

Análise de exames citopatológico de mama e mamográficos no diagnóstico das doenças da mama, Santo Ângelo (RS), Brasil

Analysis of cytopathologic breast examinations and mammography in the diagnosis of breast diseases, Santo Ângelo (RS), Brazil

Andressa de Azambuja Pias Weber¹, Ezequiel Dalla Corte², Vera Regina Andrade Vargas³

Descritores

Câncer de mama
Citopatologia
Mamografia

Keywords

Breast neoplasm
Cytopathology
Mammography

RESUMO

Introdução: No Brasil, tem sido observado o aumento da incidência do câncer de mama, acompanhado do aumento da mortalidade. **Objetivo:** Analisar os resultados dos exames citopatológicos de mama e mamográficos em um grupo de mulheres que apresentaram queixas mamárias. **Materiais e Métodos:** A amostra foi constituída de 46 prontuários médicos das pacientes atendidas em uma Clínica de Mastologia do município de Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, no período de 2006 a 2009, que apresentavam queixas mamárias e realizaram os exames citopatológicos de mama no Laboratório Oswaldo Cruz. **Resultados:** A média etária das pacientes foi de 40,2 anos, variando de 17 a 79 anos. O nódulo representou 56,7% das queixas mamárias. Com relação aos achados mamográficos, a maior parte das mulheres (47,8%; 22 pacientes) não realizou mamografia. Entre aquelas que realizaram a mamografia, 23,9% (11 indivíduos) apresentaram BI-RADS[®] 2. Das pacientes que realizaram o exame citológico, a maior parte (47,83%, 22 participantes) apresentou cisto de mama, seguida de 28,26% (13) de pacientes com fibroadenoma. Nos exames citopatológicos por faixas etárias, observou-se que a maioria das pacientes (93,49%) apresentou resultado negativo para malignidade, sendo esse achado mais frequente (56,52%) na faixa etária de 40 anos ou mais. **Conclusão:** É de suma importância detectar o câncer de mama precocemente devido à sua letalidade, assim como à sequela física e emocional para a mulher ao receber esse diagnóstico, permitindo maior sobrevida e melhor qualidade de vida às mulheres.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, an increased incidence of breast cancer followed by mortality has been observed. **Objective:** To analyze breast cytopathologic examinations and mammographies in a group of women who had breast related complaints. **Methods:** The sample was composed of 46 medical records of patients treated at a mastology clinic in Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, Brazil, from 2006 to 2009, who presented with breast related complaints and underwent cytopathologic examinations at Laboratory Oswaldo Cruz. **Results:** The mean age of patients was 40.2 years old, ranging from 17 to 79 years of age. The nodule represented 56.7% of mammary complaints. Regarding mammography findings, most of the women (47,8%; 22 patients) were not submitted to the examination. Among those who underwent mammography, 23.9% (11 individuals) presented BI-RADS[®] 2. Among the patients who underwent the cytologic examination (47.83%, 22 participants), most of them had

Trabalho realizado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas – Porto Alegre (RS), Brasil.

¹Mestre em Medicina na área de Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Especialista em Citologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Citologia Clínica – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Andressa de Azambuja Pias Weber – Avenida Ipiranga, 1175, apto. 401, bloco A – CEP 90160-093 – Porto Alegre (RS), Brasil – E-mail: andressa.pias@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 10/01/2013. Aceito em: 23/07/2013

*breast cyst, followed by 28.26% (13) of patients with fibroadenoma. In cytopathologic tests by age group, it was observed that most patients (93.49%) presented negative results for malignancy, and this finding was more frequent (56,52%) among women aged 40 years old or more. **Conclusion:** The early detection of breast cancer is very important due to its lethality, as well as physical and emotional sequelae for women who receive this diagnosis, allowing better survival rates and quality of life for women.*

Introdução

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, o que se deve principalmente a um retardamento no diagnóstico¹. Com base nos dados do Instituto Nacional do Câncer¹, a neoplasia de mama é a segunda causa mais frequente de câncer em mulheres no Brasil. Os números de 2012 apontam 52.680 novos casos de câncer de mama no Brasil, com risco estimado de 52 casos para cada 100 mil mulheres¹.

As principais queixas mamárias são: dor, nódulos e derrame papilar². Mastologia é o termo usado para denominar a dor de origem mamária, evento comum que, sem nenhuma patologia prévia, pode atingir até 70% das mulheres durante alguma fase de suas vidas^{3,4}. Raramente, a mulher que apresenta apenas mastalgia terá câncer, mas mesmo assim essa dor deve ser investigada⁵. O nódulo mamário é definido como um achado palpatório tridimensional do qual se pode delimitar o comprimento, largura e altura, sendo uma alteração comum, na maioria das vezes benigna, sendo o câncer de mama seu diagnóstico diferencial^{2,6-8}. A descarga papilar é a saída de secreção através da papila mamária, que ocorre fora do ciclo grávido-puerperal, sendo um sinal inespecífico, pois pode ter causa mamária ou extramamária, constituindo aproximadamente 7% das queixas mamárias^{2,9}. O derrame papilar tem grande importância clínica quando não existe nenhuma massa palpável⁹.

