nos últimos anos. Descrevemos a reconstrução mamária realizada em uma paciente de 35 anos, submetida à mastectomia com preservação de pele há 14 anos e 6 meses, que desejava reconstrução com tecido autólogo, apesar de apresentar boas condições locais para reconstrução com prótese. O retalho TRAM desepidermizado mostrou-se alternativa interessante para pacientes selecionadas, especialmente aquelas com morfologia abdominal favorável à realização do retalho e que recusam o uso de implantes, proporcionando reconstrução completamente autóloga, com resultado estável e natural.

Aceito para publicação em abril de 2001

INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, cirurgias conservadoras têm tido indicação ampliada nas pacientes portadoras de câncer da mama, mas a mastectomia continua sendo o melhor tratamento para muitas delas. Por muito tempo considerada prejudicial ao tratamento oncológico de pacientes portadoras de câncer da mama, atualmente a reconstrução mamária difunde-se por todo o mundo, e admite-se que não aumente o risco de recidivas e não retarde o diagnóstico de recidivas locais.

O implante de próteses de silicone gel ou salinas é tecnicamente a forma mais simples de reconstrução ma-

mária, mesmo quando é necessária a expansão tecidual preliminar. Entretanto, algumas mulheres recusam o uso de implantes, solicitando a utilização de tecidos autólogos como condição para a reconstrução mamária.

Até 1980, o retalho musculocutâneo do grande dorsal era a primeira escolha para a transferência de tecidos distantes quando o retalho era necessário. A partir de sua introdução, em 1982, o TRAM tem substituído progressivamente o uso do grande dorsal na preferência dos cirurgiões reparadores, por apresentar inúmeras vantagens, como a cicatriz de área doadora bem posicionada, a conveniência de se operar a paciente em posição supina e proporcionar mama completamente reconstruída com tecido autólogo².

Em casos selecionados, o TRAM desepidermizado pode ser indicado para reconstrução pós-mastectomia com preservação de pele, com resultados bastante satisfatórios⁵.

APRESENTAÇÃO DO CASO

V.F.S., 35 anos, procedente de Minas Gerais, procurou o ambulatório de Cirurgia Plástica encaminhada pelo Serviço de Mastologia, com história de ter sido submetida à adenomastectomia à direita por carcinoma *in situ* há 14 anos e 6 meses, em outro serviço. A paciente desejava ter sua mama reconstruída, porém mostrou-se reticente quanto ao desejo de reconstrução autóloga, repudiando veementemente a possibilidade de inclusão de uma prótese.

Ao exame físico observamos mastectomia à direita, com preservação da pele, da musculatura e do complexo aréolo-papilar, que se encontrava aderido ao plano muscular (Figura 1).

Planejamento

Levando-se em conta os anseios da paciente, e uma vez que esta apresentava prole constituída (duas gestações e dois partos naturais, sendo o último há 12 anos), não era tabagista e não apresentava nenhum outro fator de risco para reconstrução com tecido autólogo, optamos pela realização do retalho musculocutâneo transverso do reto abdominal desepidermizado



Figura 1 – Pré-operatório

para reconstrução da mama, apesar de existirem boas condições locais para reconstrução com prótese.

Demarcamos previamente a ilha cutânea no abdome inferior e a área a ser descolada na região receptora do retalho.

Técnica operatória

O primeiro tempo cirúrgico foi realizado em setembro de 1999. Com a paciente sob anestesia geral, ressecamos, inicialmente, a cicatriz prévia da mastectomia, na região do sulco inframamário direito, e procedemos ao descolamento em plano supra-muscular (observamos ausência da fáscia do músculo peitoral), preparando, assim, a área receptora do retalho.

Em seguida, procedemos à realização do retalho, segundo a técnica convencional, baseado no músculo reto abdominal esquerdo (Figura 2). O retalho foi rodado para a área do defeito, desepidermizado, modelado e posicionado de maneira a suprir a falta de volume mamário (Figura 3).

