



Racso Yule Queiroz
Antônio César Hummel
Maria Amélia Bezerra
Waldete Cabral Moraes

Trabalho realizado nos Setores de
Mastologia, Radiologia e
Anatomia Patológica do Hospital
Santa Lúcia de Brasília.

A INCIDÊNCIA DE CARCINOMA EM BIÓPSIA EXCISIONAL DE LESÕES IMPALPÁVEIS DA MAMA

Rev bras Mastol 1996; 6:21-24

UNITERMOS

Câncer de mama;
Lesão impalpável da mama;
Biópsia da mama.

RESUMO

No período de 1º de agosto de 1992 a 31 de dezembro de 1995, foram realizadas biópsias excisionais de 135 lesões mamárias impalpáveis em 129 mulheres. Todas as lesões foram detectadas mamograficamente e retiradas com o auxílio de localização estereotáxica. As indicações para a biópsia foram: microcalcificações agrupadas, 73 lesões (54%); nódulo de limites imprecisos, 30 lesões (22,2%); nódulo circunscrito, 26 lesões (19,3%); e densidade assimétrica ou distorção do parênquima, 6 lesões (4,5%). O exame anátomo-patológico revelou 35 carcinomas, sendo que 25 (71,4%) foram infiltrantes e 10 (28,6%) "in situ". Todos os carcinomas foram encontrados em microcalcificações agrupadas ou nódulos de limites imprecisos. Os autores concluem que a incidência de carcinoma em biópsias excisionais de lesões impalpáveis da mama é significativa (27,1% do total), principalmente nos achados mamográficos de microcalcificações agrupadas ou nódulos de limites imprecisos.

INTRODUÇÃO

O aumento na utilização da mamografia na prática clínica tem resultado na detecção de um grande número de lesões impalpáveis, sendo que muitas são radiologicamente suspeitas de malignidade. A biópsia com agulha ("core biopsy") e/ou a excisão cirúrgica destas lesões impalpáveis levam à identificação de pacientes com câncer inicial da mama, acarretando índices elevados de sobrevida global^{2,7}.

A finalidade deste trabalho é relatar nossa experiência com a incidência de carcinoma em biópsias cirúrgicas

excisionais de lesões impalpáveis da glândula mamária, lesões estas detectadas mamograficamente.

MÉTODO

No período de 1º de agosto de 1992 a 31 de dezembro de 1995, foram realizadas biópsias cirúrgicas excisionais em 129 pacientes com 135 lesões mamográficas impalpáveis da glândula mamária. Todas as lesões foram localizadas através de estereotaxia e marcadas com fio metálico. Havia seis pacientes com duas lesões, sendo

ipsilaterais ou em ambas as mamas, que exigiram duas localizações distintas. Todas eram do sexo feminino e com idade variando de 30 a 78 anos.

Nenhuma das pacientes apresentava lesão palpável. A biópsia cirúrgica com localização estereotáxica foi sempre baseada em achados de mamografia. As indicações para o procedimento foram (tabela 1): microcalcificações agrupadas, 73 lesões (54%); nódulo de limites imprecisos, 30 lesões (22,2%); nódulo circunscrito, 26 lesões (19,3%); e densidade assimétrica ou distorção do parênquima, 6 lesões (4,5%).

A biópsia cirúrgica foi realizada no máximo 24 horas após o procedimento de localização estereotáxica. Nas pacientes com microcalcificações agrupadas, realizava-se a radiografia da peça operatória. Este espécime era então encaminhado para o Setor de Anatomia Patológica para a realização dos cortes semi-seriados e a inclusão em parafina. Não se utilizou o exame anatomo-patológico por congelação. Em relato anterior, detalhamos as técnicas de localização pré-operatória e biópsia cirúrgica excisional⁹.

RESULTADOS

O diagnóstico de carcinoma esteve presente em 35 (27,1%) das 129 pacientes biopsiadas. Dentre os 35 casos de câncer, 25 foram carcinomas infiltrantes (71,4%) e 10 foram “in situ”, (28,6%). Dos 10 casos de neoplasmas “in situ”, 9 eram intra-ductais e 1 era lobular. Das 25 lesões infiltrantes, houve 20 carcinomas ductais (80%), 2 lobulares, 2 tubulares e 1 misto (ductal e lobular).

A idade das pacientes com câncer variou de 35 a 74 anos (média de 48,2 anos). A idade média das pacientes com carcinoma “in situ” foi de 48,5 anos e daquelas com carcinoma infiltrante foi de 48,1 anos.

Todos os 35 casos de carcinoma foram diagnosticados em microcalcificações agrupadas e nódulos de limites imprecisos (tabela 2). As microcalcificações agrupadas foram responsáveis pela detecção de 23 cânceres. Já

as lesões nodulares de limites imprecisos contribuíram para o diagnóstico de 12 carcinomas. Ao se considerar o número total de microcalcificações agrupadas biopsiadas (n = 73), a detecção de câncer esteve presente em 31,5% (n = 23) dos casos. Já nos nódulos com limites imprecisos (n = 30), o carcinoma foi diagnosticado em 40% (n = 12) das pacientes.

Dentre as 35 pacientes com carcinoma, havia 4 com história prévia de tratamento por tumores malignos da mama. Houve 3 casos de carcinoma de mama oposta e 1 caso de cystossarcoma phyllodes variedade maligna também de mama contralateral.

DISCUSSÃO

Os nossos resultados revelam que a mamografia pode detectar casos de câncer da mama numa fase incipiente, não diagnosticados pelo exame clínico. A estereotaxia também é de grande valia na localização pré-operatória destas lesões, pois é precisa, pouco traumática e permite que a exérese da anomalia diagnosticada radiologicamente seja realizada com segurança.

