



Nódulo de mama

Correlação clínica, epidemiológica e anatomopatológica

Carlos Gilberto Crippa¹, Flávio Luiz Vieira² e Paulo Maurício Pizzolatti²

1. Prof. Assistente de Tocoginecologia da UFSC. Pres. da SBM — Regional de Santa Catarina.
2. Residentes da Maternidade Carmela Dutra da FHSC.

Resumo

Os autores estudaram 308 pacientes que procuraram o Ambulatório de Mastologia do INAMPS de Florianópolis no período de setembro de 1985 a setembro de 1988, que apresentavam nódulo de mama como queixa ou achado de exame físico. Foram analisados aspectos epidemiológicos, características clínicas e métodos propedêuticos, correlacionando-os com o diagnóstico definitivo.

Predominaram na etiologia as patologias benignas, sobretudo as displasias. As neoplasias malignas foram mais frequentes na idade acima de 40 anos e em múltiparas, sendo diagnosticadas a a maioria no estado clínico III do sistema TNM da FIGO.

Summary

The authors studied 308 patients who attended the Mastology Ambulatory of INAMPS, Florianópolis, between September 1985 and September 1988, who either complained or presented signs of mammary nodules at the physical examination.

Epidemiological aspects, clinical characteristics and propaedeutical methodology were analysed, correlating the findings with the definitive diagnosis.

The benign disease predominated, mainly dysplasia of the breast. The malignant tumors were more frequent over the age of 40 years and in multiparous women, the majority of them being classified as stage III, according to TNM staging system of the International Federation of Gynecology

and Obstetrics (FIGO).

Introdução

Nódulo de mama é a segunda queixa em mastologia e o sinal inicial mais comum de câncer mamário, presente em 77% dos casos, sendo geralmente descoberto pela paciente.⁽⁷⁾ Diante desta perspectiva, torna-se extremamente importante o diagnóstico diferencial do nódulo como manifestação das neoplasias malignas e benignas.

Nos últimos anos o índice de cura e sobrevida do câncer não tem se alterado de forma significativa. Os resultados atuais não diferem muito dos apresentados pelos autores clássicos, sendo melhor conseguidos quando a doença é detectada nos estágios mais precoces. Infelizmente, esta ainda é uma meta a ser alcançada em nosso país, onde juntamente com outros em desenvolvimento, a patologia mamária adquire proporções alarmantes, já que sua incidência manifesta-se em todas as classes sociais e, em mulheres em plena produtividade, sendo desta forma, mais um desafio à saúde pública.

A magnitude e a variabilidade dos nódulos mamários, nos levou a realizar este estudo, com o objetivo de conhecer a relação entre o diagnóstico clínico e suas características, extensão clínica, distribuição por faixa etária e procedimentos diagnósticos disponíveis em nosso meio, como base para seleção de seu tratamento.

Material e métodos

Foram analisadas 308 fichas clíni-

cas, padronizadas para o Ambulatório de Mastologia do INAMPS de Florianópolis, de pacientes portadoras de nódulos de mama, quer como queixa ou achado de exame físico, no período de setembro de 1985 a setembro de 1988.

Todos os dados de identificação, anamnese, exame físico e exames complementares eram anotados e então analisados estatisticamente correlacionando-os ao diagnóstico definitivo.

Os métodos propedêuticos complementares foram aqueles que se dispõem em nosso meio, isto é, mamografia, ecografia, punção aspirativa, citologia, biópsia e cultura de secreções.

Das 308 pacientes, 27 não possuíam um diagnóstico definitivo por se encontrarem em observação, já que a semiologia utilizada afastava a possibilidade de malignidade e as mesmas se negavam a exérese do nódulo, de forma que em algumas tabelas os dados são trabalhados sobre 281 pacientes.

Resultados

Os resultados estão apresentados em 14 tabelas conforme a sequência que segue.