A parede abdominal foi fechada de maneira apropriada e reforçada com tela de Márlex, e instalamos drenos de sucção a vácuo no abdome e sob o retalho.

A paciente evoluiu bem, não apresentando complicações pós-operatórias, e 5 meses depois (fevereiro de 2000) foi submetida ao segundo tempo cirúrgico, quando realizamos mamoplastia periareolar contralateral para simetria e revisão das cicatrizes abdominais.



Figura 2 – Retalho TRAM monopediculado

DISCUSSÃO

A maioria das mulheres que optam pela reconstrução o faz pela necessidade de restaurar sua feminilidade, imagem e integridade corporal, danificadas pela mastectomia.

A reconstrução mamária com implantes pode ser realizada na maioria dos hospitais, pela maioria dos cirurgiões e na maioria das pacientes, e é relativamente segura: em caso de insucesso, o implante é removido e a paciente não apresenta seqüelas ou cicatrizes adicionais. Entretanto, tem desvantagens: a aparência da mama reconstruída não é tão natural, e a incidência de contratura capsular é alta: após 4 anos, é de pelo menos 30%, e aumenta nos anos subsequentes³. Por esta razão, a reconstrução com implantes em pacientes jovens tem grandes chances de insucesso com o decorrer dos anos. Além disso, com o envelhecimento da paciente, esta pode ganhar peso e a mama contralateral pode aumentar de volume, levando a assimetria.

Segundo Shestak, o retalho TRAM é atualmente incomparável em sua capacidade de reconstruir a mama após a mastectomia, permanecendo o “padrão-ouro” da reconstrução mamária⁴. Trata-se de procedimento complexo e trabalhoso, mas um cirurgião experiente, bem preparado para a técnica e que realiza esta cirurgia com freqüência pode oferecer à paciente mastectomizada procedimento de reconstrução seguro, com resultado satisfatório e duradouro.

Alderman et al. observaram, em estudo com 212 pacientes submetidas à reconstrução mamária, maior aceitação por parte das pacientes das técnicas utilizando tecido autógeno, talvez por se sentirem menos seguras em relação aos implantes, especialmente devido à recente discussão pública sobre a não comprovada associação entre doenças auto-imunes e implantes mamários. Observaram ainda que as pacientes parecem concordar com o consenso crescente na literatura de que reconstruções com tecido autógeno oferecem resultados melhores se comparados aos das técnicas com implantes¹. Assim, em casos selecionados, o uso do retalho TRAM desepidermizado constitui-se alternativa bastante interessante para a reconstrução mamária.

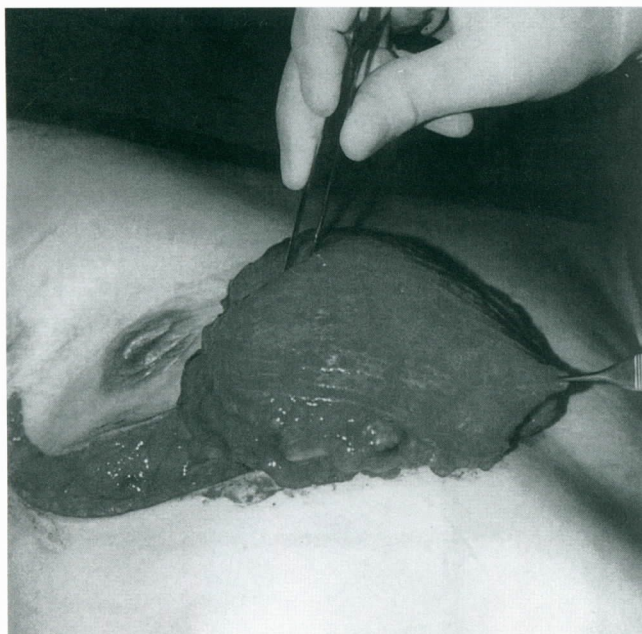


Figura 3 – Retalho desepidermizado e modelado

Em seu retorno no primeiro ano pós-operatório, observamos resultado estético bastante satisfatório e estável, além de grande satisfação da paciente com o resultado (Figura 4).

