



Punção Aspirativa com Agulha Fina em Nódulo de Mama

Sérgio Tessaro¹, João Vicente Zottis²

1. Especialista em ginecologia e obstetrícia
Preceptor da residência de ginecologia e obstetrícia da UFPEL

2. Médico residente de ginecologia e obstetrícia da UFPEL

Sérgio Tessaro
Rua Padre Anchieta, 4390
96100 - Pelotas - RS

R. Bras. Mast. - 2; 37-39, 1992

Resumo

Foram punccionados 127 pacientes com lesões mamárias nodulares a nível de ambulatório e enfermaria, no período de maio de 1990 a agosto de 1991. Todos os casos foram acompanhados por mais de 6 meses.

Palavras-Chave: a. Diagnóstico em lesões mamárias b. Punção aspirativa com agulha fina c. Citologia comparativa à histologia d. Lesões mamárias nodulares e. Fatores de risco e tamanho do tumor no prognóstico de carcinoma de mama f. Busca de método-diagnóstico de baixo custo em doenças mamárias.

Introdução

A situação em que se encontra a saúde no Brasil tem privado a população carente (mais de 90% das pessoas que procuram auxílio médico) de métodos-diagnósticos mais apurados, em qualquer especialidade, atingindo, portanto, a mastologia^{1, 2, 3, 4}.

A mamografia, especificamente, necessita não só de profissional capacitado, como também de equipamento típico especializado para que se possa obter um laudo confiável^{5, 6}. Na biópsia cirúrgica, por exemplo, é por vezes desnecessária, pois que poderá levar a paciente a "stress" psicológico e a sequelas estéticas evitáveis^{7, 8, 9}.

Martin e Ellis, em 1930, foram os que idealizaram a técnica^{5, 6, 7, 9}, sendo ela ampliada por Stewart em 1933. Mas somente após extensíssimo trabalho de Franzen e Zajich é que se chegou a uma técnica adequada, de aceitação universal, em que se conseguiu provar a total inexistência de possibilidade de disseminação e crescimento tumoral no trajeto da agulha.

Objetivo

Nosso objetivo foi o de comprovar a eficácia de um método barato, fácil e praticamente inócuo, com alto índice de eficiência. Efetuamos 127 punções de Lesões Nodulares Mamárias e comparamos os resultados com o exame anátomo-patológico.

Material e métodos

Foram avaliados os resultados conforme técnica preconizada por Dr. Gambino e o Dr. P.S. Gallen em seu livro "The predictive value and efficiency of medical diagnosis", publicado em Nova York, em 1975, e que é a seguinte:

* Sensibilidade: é a fração de todas as lesões comprovadamente malignas, diagnosticadas pela punção como malignas.

* Especialidade: é a fração de todas as lesões comprovadamente benignas, diagnosticadas pela punção como benignas.

* Valor preditivo do teste positivo: é a frequência de lesões malignas entre todos os pacientes, com resultados positivos

para a malignidade.

* Valor preditivo do teste negativo: é a frequência de lesões benignas entre todos os pacientes, com resultados negativos para a malignidade.

Resultados

A bibliografia é unânime em mencionar exaustivamente a mera incidência estatística dos fatores de risco, porém, por fazer parte de toda a anamnese, registramos os dados em nossa pesquisa, relacionando os achados na Tabela 1.

TABELA 1 (127 PAAF, sendo 104 com câncer) - Fatores de risco.

FATOR DE RISCO	Pac. com CA	Porcentagem
1. Idade maior de 35 anos	104	81,8%
2. Casada	83	65,0%
3. Residência Urbana	87	68,5%
Residência Rural	17	13,4%
4. Raça Branca	85	66,9%
Raça Preta	19	14,9%
5. Idade do 1º Parto		
antes dos 30	94	74,0%
Idade do 1º Parto		
depois dos 30	10	7,8%
6. Menarca precoce (menor de 8 anos)	-	-
7. Menopausa tardia (mais de 52 anos)	7	5,5%
8. Ooforectomia (antes dos 40 anos)	3	2,3%
9. História prévia de Ca do endométrio	4	3,1%
10. História de Ca de mama na família	9	7,0%
11. Uso de ACO sim + de 2 anos	50	39,3%
Uso de ACO sim - de 2 anos	6	4,7%
Uso de ACO não	48	37,7%

Na Tabela 2, estão descritas as pacientes puncionadas em função da idade, mostrando que 78% delas estavam situadas entre 21 e 50 anos.