TABELA 1

Média de idade de 281 pacientes com nódulo de mama benigno e maligno

Nódulos	N.º	Média de idade
Benignos	208	35,3
Malignos	73	51,9

A tabela dois relaciona o diagnóstico definitivo com o diagnóstico pelo exame clínico e confirmação anatomopatológica.

Foram realizados estudos anatomopatológicos em 158 nódulos (56,3%), nos demais, 123 (43,7%), o diagnóstico foi feito pela clínica ou através de outros procedimentos complementares.

Em todos os casos de câncer houve comprovação citológica e/ou histológica enquanto que o diagnóstico de displasia foi basicamente clínico.

Os 27 casos que estavam em observação clínica não entraram neste estudo.

TABELA 3

Motivo da consulta em 308 pacientes com nódulo de mama

Motivos da consulta	Nº de	%
	asos	
Nódulo indolor	181	58,7
Nódulo doloroso	84	27,3
Dor mamária difusa	29	9,4
Derrame papilar	05	1,6
Processo inflamatório	04	1,4
Outros	05	1,6
Total	308	100

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis 85/88

Discussão

De acordo com as estatísticas gerais os nódulos malignos de mama prevaleceram em mulheres entre a 5.^a e 6.^a década e os benignos em torno da 3.^a e 4.^a (tabela 1), mostrando que a idade é um dos fatores de risco importante para o aparecimento do câncer da mama, opinião unânime entre todos os autores.

A tabela 2 mostra que o diagnóstico mais freqüente em mulheres portadoras de nódulo de mama é por doença benigna, sendo a displasia a mais comum seguida pelo fibroadeno-

TABELA 2

Nódulo de mama: Diagnóstico clínico e anatomopatológico

Patologias	Diagnóstico definitivo		Diagnóstico clínico		Diagnóstico* anatomopatológico	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Displasia (DI)	91	32,4	78	85,7	13	14,3
Fibroadenoma (FA)	74	26,3	22	29,7	52	70,3
Neoplasia Maligna (NM)	73	25,9	—	—	73	100
Mastite (MA)**	21	7,4	13	61,9	08	38,1
Cisto (CI)	07	2,5	07	100	—	—
Lipoma (LI)	05	1,8	05	40	03	60
Necrose Gordurosa (NG)	03	1,1	—	—	03	100
Cistossarcoma Phillodes (CF)	03	1,1	—	—	03	100
Ectasia Ductal (ED)	03	1,1	01	33,3	02	66,7
Adenoma (AD)	01	0,4	—	—	01	100
Total	281	100	123	43,7	158	56,3

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis 85/88.

* Em alguns casos o diagnóstico aqui foi por citologia aspirativa.

** Aguda e crônica, incluindo um caso de tuberculose.

TABELA 4

Correlação entre as principais patologias mamárias e o número de gestações

Número de gestações	DI (%)	FA (%)	NM (%)	MA (%)	CI (%)
Nuligesta	28 (30,7)	37 (50,0)	12 (16,4)	05 (23,8)	01 (14,2)
Gesta I	13 (14,3)	12 (16,4)	07 (9,6)	04 (19,1)	02 (28,7)
Gesta II	14 (15,4)	07 (9,5)	09 (12,3)	07 (33,3)	01 (14,2)
Gesta III	12 (13,2)	11 (14,7)	14 (19,2)	01 (4,7)	02 (28,7)
Gesta IV ou +	24 (26,4)	07 (9,4)	31 (42,5)	04 (19,1)	01 (14,2)
Total	91 (100)	74 (100)	73 (100)	21 (100)	07 (100)

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis, 85/88.

ma. Em terceiro lugar surgem as neoplasias malignas com uma prevalência bastante significativa, a semelhança de outros trabalhos⁽¹⁰⁾.