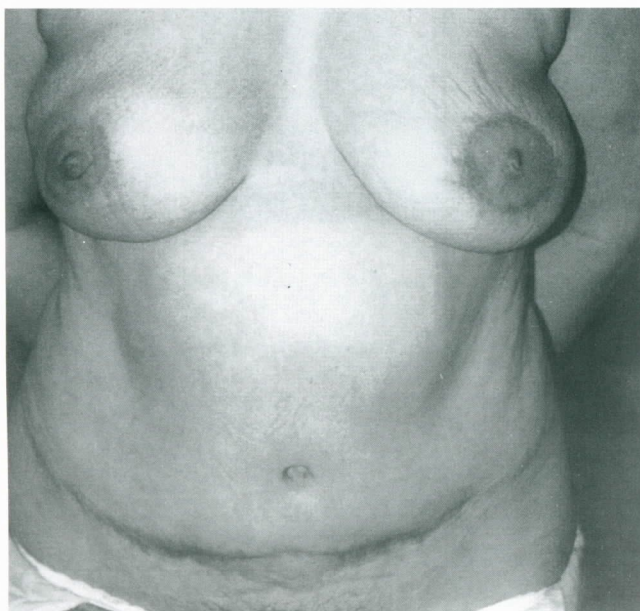


Figura 4 – Pós-operatório de 1 ano

KEYWORDS

Breast reconstruction;
Mastectomy.

ABSTRACT

LATE BREAST RECONSTRUCTION WITH DEEPIDERMALIZED TRANSVERSE RECTUS ABDOMINIS MUSCULOCUTANEOUS FLAP

Indications for breast reconstruction have been affected by changes in the surgical approach to breast cancer, with the use of much less mutilating procedures after early diagnosis. The use of the transverse rectus abdominis musculocutaneous flap for breast reconstruction is widely accepted and indications have been well-defined over the past years. We report the breast reconstruction performed in a 35 years-old patient, submitted to a skin-sparing mastectomy 14 years and 6 months before, who desired an autologous breast reconstruction, despite the presence of good local conditions to an implant reconstruction. The deepidermalized TRAM flap is an interesting alternative for selected patients, especially those with an adapted abdominal morphology and who refuse implants, allowing stable and natural autologous breast reconstruction.