Tabela 2: Pacientes Puncionados segundo a idade

IDADE	Nº CASOS	PERCENTAGEM
0 - 20 anos	3	2,3%
21 - 30 anos	6	4,7%
31 - 40 anos	29	22,8%
41 - 50 anos	64	50,3%
51 - 60 anos	39	30,7%
61 - 70 anos	29	22,8%
71 - ou mais	15	11,8%
Total	127	100,0%

Na Tabela 3 há a exposição dos resultados em função do tamanho do tumor.

Tabela 3:- Tamanho do tumor em 127 casos

Tamanho do Tumor	No casos	Porcentagem
0 - 1	14	11,0%
1 - 2	38	29,9%
2 - 3	45	35,4%
3 - 4	28	22,0%
4 - 5	9	7,0%
maior de 5 cm	11	8,6%

Os 104 casos diagnosticados como Ca de mama representam um percentual de 81,0%, quando comparados ao total de 127 dos casos.

Na Tabela 4 é demonstrado o resultado das 127 PAAF e comparado com o diagnóstico anátomo-patológico.

Tabela 4 - Resultado em 127 punções com agulha fina e comparado ao laudo anátomo-patológico.

Pacientes com	PAAF +	PAAF -	TOTAL
câncer de massa	94	10	104
Pacientes sem	3	20	23
câncer de mama			
TOTAL	97	30	127
Sensibilidade 95%	Valor preditivo Positivo 95%		
Especialidade 96%	Valor preditivo Negativo 81%		

Dos 97 casos dados como positivos

pela punção, 94 foram confirmados pela histologia. Deste total houve 3 falsos positivos, nos quais 2 associados a processo inflamatório, sendo difícil classificá-los como negativos. Por considerá-los sugestivos de malignidade, neles foram realizados biópsia e estudo histopatológico posteriores, a fim de confirmar a benignidade da patologia.

Discussão

O princípio básico para efetuar-se a PAAF é a existência de massa, perceptível pela palpação ou pela mamografia e em que nos podemos orientar para obter material com maior exatidão^{2, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13}.

Outro dado importante são os falsos negativos, evidenciando-se a importância da habilidade ao efetuar-se uma punção: as falhas tendem a diminuir, ao mesmo tempo em que se concede melhor material para o patologista¹⁴.

Devemos atentar para o fato de que, sempre que houver forte suspeita de malignidade, não deve cessar a investigação, mesmo quando a clínica e a mamografia são positivas⁷.

A classificação dos dados citológicos, genericamente em malignos e benignos, não exclui a possibilidade de determinar com precisão o tipo de patologia: padrões de agregados e dispersões celulares, tipo "background", e presença ou não de estroma, fornecem critérios para esfregaços benignos e malignos e para subclassificar ambos os grupos:

a. Ninhos de células benignas associadas a núcleos nus e fragmento de estroma sugerem fibroadenoma^{7, 11, 12, 13}.

b. Estruturas papilíferas sugerem papilomas^{7, 11}.

c. Fundo mucinoso sugere carcinoma mucinoso^{5, 6, 7, 11}.

d. Padrões em camadas sugerem carcinoma ductal^{7, 10, 11}.

e. Células tumorais dispersas com fundo linfóide sugerem carcinoma medular.

Outro dado encontrado é o que se refe-

re às complicações, de que, em nossa amostragem, tivemos 4 casos: 3% de 127 ou 5,7% em 104 carcinomas de hematomas subcutâneos, sem maiores repercussões.

Há citações de casos de pneumotórax e hematomas de extensão importante^{1, 2, 3, 4, 5, 7}.

Conclusão

A punção aspirativa com agulha fina (PAAF) é um método diagnóstico econômico, prático, rápido, não necessitando de internação. Com um bom relacionamento médico-paciente, consegue-se repetir o procedimento quantas vezes for necessário, sem causar trauma psicológico à paciente, que é, sem dúvida, a maior beneficiada com o método.