As displasias mamárias possuem no mínimo um significado terminológico confuso, já que abrange sob seu

conceito alterações histológicas variáveis como proliferações e atrofia epiteliais, ectasias de ductos associadas a graus variados do estroma, abrangendo desta forma as epiteliões, as adenoses, as adenofibromatoses e a enfermidade cística. A incidência des-

TABELA 5

Sinais clínicos observados a inspeção de nódulo de mama em 308 pacientes

Sinais clínicos	DI (%)	FA (%)	NM (%)	MA (%)	CI (%)	Outros (%)
Sinais inflamatórios	— (—)	— (—)	10 (13,7)	13 (61,9)	— (—)	— (—)
Retração de pele e/ou mamilo	07 (7,7)	03 (4,0)	20 (27,4)	02 (9,5)	— (—)	02 (4,8)
Abaulamento	01 (1,1)	05 (6,8)	14 (19,2)	01 (4,8)	03 (42,9)	11 (26,2)
Ulceração de pele	— (—)	— (—)	03 (4,1)	— (—)	— (—)	— (—)
Sem alterações	83 (91,2)	66 (89,2)	26 (35,6)	05 (23,8)	04 (57,1)	29 (69,0)
Total	91 (100)	74 (100)	73 (100)	21 (100)	07 (100)	42

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis, 85/88.

TABELA 6

Sinais clínicos observados à palpação de nódulo de mama em 308 pacientes

Sinais clínicos	DI (%)	FA (%)	NM (%)	MA (%)	CI (%)
Módulo móvel	83 (91,2)	74 (100)	29 (39,7)	07 (33,3)	04 (57,1)
Nódulo fixo	04 (4,4)	— (—)	42 (57,5)	14 (66,6)	03 (42,8)
Nódulo duro	11 (12,0)	17 (22,9)	64 (87,6)	14 (66,6)	— (—)
Nódulo fibro-elástico	31 (34,0)	50 (67,5)	03 (4,1)	03 (14,3)	03 (42,8)
Nódulo cístico	20 (21,9)	05 (6,7)	02 (2,7)	01 (4,7)	04 (57,1)
Secreção papilar	24 (26,4)	13 (17,5)	15 (20,7)	07 (33,3)	04 (57,1)
Gânglios axilares suspeitos	— (—)	— (—)	49 (67,1)	02 (9,5)	— (—)
Total	91 (100)	74 (100)	73 (100)	21 (100)	07 (100)

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis, 85/88.

tas alterações nas mamas é de tal forma elevada que os autores discutem se devem rotulá-las como doença, haja vista que se manifestam clinicamente em 50% e histologicamente em 90% das mulheres⁽¹⁴⁾.

O diagnóstico normalmente é clínico, já que o quadro dominador é dor mamária cíclica, com área nodular geralmente mal delimitada e sensível, com aumento do volume no período que antecede a menstruação, o que justifica o pequeno número de exame anatomopatológico nestes casos (tabela 2).

A "enfermidade" cística da mama se encontra dividida em macro e microcística separadas pelo limite de 2 mm de tamanho, podendo os cistos serem únicos ou múltiplos, com um conteúdo líquido, algo viscoso, pegajoso e de coloração que varia entre o amarelo e o verde escuro, muitas vezes associado à secreção mamilar bilateral e poliorifical⁽¹¹⁾.

Separamos os casos de macrocistos únicos dos casos de displasia por se apresentarem como cistos isolados cujo diagnóstico diferencial com nódulo sólido comumente é feito por punção da área.

Alguns autores consideram que mulheres portadoras de enfermidade fibrocística têm 2 a 5 vezes mais probabilidade de desenvolver câncer mamário do que a população feminina geral.^(11,7,14)

O fibroadenoma é uma proliferação de tecido conjuntivo e epitelial de crescimento lento e indolor com transformação maligna extremamente rara.^(1,15,6,3) Sua aparência geralmente é característica: nódulo firme, bem delimitado, forma arredondada ou lobulada, totalmente móvel, de consistência elástica.^(1,11,4) Suas manifestações clínicas evidentes e com ajuda de uma propedêutica incruenta permite estabelecer seu diagnóstico e uma conduta em algumas situações expectantes.^(11,4) Em trinta e três casos não houve confirmação anatomopatológica em nossa amostra, devido a paciente ser muito jovem ou negar-se a ex-

rese, sendo estabelecido um acompanhamento mais amigável.