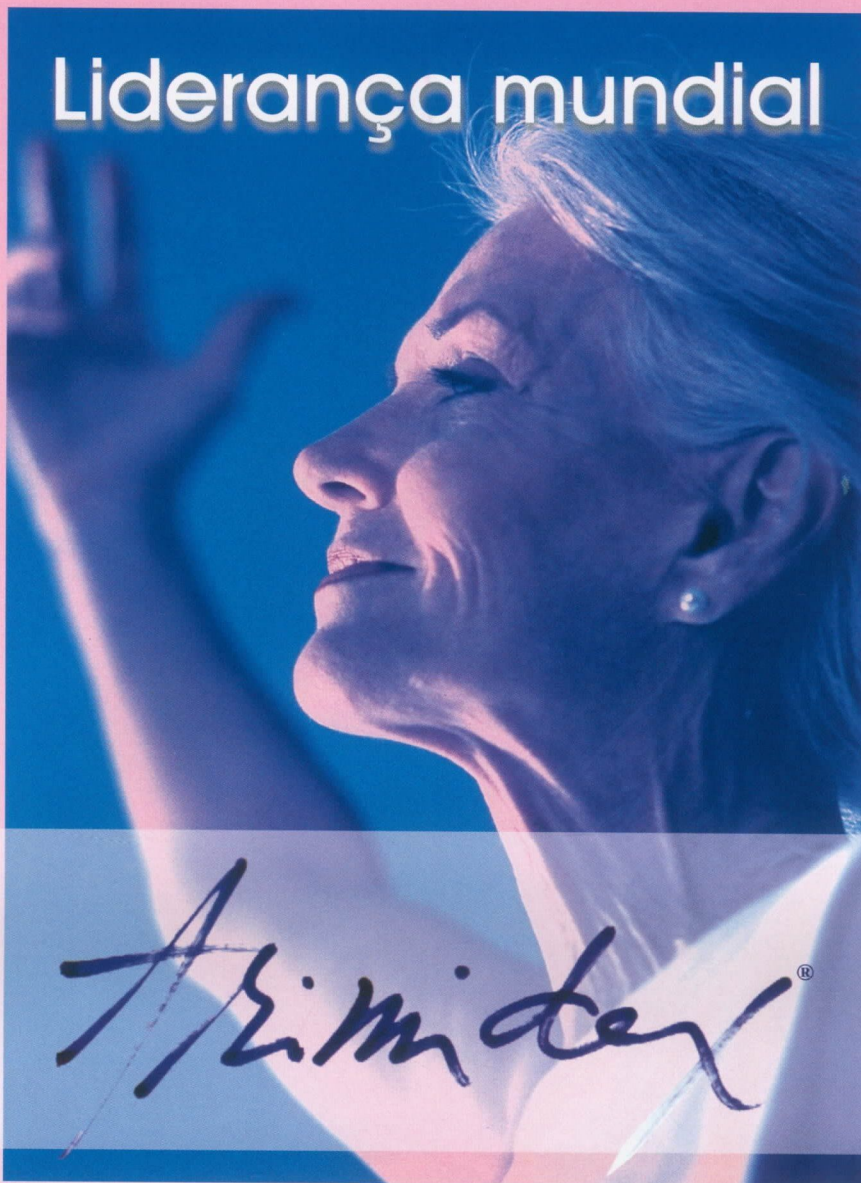
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALDERMAN AK, WILKINS EG, LOWERY JC, KIM M, DAVIS JA. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 769-76.
2. HARTRAMPF JR CR, SCHEFLAN M, BLACK P. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69: 216-25.
3. KROLL SS. Why autologous tissue? *Clin Plast Surg* 1998; 25: 135-43.
4. PETIT JY, LEHMANN A, MOURIESSE H, RIETJENS M. Résultats à long terme après reconstruction mammaire. *Helv chir Acta* 1998; 55: 869-77.
5. SHESTAK KC. Breast reconstruction with a pedicle TRAM flap. *Clin Plast Surg* 1998; 25: 167-82.

Endereço para correspondência:

*Daniela Francescato Veiga
Av. Coronel Armando Rubens Storino, 1.100
Jardim Paraíso
CEP 37550-000 – Pouso Alegre, MG*

Liderança mundial



Arimidex®

O inibidor da aromatase *mais prescrito*
no Brasil e no mundo¹

Arimidex®
Anastrozol

Agora pode ser considerado como o novo padrão
em primeira linha de tratamento para mulheres
na pós menopausa com câncer de mama avançado.^{2,3}

1. Dados do IMS Health Nov 2000. 2. Vergote I *et al.* Randomised study of anastrozole versus tamoxifen as first-line therapy for advanced breast cancer in postmenopausal women. *EUR J Cancer* 2000; 36(04): S84-5. 3. Nabholz J M *et al.* Anastrozole is superior to tamoxifen as first-line therapy for advanced breast cancer in postmenopausal women: results of a North American multicenter randomized trial. *Arimidex Study Group. J Clin. Oncol* 2000; 18(22): 3758-67.

A bula se encontra no corpo desta revista.

AstraZeneca do Brasil Ltda
Rod Raposo Tavares km 26,9
06714 025 Cotia SP Brasil

ACCESS net 0800 14 55 77
SAC 0800 14 55 78
www.astrazeneca.com.br

AstraZeneca 
ONCOLOGIA



HERe

A Vontade de Viver está Superexpressa.