A PAAF ainda permite a diminuição do tempo para a instituição do tratamento cirúrgico da patologia mamária, pois quando da punção positiva, far-se-á imediatamente investigação para o diagnóstico e terapêutica definitiva. Permite, ainda, que se obtenha uma diminuição do impacto psico-emocional perante uma notícia abrupta e definitiva de doença maligna.

Agradecimento

Agradecemos, com admiração e apreço, o apoio e a colaboração dos professores Nize Terezinha Antunes, Flávio Silveira Menezes e José Aparecido Granzoto.

Referências Bibliografia

- Freitas F. de; Kruse W; Riveira W. Menke C.F. Rotina em ginecologia - 3ª 1989 11:29
- Halbe H.W. Tratado de ginecologia: 1º 1990 53:653.104;
- Schmidt F.C. Oliveira M. Alves V. Gobetti S. Aspectos morfológicos da punção aspirativa de mama. Rev. Bra. de Cancerologia 1987 33:203
- Schmidt F.C. Oliveira M. Alves V.

Gobetti S. Mattos M.C. Punção aspirativa do diagnóstico citológico de lesões de mamas 1987 Jor. Bras. de Ginecologia 97:15

5. Clínicas Cirúrgicas da América do Norte - Agosto de 1978 - Simpósio sobre o câncer de mama.

6. Edward S Wilkinson and Kirby Bland - Técnicas e resultados da citologia por aspiração. Clínicas Cirúrgicas da América do Norte 1990.

7. Haagensen C.D. Doe'cas da Mama 3º 1989 34:515, 35:531

8. Mattingly B.F. Thompson J.D. Ginecologia Op. 8º 1988 10:166

9. Souza A.Z. Salvatore C.A. Mastologia prática 1º 1979 2.3 V:109, VI 129.XI: 329.

10. Donegan W.L. Spratt J.S. Câncer de Mama 2º 1982 1:13 - 3:45,21:432

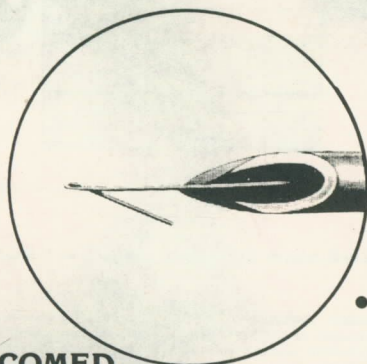
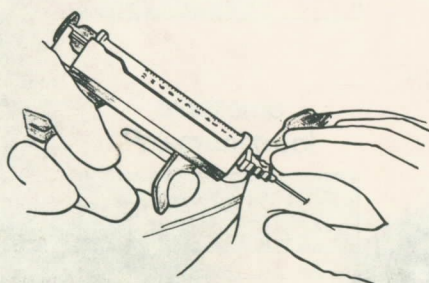
11. Robbins F.G. Patologia Estrutural e Funcional, 2º 1984 - 5:118, 27:1083

12. Galen R.S. Gambino S.P. Beyond

normality: The predictive value and efficiency of medical diagnosis, New York - John Wiley and Sons 1975.

13. Rotstein S. Fonseca N. Soares M. Costa C. A biópsia por aspiração com agulha fina como método de diagnóstico no câncer de mama. Câncer 1984: 1:55

14. Herrera AG. Schmitt F.C. Punção aspirativa de mama com agulha fina. Rev. AMRIGS Poa. Alegre 1989-11:13



Sistema novo de biópsia de corte substitui a biópsia cirúrgica mamária com muitas vantagens!

- PISTOLA DE BIÓPSIA, marca BIP, tecnologia alemã, modelo "HIGH SPEED CORE CUT" PARA AGULHAS DE CORTE DE VÁRIOS CALIBRES (14 g, 16 g, 18 g, 20 g) e curso de 12 mm.

- Agulhas de biópsia aspirativa, descartáveis e reusáveis (Chiba, Franseen, Westcott, Spinal, Menghini, Turner, Madayag)
- Agulhas de localização mamária, descartáveis e reusáveis, para marcar o acesso cirúrgico.
- JOGO DE GALACTOGRAFIA descartável.

**ECOMED
COM. E IND. LTDA.**

Rua do Catete, 347, slj. 301
22220 - RIO DE JANEIRO - RJ
Fone: 021/285-4094
Fax: 021/285-5405