Em todas as situações em que se suspeitou de câncer a confirmação se fez através de estudo histológico. Em alguns casos se utilizou apenas da citologia por punção aspirativa com agulha fina do nódulo, mas em circunstâncias em que a clínica e a radiologia já confirmavam a suspeita de neoplasia maligna constituindo o que se chama de diagnóstico triplíce em mastologia.

As mastites ocuparam a quarta colocação entre as enfermidades da mama. A exemplo dos fibroadenomas em alguns casos não foi solicitado exame histológico, principalmente nas formas agudas, sendo utilizada a cultura das secreções. Entre as mastites crônicas, foi diagnosticado um caso de tuberculose mamária, com o achado do "Mycobacterium tuberculosis" na microscopia e cultura. A tuberculose mamária é uma doença extremamente rara, podendo ser primária ou secundária, com manifestações clínicas que podem sugerir carcinoma^(11,12) e o diagnóstico é feito pela detecção de BAAR em bacterioscopia e cultura de secreções ou através de estudo anatomopatológico da lesão e/ou de gânglios linfáticos.

Encontramos três casos de Cistosarcoma Phyllodes (Fibroadenoma Hiperclonal). Constitui menos de 1% de todos os tumores fibroepiteliais. Apresenta alguns aspectos característicos, rápido crescimento do tumor atingindo volumes consideráveis, capacidade de recidiva e possibilidade de transformação sarcomatosa.³ As demais patologias são de incidências mais baixas, coincidentes com a literatura, sendo a necrose gordurosa e a ectasia ductal de difícil diagnóstico clínico diferencial com o carcinoma, cuja confirmação requer o estudo histopatológico.

A presença de nódulo indolor foi o motivo de consulta mais freqüente (tabela 3). É a queixa mais comum em mulheres idosas e está presente em 77% dos sinais e sintomas de carci-

TABELA 7
Distribuição das principais patologias mamárias de acordo com a faixa etária

Faixa etária	DI (%)	FA (%)	NM (%)	MA (%)	CI (%)
11-20	04 (4,4)	12 (16,2)	— (—)	01 (4,8)	— (—)
21-30	25 (27,5)	37 (50,0)	03 (4,1)	06 (28,6)	— (—)
31-40	27 (29,7)	16 (21,6)	09 (12,3)	07 (33,3)	04 (57,1)
41-50	25 (27,4)	05 (6,8)	21 (28,8)	02 (9,5)	02 (28,6)
51-60	08 (8,8)	04 (5,4)	21 (28,8)	03 (14,3)	01 (14,3)
61-70	02 (2,2)	— (—)	09 (12,3)	02 (9,5)	— (—)
71 ou mais suspeitos	— (—)	— (—)	10 (13,7)	— (—)	— (—)
Total	91 (100)	74 (100)	73 (100)	21 (100)	07 (100)

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis, 85/88.

TABELA 8
Localização do nódulo benigno ou maligno segundo a mama afetada em 281 pacientes

Mama	Nódulo		Total	
	Benigno	Maligno	Nº	%
Mama direita	105	38	143	50,9
Mama esquerda	97	32	129	45,9
Não especificado	06	03	9	3,2
Total	208	73	281	100

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis, 85/88.

noma mamário.^(6,7) Nódulo doloroso foi a segunda queixa a exemplo da literatura.⁽⁷⁾

No nosso material (tabela 4), encontramos um maior número de gestações nas pacientes portadoras de neoplasias malignas, contrariando as informações de que o número de gestações confere um efeito protetor.^(7,14) Outros autores, consideram que a quantidade total de partos não guarda relação com o risco de carcinoma mamário, exceto por sua associação com a idade no momento do primei-

ro parto.⁽¹⁸⁾ Quanto mais cedo a mulher engravidar menor a probabilidade de adquirir carcinoma.⁽⁴⁴⁾

O fibroadenoma e as displasias tiveram uma incidência maior nas nuligestas. As mastites não apresentaram uma relação importante com o número de gestações.