O livro com a melhor trilha sonora do ano



“Uma eficiente introdução à vida e obra do maior interprete de música popular de século 20”.

Amir Labaki
Folha de São Paulo

nas melhores livrarias ou
pelo telefone (11) 3263-1322

TAMBÉM DO AUTOR: *CINEMA FALADO*



As melhores (e as piores) frases
do cinema de todos os tempos

Renzo Mora



Antônio S. S. Figueira Filho
Ana Leide G. Santos
Tarciane C. Ramalho
Alexandre A. G. Alves
Márcia D. S. C. Freitas

FIBROADENOMA JUVENIL

Rev bras Mastol 2001; 11 (3): 117-120

*Disciplina de Mastologia da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade de Pernambuco – Hospital
Universitário Oswaldo Cruz.
Recife – PE*

UNITERMOS

Mama;
Fibroadenoma.

Aceito para publicação em julho de 2001

RESUMO

Fibroadenoma juvenil é uma neoplasia benigna mamária pouco freqüente. Os autores relatam o caso de uma criança de 10 anos portadora desta afecção antes da menarca e discutem aspectos do diagnóstico e do tratamento.

INTRODUÇÃO

O fibroadenoma é uma neoplasia benigna da mama, que atinge mulheres entre 15 e 33 anos. Apresenta-se como nódulo de cerca de 2 cm de diâmetro, podendo ser isolado ou múltiplo, uni ou bilateral, geralmente bem delimitado, móvel e de consistência fibroelástica³.

É um tumor de crescimento lento, que tende a cesar em torno de 2 a 3 cm de diâmetro. Nas adolescentes, porém, pode atingir grandes proporções, até mais que 10 cm, sendo então chamado de fibroadenoma “juvenil”, “gigante”, “celular”, entre outras designações.

Foram identificados receptores estrogênicos nesses tumores, o que pode explicar seu comportamento hormônio-dependente, com crescimento durante a gravidez e regressão após a menopausa³.

A mamografia não está indicada para mulheres jovens, já que a hiperdensidade do parênquima dificulta a caracterização desses nódulos. Entretanto pode ser bem empregada em mulheres acima de 35 anos, com certo grau de lipossustituição mamária. À ultra-sonografia mostra-se como nódulo hipoecóico, bem delimitado e com reforço acústico posterior.

Histologicamente, apresenta-se como tumor misto, com proliferação epitelial e conjuntiva⁵.

APRESENTAÇÃO DO CASO

J.M.S., 10 anos, sexo feminino, foi atendida em setembro de 98 e relatava história de aumento das mamas bilateralmente há 8 meses, acompanhada de hiperemia, dor local e aumento de temperatura da pele.

De antecedentes, ainda não havia tido a menarca, pubarca há 1 ano, telarca há 8 meses (com crescimento progressivo), sem doenças associadas e passado negativo para câncer da mama na família.

Ao exame, apresentava bom estado geral, mamas hipertróficas, assimétricas, tendo a mama direita aproximadamente o dobro do volume da esquerda, ambas hiperemiadas, com aumento da temperatura, fissuras e distensão local da pele principalmente ao nível dos complexos aréolo-mamilares, levando à discromia dos mesmos (Figura 1). Não havia presença de nodularidade ou massas palpáveis, mas um endurecimento difuso das mamas. Observavam-se complexos aréolo-papilares no estágio IV de Marshall e Tunner, com papila plana e elevação da aréola, sem pêlos periareolares. Era visível a rede venosa subdérmica com aumento do calibre dos vasos, sem, no entanto, abaular a pele. Havia axilas negativas e ausência de linfonodos palpáveis nas cadeias supra e infraclaviculares.

Realizaram-se exames hormonais, com discreto aumento do LH, FSH e estradiol; função tireoideana normal; prolactina normal; pesquisa negativa para microfilária; tomografia de tórax e abdômen normais.