A indicação de biópsia cirúrgica em lesões mamográficas é sempre difícil e deve manter uma taxa aceitável de lesões malignas. Nossa taxa de carcinomas (27,1%) é intermediária àquelas encontradas por vários autores, que

Tabela 1

Indicações (achados mamográficos) da biópsia cirúrgica excisional

Indicações	n = 135	% = 100
Microcalcificações agrupadas	73	54,0
Nódulo de limites imprecisos	30	22,2
Nódulo circunscrito	26	19,3
Densidade assimétrica/ Distorção do parênquima	6	4,5

Tabela 2

Correlação dos achados mamográficos com o diagnóstico do carcinoma

Mamografia	Carcinoma “in situ”	Carcinoma infiltrante
Microcalcificações agrupadas	8	15
Nódulo de limites imprecisos	2	10
Total	10	25

varia de 17 a 46%^{4,5,6,8}. Nossos dados também mostram um número significativo de lesões “in situ” (28,6% do total), em comparação a dados de carcinoma em tumor palpável, onde estes casos não ultrapassam 5% do total¹.

A presença de microcalcificações agrupadas é o sinal mamográfico que tem propiciado a detecção precoce de grande número de casos de câncer da mama. Na nossa casuística, foi o sinal responsável pelo diagnóstico da maioria dos casos, ou seja, 23 dentre 35. Entretanto, não tem sido possível determinar quais os critérios mamográficos que podem ser específicos para o diagnóstico de câncer em microcalcificações agrupadas. Lafontan e col.³ relatam três critérios associados com

um risco maior de câncer: forma vermicular, disposição linear e ramificada e tamanho irregular. Dois outros critérios viriam em importância decrescente: número total de microcalcificações acima de 30 e número de microcalcificações maior que 20/cm².

Finalizando, acreditamos que a significativa incidência de carcinoma em biópsias de lesões impalpáveis da mama é conseqüente à maior utilização da mamografia em mulheres assintomáticas nos últimos anos. Isto é de grande importância clínica, pois permite diagnósticos mais precoces e terapêuticas menos mutilantes, acarretando melhor qualidade de vida, assim como sobrevidas globais superiores.

KEY WORDS

Breast cancer;
Nonpalpable breast lesion;
Breast biopsy.

ABSTRACT

THE INCIDENCE OF CARCINOMA IN EXCISIONAL BIOPSY OF NONPALPABLE BREAST LESIONS

From August 1992 to December 1995, 129 women with 135 nonpalpable breast lesions were submitted to excisional biopsy. All the lesions were detected with mammography and were surgically removed by using a previous stereotactic localization. The indications for the biopsies were: clustered microcalcifications, 73 lesions (54%); tumor with irregular borders, 30 lesions (22.2%); circumscribed tumor, 26 lesions (19.3%); and abnormal density or architectural distortion, 6 lesions (4.5%). The histologic examination showed 35 carcinomas. Twenty-five carcinomas (71.4%) were infiltrating and 10 (28.6%) were without infiltration. All the tumors were diagnosed in clustered microcalcifications or tumor with irregular borders. The authors conclude that the incidence of carcinoma in excisional biopsy of nonpalpable breast lesions is important (27.1%), mainly in the mammographic views with clustered microcalcifications or tumor with irregular borders.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASHIKARI R, HADJU SI, ROBBINS GF. Intraductal carcinoma of the breast (1960-1969). *Cancer* 1971; 28: 1182-1187.

2. FEIG SA. Decreased breast cancer mortality through mammographic screening: results of clinical trials. *Radiology* 1988; 167: 659-665.

3. LAFONTAN B, DAURES JP, SALICRU B et al. Isolated clustered microcalcifications: diagnostic value of mammography - series of 400 cases with surgical verification. *Radiology* 1994; 190: 479-483.

4. LUINI A, SACCHINI V, GALIMBERTIO, FERRANTINI C, COSMACINI P. Preoperative localization and surgical approach in 344 cases of nonpalpable breast lesions. *Eur J Surg Oncol* 1991; 17: 480-484.

5. MILLER RS, ADELMAN RW, ESPINOSA MH, DORMAN SA, SMITH DH. The early detection of nonpalpable breast carcinoma with needle localization: experience with 500 patients in a community hospital. *Am Surg* 1992; 58: 193-198.

6. SILVA NETO JB, MENDES FILHO A, GIANOTI FILHO O. Valor das microcalcificações agrupadas no diagnóstico precoce do câncer da mama. *Rev Ass Med Brasil* 1976; 22: 326-328.

7. TABAR L, DEAN PB. The control of breast cancer through mammography screening. *Radiol Clin North Amer* 1987; 25: 993-1005.

8. THOMPSON WR, BOWEN JR, DORMAN BA, PRICOLO VE, SHAHINIAN TK, SODERBERG CH Jr. Mammographic localization and biopsy of nonpalpable breast lesions. A five-year study. Arch Surg 1991; 126: 730-734.
9. YULE R, HUMMEL AC, RIBEIRO FILHO JA, MIRANDA F, LUCENA JB, MIZIARA H. Localização pré-operatória e biópsia cirúrgica de lesões impalpáveis da mama. Acta Oncol Bras 1994; 14: 213-216.

Endereço para correspondência:

Racso Yule Queiroz

*Hospital Santa Lúcia - SHLS 716 - Bloco E - Sala 6
70390-700 - Brasília - DF*