Entre os achados clínicos observados a inspeção (tabela 5), associados a malignidade, encontramos os sinais inflamatórios, retração de pele ou mamilo, abaulamento e úlcera de pele. Os sinais sinflamatórios são mais obser-

TABELA 9

Localização intramamária do nódulo em 308 pacientes com nódulo de mama

Localização	N.º	%
Quadrante superior externo	137	45,4
Quadrante superior interno	50	16,1
Quadrante inferior externo	30	9,6
Quadrante inferior interno	23	7,4
Retroareolar (central)	23	7,4
Prolongamento axilar	20	6,3
Difuso	13	4,1
Sem informação	12	3,7
Total	308	100

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis 85/88

TABELA 11

Métodos complementares utilizados para o diagnóstico em 308 pacientes com nódulos de mama

Métodos	N.º	%
Mamografia*	178	57,7
Anatomia patológica	150	48,7
Punção aspirativa	122	39,6
Biópsia excisional	106	34,4
Ecografia	56	18,2
Citologia da secreção papilar	30	9,7
Biópsia incisional	25	8,1
Cultura de secreções	06	1,2
Total	308	100

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis 85/88

* Inclui 03 casos em que foi realizado cistoerografia.

TABELA 12

Citologia por punção aspirativa de 58 nódulos malignos de mama

Diagnóstico citológico para malignidade	N.º de punções	%
Positivo	38	65,6
Negativo	12	20,6
Material insuficiente	08	13,8
Total	58	100

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis 85/88

TABELA 10

Correlação entre as patologias e o tamanho dos nódulos em 281 pacientes com nódulo de mama

Patologia	Tamanho (em cm)		
	0-2	2,1-5	5,1 ou mais
Displasia	52	33	06
Fibroadenoma	46	24	04
Neoplasia maligna	11	26	36
Mastite	06	09	06
Cisto	02	04	01
Outros	04	06	05

Fonte: Ambulatório de Mastologia do INAMPS — Florianópolis, 85/88.

vados nas mastites, embora em dez casos de carcinomas (13,7%) estavam presentes, demonstrando a importância no diagnóstico diferencial das patologias.

A retração é um dos sinais de crescimento infiltrativo do carcinoma em direção à pele ou mamilo.⁽¹⁹⁾ Algumas lesões benignas podem produzir esta manifestação, como a necrose gordurosa, ectasia ductal, mastites, enfermidade de Mondor⁽¹⁹⁾. Nos fibroadenomas e nas displasias na grande maioria não havia alterações à inspeção, sendo o nódulo detectável apenas à palpação.

Entre as manifestações observadas à palpação (tabela 6) a neoplasia maligna apresenta-se de forma predominante como nódulo duro e imóvel, associado a axila suspeita ou positiva, isto é, com glânglios duros e/ou fixos que sugerem comprometimento tumoral. O fibroadenoma apresenta-se como nódulo móvel e fibroelástico. A displasia mostra-se na grande maioria como nódulo móvel, de consistência fibroelástica ou cística.

O derrame papilar pode resultar de várias afecções, inclusive extraglandulares.⁽³⁾ Em nossa amostra, o derrame papilar esteve associado a neoplasia maligna, displasias, fibroadenoma e mastites. O derrame persistente, espontâneo e que drenam da mesma mama, com aspecto seroso, sangüinolento ou turvo, pode ser sinal de carcinoma de 13 a 47%.

Na tabela 7 observamos que em quase todas as mulheres com menos de 20 anos, os nódulos mamários são benignos, e geralmente fibroadenomas. A incidência esperada de carcinomas antes dos 30 anos varia de 0,3 a 2% segundo a literatura.^(18,43) Em nossos resultados a incidência de nódulos malignos antes dos 30 anos foi de 4,1% e todos os nódulos em mulheres com menos de 20 anos eram benignos, sendo 63,1% de fibroadenomas. Os fibroadenomas predominam na terceira década, sendo constatados desde a puberdade.