À ultra-sonografia das mamas, evidenciava-se um parênquima glandular hiperecogênico homogêneo bilateralmente, sem alteração da arquitetura glandular.

À mamografia podia-se perceber espessamento edematoso cutâneo bilateral, com hiperdensidade difusa



Figura 1 – Aspecto clínico inicial

e homogênea, porém sem alterações vasculares, gânglios axilares ou imagens nodulares.

Realizou-se ainda uma PAAF, que sugeriu tratar-se de fibroadenoma e, posteriormente, uma biópsia, que revelou um processo inflamatório crônico ulcerado e inespecífico.

As mamas rapidamente atingiram proporções gigantescas, dobrando o seu volume em um intervalo de um mês, e exibindo, na mama direita, uma ulceração no local da biópsia, secundária a esse crescimento acelerado (Figura 2).

Em janeiro de 99 foi proposta mastoplastia segmentar bilateral com finalidade terapêutica e diagnóstica, já que, após exaustiva investigação, o diagnóstico ainda não tinha sido firmado.

Apesar de ter sido realizada infiltração salina subcutânea de adrenalina no início da cirurgia, a paciente apresentou sangramento significativo, decorrente do grande volume e da neovascularização dos tumores mamários, sendo infundidas duas unidades de concentrados de hemácias no transoperatório.

O achado cirúrgico foi de grande tumoração em ambas as mamas, sendo retirado cerca de 1,5 kg de cada mama.

O resultado do exame anatomopatológico foi fibroadenoma bilateral e alteração funcional benigna da mama esquerda, caracterizada por fibroesclerose



Figura 2 – Aspecto clínico após um mês. Ulceração na área de biópsia

e ectasia ductal. Havia também dermatite crônica ulcerada bilateral.

A paciente apresentou boa evolução no pós-operatório, porém o resultado estético não foi satisfatório, devido às extensas cicatrizes queiloideanas. Após um ano, em janeiro de 2000, foi realizada a ressecção dessas cicatrizes, seguida de sutura intradérmica com monocryl 5-0, melhorando o resultado estético final, embora, por questões pessoais, a paciente não tenha se submetido à betaterapia indicada (Figura 3).

O acompanhamento clínico e ultra-sonográfico após a cirurgia mantêm-se sem anormalidades e, 9 meses após a cirurgia, em outubro de 1999, a paciente apresentou a menarca.

DISCUSSÃO

O fibroadenoma gigante é uma neoplasia benigna da mama, de rara ocorrência, sendo mais comum em pacientes adolescentes, porém rara antes da menarca².

Apesar de a etiologia permanecer desconhecida, sabe-se que os estrógenos são importantes fatores de crescimento para este tipo de neoplasia⁴. No caso relatado, a ocorrência antes da menarca ratifica esta hipótese

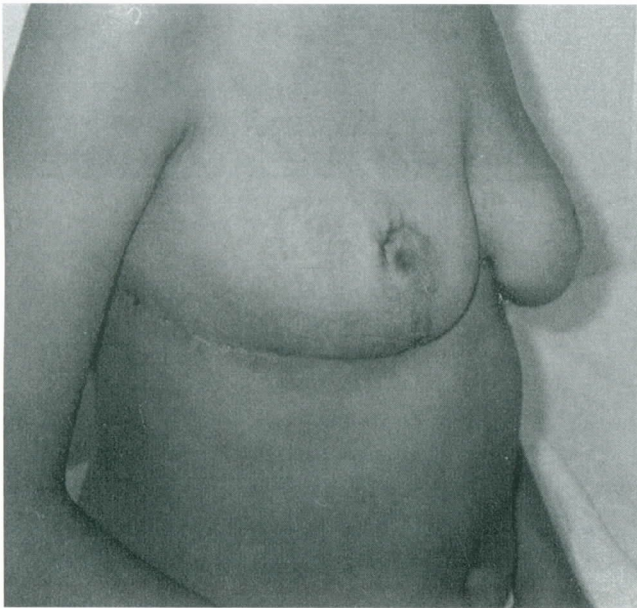


Figura 3 – Aspecto pós-operatório tardio

etiológica, uma vez que, na puberdade, durante o desenvolvimento dos primeiros caracteres sexuais secundários – pubarca, telarca –, já há aumento dos níveis de estrogênio circulante, o que induziria o crescimento exagerado desses tumores.