A doença benigna da mama é primeiramente uma desordem das mulheres no período reprodutivo da vida. Muitas formas são atribuídas à indução hormonal, então após a menopausa, há uma diminuição da incidência específica⁽¹⁴⁾. As displasias mamárias predominaram a partir da 3.ª até a 5.ª década, sendo que os cistos de mama prevaleceram na faixa dos 40 anos, coincidentes com os autores consultados.^(11,3,4,6)

A incidência da neoplasia maligna aumenta a partir dos 40 anos, com 82,2% dos casos, sendo que observamos um platô entre os 40 e 60 anos, estamos de acordo com a literatura, que demonstra maior incidência entre as 5.ª e 6.ª décadas.^(7,19)

A idade ascendente para a incidência de carcinoma da mama na mulher idosa, força o clínico a assumir que o problema do nódulo de mama nas

TABELA 13

Tipo histológico dos 73 nódulos malignos de mama		
Tipo histológico	Número de casos	%
Carcinoma ductal infiltrante	54	74,0
Carcinoma*	10	13,8
Carcinoma medular	03	4,2
Carcinoma lobular infiltrante	02	2,8
Carcinoma de Paget	01	1,3
Carcinoma papilífero	01	1,3
Carcinossarcoma	01	1,3
Melanoma metastático	01	1,3
Total	73	100

Fonte: Ambulatorio de Mastologia do INAMPS — Florianópolis 85/88

* O laudo anátomo-patológico não descrevia o tipo histológico do tumor.

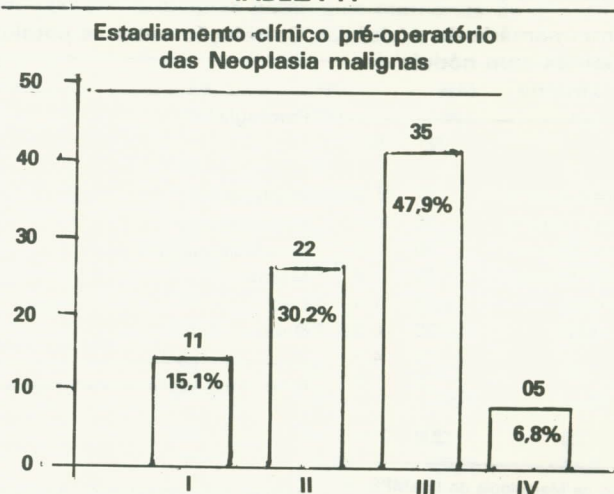
mulheres com mais de 40 anos é devido ao câncer, até prova em contrário.^(16,14,7)

Em nosso estudo (tabelas 7 e 9), a mama direita foi sede do nódulo em 50,9% e a esquerda em 45,9%. Muitos autores referem uma tendência dos nódulos ocorrerem mais na mama esquerda.^(3,7,20) O quadrante superior externo foi a localização mais freqüente nos nódulos, seguido pelo quadrante superior interno.

Na tabela 10 observamos que as patologias benignas, a exceção do Cistossarcoma Phyllodes, caracterizado por seu tamanho maior que 5 centímetros, se apresentou como nódulos menores que 2 centímetros ou entre 2 a 5 centímetros, pois principalmente o fibroadenoma tem seu crescimento estabilizado entre 3 e 4 centímetros,⁽¹⁾ não havendo influência do tempo decorrido entre o surgimento do nódulo e a procura do médico. Já as neoplasias malignas têm sua predominância em tumores grandes, geralmente maiores que 5 centímetros, o que demonstra o retardo na procura do diagnóstico.

Foram realizados procedimentos diagnósticos para complementar o

TABELA 14



exame físico de pacientes com nódulo mamário (tabela 11). A mamografia é um dos métodos auxiliares mais utilizados e que pode diagnosticar lesões clinicamente ocultas em um estágio potencialmente curável.^(13,17,18) Nos casos clinicamente expressivos é um método útil para descartar e rastrear outra lesão coexistente na mesma mama ou na oposta.⁽¹⁸⁾ É um método de alta especificidade e sensibilidade.⁽¹⁸⁾ A literatura sugere que a mamografia é o melhor método isolado para o diagnóstico precoce do câncer da mama, superior ao exame clínico na detecção do câncer com menos de 2 centímetros de diâmetro. A introdução de screening nos programas de detecção precoce do câncer de mama, tem mostrado reduções na mortalidade.^(18,19,20)

Como screening, o Colégio Americano de Radiologia recomenda que em mulheres assintomáticas a primeira mamografia deve ser feita entre 35 e 40 anos, mamografias subsequentes devem ser feitas em intervalos de 1 a 3 anos. Antes desta idade é condenável porque além do discutível fator irradiação, as mamas se apresentam com características glandulares que conferem uma grande densidade dificultando a visualização de lesões intramamárias. Após os 50 anos devem ser anual.⁽¹⁸⁾

Outro exame solicitado foi a ecografia. A utilização da ecografia na propedêutica mamária deve-se a sua aceitável sensibilidade e boa especificidade no diagnóstico diferencial de lesões isoladas, sobretudo para diferenciar lesões sólidas e císticas.^(3,4,10) Alguns autores a recomendam como método de apoio à mamografia, principalmente no estudo de mamas densas, e vem substituindo com segurança a cistografia no estudo dos cistos mamários.

A citopunção ou biópsia aspirativa é um método ambulatorial simples, que causa pouco desconforto à paciente e indicado para diagnosticar nódulos mamários,^(2,5) e como terapêutico em nódulos císticos. A sensibilidade do método varia de 67% a 93%, conforme o autor. Os falsos-negativos da literatura variam de 5,2% a 27%. A literatura apresenta uma taxa de falso-positivo de 0% a 4%.⁽⁸⁾

Em nossa amostra foram realizadas 122 citopunções. Destas, 58 eram de pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna (tabela 12), 65,6% dando de positividade e 20,6% de falso-negativo, e em 13,8% o material foi suficiente. Os casos sugestivos, mas que não possuíam dados suficientemente seguros para diagnóstico de malignidade foram catalogados como negativos, daí um número de positividade

menor que o da literatura. Este procedimento, associado a clínica e a radiologia, constituem o diagnóstico triplíce em mastologia e que dispensa a necessidade de biópsia de congelação. Não encontramos nenhum caso de falso-positivo. A experiência na coleta e na interpretação dos achados citológicos constituem os pontos fundamentais para a confiabilidade do método.^(5,8)

Cultura de secreções são reservadas aos casos em que se suspeita de infecção bacteriana.

Na tabela 13, avaliamos os tipos histológicos de neoplasias malignas encontradas, sendo o carcinoma ductal infiltrante o mais comum (74%), dado que concorda com a literatura.^(7,11)

Em 10 casos não havia descrição histológica completa do anatomopatológico, sendo catalogados apenas carcinoma. Foi observado um caso de carcinosarcoma, entidade rara que congrega neoplasia de epitélio ductal e conjuntivo com registros escassos na literatura, e um caso de melanoma metastático, sem que se diagnosticasse sua origem.

É importante notificar que em 10 casos, estivemos frente a neoplasia com alterações inflamatórias (13,7%) e que foram rotuladas clinicamente como carcinoma inflamatório para fins de conduta terapêutica, mas como a biópsia não informava da condição básica para diagnóstico histológico da patologia, que seria a invasão neoplásica de linfáticos subdérmicos, estes casos não foram como tal classificados.

Na tabela 14 podemos avaliar o estadiamento clínico das neoplasias de acordo com o sistema TNM da FIGO, onde se observa a predominância em tumores no estágio III e baixa incidência no estágio I, o que sem dúvida acarreta poucas chances de sucesso terapêutico para os casos de câncer aqui diagnosticados.

Estes números coincidem com os dados da literatura, embora em centros onde o diagnóstico do câncer precoce é praticado adequadamente, a in-

cidência nos estádios I e II predominam nas estatísticas.