Habitualmente não há sintomas, porém, no caso descrito, a paciente apresentava aumento desproporcional e assimétrico de ambas as mamas, associado a uma massa, na mama direita, que crescia rapidamente, causando deformidades mamárias e fissuras na pele e predispondo a dermatite crônica, caracterizada pela hiperemia, dor e aumento de temperatura local.

O exame complementar mais adequado é a punção aspirativa por agulha fina (PAAF)³, que foi executada em outro serviço, dando o diagnóstico de fibroadenoma. A velocidade de crescimento desses tumores é lenta, e quando rápida eles chegam a duplicar seu tamanho em torno de seis meses. Nesse caso, porém, essa duplicação se deu em pouco mais de um mês. Esse crescimento acelerado sugeria a possibilidade de um tumor filóide, daí a necessidade da biópsia incisional, realizada neste serviço, confirmando o diagnóstico de fibroadenoma.

A mamografia, conforme esperado para a idade da paciente em questão, foi pouco elucidativa. A ultrasonografia tem indiscutível utilidade no diagnóstico desses tumores^{1,2,3}, mas no caso reportado também não caracterizou a lesão da mama direita.

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica. Alguns autores recomendam conduta expectante até 1 cm, que pode estender-se até 2 cm nas mulheres com menos de 25 anos. Após essa idade, sugerem a realização de PAAF, seguida de acompanhamento periódico quando a citologia é indicativa de fibroadenoma². Outros autores recomendam a excisão cirúrgica em tumores acima de 2 cm nas mulheres com menos de 25 anos, e *core biopsy* ou ressecção cirúrgica dos tumores palpáveis em mulheres com mais de 25 anos.

No caso de fibroadenoma gigante, várias modalidades de tratamento são encontradas na literatura mundial, desde a simples tumorectomia até a mastectomia com reconstrução imediata⁵. O tratamento aqui realizado foi o mais indicado para esse caso, através de sua ressecção completa e a aberração estética foi prontamente corrigida pela mamoplastia redutora.

KEYWORDS

Breast;
Fibroadenoma.

ABSTRACT

JUVENILE FIBROADENOMA

Juvenile fibroadenoma is a benign, unfrequent neoplasia of the breast. The authors report a case of a ten-year-old child carrier of this condition before the menarche. They discuss several aspects related to this condition, such as diagnosis and management.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARCURI RA, ALVES EC, CASTRO AAOL. Patologia das lesões benignas da mama. In: Franco JM. Mastologia – formação do especialista. São Paulo: Atheneu. 1997; 93-103.
2. GUÉRIN C, LOGET P, WATIER E, KERISI J, PAILHERET JP et al. Le fibroadenome giant juvenile chez l'adolescente. A propos d'un cas. Rev Fr Gynecol Obstet 1993; 88: 27-31.
3. KEMP C, LIMA RG. Nódulo de mama. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. São Paulo: Rocca. 2000; 726-37.
4. PASQUALINI JR, CORTES-PRIETO J, CHETRIT G, TALBI M, RUIZ A. Concentrations of estrone, estradiol and their sulfates, and evaluation of sulfatase and aromatase activities in patients with breast fibroadenoma. Int J Cancer 1997; 70: 639-43.
5. SILFEN R, SKOLL PJ, HUDSON DA. Florid juvenile (cellular) fibroadenomatosis in adolescent: a case for subcutaneous mastectomy? Aesthetic Plastic Surgery 1999; 23: 413-5.