Conclusões

— A maioria dos nódulos de mama são benignos e a causa mais frequente é a displasia.

— O fibroadenoma e a displasia tiveram maior incidência em nuligestas e o câncer em grandes múltiparas.

— Tumores maiores que cinco centímetros, têm maior probabilidade de serem malignos.

— Qualquer sinal clínico de enfermidade da mama pode ser produzido por câncer mamário.

— Sinais inflamatórios na mama em mulheres idosas, requerem diagnóstico diferencial com câncer.

— A punção aspirativa é um método prático, eficaz e deve ser realizado no diagnóstico de nódulos palpáveis da mama.

— A imensa maioria dos tumores malignos foi diagnosticada no estágio III, que determina um péssimo prognóstico e deixa claro a necessidade de se fazer um diagnóstico precoce utilizando os métodos propedêuticos disponíveis e uma ampla divulgação e esclarecimento da população feminina a respeito da doença.

Referências bibliográficas

1. Bitar HF et al: Fibroadenoma intracanalicular celular (cistossarcoma phylloides) — Análise de 37 casos. *Jornal Brasileiro de Cirurgia*. 74: 241, 1984.
2. Bono, A et al: Inclusion Cytology by Fine Needle Biopsy in Mammary Tumors. *Int. Surg.* 70: 119-20, 1985.
3. Carreras Ruiz O: Enfermedades Tumores de 1.ª Mama Feminina. *Revista Cubana de Oncologia*. 1:5, 1985.
4. Cypriano AF et al: Casuística do ambulatório de Mastologia da FAMECA (Estudo Retrospectivo de 264 casos de Patologia Mamária, Ginecologia e Obstetrícia Brasileira).
5. Dandapat MC & Panda BK: Fine Needle Aspiration as a primary Adjunct in diagnosis of palpable breast lumps.

6. Devitt JC et al: Benign disorders of the breast in older woman. *Surgery, Gynecol. Obstet.* 162: 340, 1986.
7. Donegan W & Spratt J: Câncer de Mama. 2.ª edição. São Paulo. Editora Médica Panamericana, 1982.
8. Eisenberg AT: Preoperative Aspiration Cytology of Breast Tumors.
9. Faria SL e col: Mamografia: Onde está o erro? *Revista da Imagem*. 7: 117, 1985.
10. Galarza VG: Patologias frecuente de la glandula mamaria. *Ticital*. 21: 105, 1981.
11. Haagensen CD: Enfermidades de la mama. 3.ª edição. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana, 1987.
12. Hale JA et al: Tuberculosis of the breast: Rare but still Extant. *The American Journal of Surgery*. 150: 620-4, 1985.
13. Marcossian J et al: Análises estatístico de 500 carcinomas de la mama estudiados radiologicamente. *Revista Argentina de Cirurgia*. 40: 68, 1981.
14. Mitchell GW: Benign Breast Disease and Cancer. *Clinical Obstetric and Gynecology*, 29, 1986.
15. Moreno JAR: Característica epidemiológica del fibroadenoma mamario. *Ginec. Obstet. Mex.* 49: 225, 1981.
16. Musoles FB et al: Importancia del ginecólogo en el diagnostico precoz de cancer de mama y su participación en los "screening" de grandes masas de población. *Revista Colombiana de Obst. y Ginecol.* 32: 233, 1981.
17. Orsi C & Richard EW: Carcinoma of the Breast: Diagnosis and Treatment. 1.ª edição. Little, Brown and Company. Boston, 1983.
18. Roebuck EJ: Mammography and screening for breast cancer. *British Medical Journal*. 292: 223-6, 1986.
19. Silber ALM & Horwitz RI: Detection Bias and Relation of Benign Breast Disease to Breast Cancer. *The Lancet*. 1986.
20. Simpson, JS: The early diagnosis of breast cancer. *New Zeland Medical Journal*. Wellington. Leading Article, p. 188-190, 1986.