Endereço para correspondência:
Antônio Figueira Filho
Rua Nicarágua, 99, Espinheiro
CEP 52020-020 – Recife, PE

INOVAÇÃO na terapia hormonal para o câncer de mama avançado.



SOBREVIDA COM QUALIDADE

O único inativador oral

Definitivo

Aromasin proporciona comprovado impacto na sobrevida, estudado prospectivamente em comparação com o acetato de megestrol.¹

Diferente

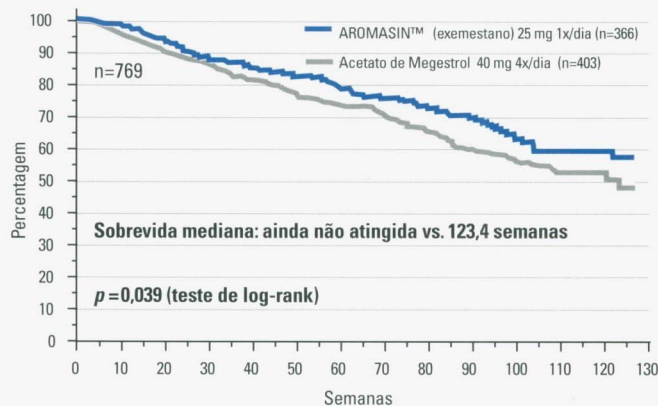
O primeiro e único inativador irreversível da aromatase por via oral.¹

No estudo de fase III, os eventos adversos associados com Aromasin™ (exemestano) foram geralmente de leves a moderados e incluíram fígados, náuseas, vômitos, fadiga e aumento da sudorese.¹

AROMASIM™ (exemestano) é indicado para o tratamento do câncer de mama avançado em mulheres com pós-menopausa natural ou induzida, cuja doença progrediu após terapia antiestrogênica.

Posologia: 1 drácea 25mg 1 vez ao dia.

Sobrevida de 60% em 2 anos¹



Referências: 1. Kaufmann et al (Exemestane Study Group). Exemestane Is Superior to Megestrol Acetate After Tamoxifen Failure in Postmenopausal Women With Advanced Breast Cancer: Results of a Phase III Randomized Double-Blind Trial. *Journal of Clinical Oncology*, vol 18, Issue 7 (April), 2000: 1399-1411.



Central de Atendimento
PHARMACIA
0800 55-1800

PHARMACIA Oncologia

AROMASIN™
Exemestano
dráneas

EDITORIAL

CÂNCER DA MAMA NO BRASIL

Vinícius Budel

ARTIGOS ORIGINAIS

LINFONODO SENTINELA: PROTOCOLO DE ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO

Nidia Fabrega de Donoso, Cynthia Aparecida Bueno de Toledo Osorio, Eloá Muniz Alves de Freitas, Fátima Cristina Waldvogel, Munir Ali M. Issa, João Carlos Sampaio Goes

EFEITO DA OOFORECTOMIA PROFILÁTICA NA SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES COM CÂNCER DA MAMA

Jaime de Queiroz Lima, James Anthony Falk, Carlos Eduardo de Queiroz Lima

RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO EM CARCINOMA DA MAMA: FATORES MORFOLÓGICOS TRADICIONAIS

Maria do Carmo Carvalho de Abreu-e-Lima

RELATOS DE CASO

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA TARDIA COM O RETALHO MUSCULOCUTÂNEO TRANSVERSO DO RETO ABDOMINAL DESEPIDERMIZADO

Daniela Francescato Veiga, Joel Veiga Filho, Priscila Arruda Bruno, Miguel Sabino Neto, Elvio Bueno Garcia, Lydia Masako Ferreira

FIBROADENOMA JUVENIL

Antônio S. S. Figueira Filho, Ana Leide G. Santos, Tarciane C. Ramalho, Alexandre A. G. Alves, Márcia D. S. C. Freitas