Os métodos mais usados para o rastreamento do câncer de mama são o autoexame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e o exame mamográfico (MMG)¹⁰. O AEM é um exame de fácil execução, realizado pela própria mulher por meio da palpação. A pessoa examina as próprias mamas, devendo ser realizado entre o sétimo e o décimo dia do ciclo menstrual¹¹. O ECM das mamas é realizado por um profissional bem treinado, anualmente, em todas as mulheres a partir dos 40 anos, e pode detectar tumor de até um centímetro, quando superficial¹. O MMG é a imagem das mamas obtidas através de raios-x em baixas doses, sendo capaz de detectar pequenas alterações no tecido mamário. Permite diagnosticar um câncer de mama em fase bem precoce, diminuindo em até 30% a mortalidade^{2,12,13}.

Além dos procedimentos já descritos, a ultrassonografia (US) é um método de imagem importante que permite a diferenciação entre nódulos sólidos e císticos, devendo ser

empregada e interpretada em conjunto com a mamografia, pois aumenta sua sensibilidade e especificidade e é superior na avaliação de mamas densas de jovens e grávidas². Já as punções e biópsias destinam-se à confirmação cito-histológica das lesões detectadas pela prática clínica e pelos métodos de imagem, sendo que para o exame citológico é realizada uma punção aspirativa com agulha fina (PAAF), e para o exame histopatológico são realizados biópsia percutânea, *core biopsy* e mamotomia².

Exames citopatológicos e mamografias das doenças da mama

O método citopatológico possui uma grande aceitação devido à facilidade de execução, sendo que o material é fixado imediatamente para evitar alterações das características celulares. A fixação é realizada com álcool 95% e, em seguida, é centrifugado e corado pelo método de Papanicolaou^{14,15}. As vantagens de sua utilização consistem no baixo custo, excelente aceitação do paciente, morbidade mínima e raras ocorrências de complicação^{16,17}.

A mamografia é um exame de rotina que serve ou como teste de rastreamento em mulheres sem sinais ou sintomas de câncer de mama, ou como teste diagnóstico, quando é realizado como método de investigação em mulheres com presunção clínica de câncer de mama^{12,13}. Segundo a *American Radiology Society*, a primeira mamografia deve ser realizada aos 35 anos, pois a gravidade da doença é maior nas mulheres mais jovens¹⁸.

Alterações benignas e malignas da mama

As alterações benignas das mamas são condições clínicas caracterizadas por dores e/ou nodularidades mamárias que aparecem no começo do menacme, iniciam-se ou intensificam-se no período pré-menstrual e tendem a desaparecer com a menopausa, sendo as doenças inflamatórias as mais comuns^{2,8}. Entre as patologias benignas encontram-se a mastite, o fibroadenoma, o lipoma, o cisto mamário e o papiloma².

A mastite corresponde a uma das doenças inflamatórias da mama, com desenvolvimento, geralmente unilateral, de hiperemia, calor, dor, aumento de volume e, em algumas situações, pode evoluir para a formação de abscessos². A mastite

pode estar associada ao período gravídico-puerperal, estando relacionada a surtos de infecção hospitalar nas maternidades e nos bancos de leite, quase sempre secundárias à infecção pelo *Staphylococcus aureus*².

O fibroadenoma é caracterizado pela proliferação de elementos epiteliais e estromais, sendo uma lesão neoplásica benigna da mama comum em mulheres na faixa etária entre os 15 e 30 anos^{7,19,20}. Este tumor se manifesta clinicamente como um nódulo único ou múltiplo, móvel, bem delimitado, não fixo ao tecido adjacente e lobulado, com maior ocorrência no quadrante súpero-lateral, que cresce lentamente de um a três centímetros e geralmente é indolor, exceto durante a gravidez e a lactação^{8,21}.

O lipoma é uma proliferação benigna das células lipídicas que se manifesta como um nódulo móvel amolecido ou com consistência elástica, podendo atingir grandes proporções que alteram o contorno mamário². Geralmente é assintomático e unilateral²². Estudos histopatológicos mostram que existe uma pseudocápsula que o delimita⁷. O lipoma pode sofrer esteatose e ter áreas endurecidas, podendo ser confundido com o carcinoma. Sua importância reside no diagnóstico diferencial com o fibroadenoma e com o câncer de mama².

O cisto mamário é o resultado da involução lobular da mama, nem sempre palpável, podendo levar ao desconforto mamário ou dor local, causado pela distensão que ocasiona². Ocorre no período do climatério, sendo mais comum entre os 35 e 50 anos de idade². Os cistos afetam de 7 a 10% da população feminina, podendo ser únicos ou múltiplos, uni ou bilaterais. Clinicamente, apresentam-se como nódulo de aparecimento súbito, com contorno regular, móvel e doloroso⁸. Têm consistência amolecida ou, quando o líquido intracístico encontra-se sob tensão, a sensação palpatória é fibroelástica⁸.

O papiloma é um tumor intraductal benigno que se desenvolve no lúmen de grandes e médios dutos subareolares, não formando massa palpável^{8,23}. Pode apresentar-se como papiloma solitário, ocorrendo na maioria das vezes (90%) no ducto central de maior calibre, manifestando-se com descarga papilar sero-hemorrágica, espontânea, uniductal e unilateral. Em apenas 10% dos casos, está na forma de papilomatose múltipla (PM), que se caracteriza pela presença de múltiplos papilomas no mesmo ducto ou em dutos diferentes^{8,23}. Os papilomas são mais frequentes em mulheres de 30 e 50 anos e, no diagnóstico clínico, é importante a pesquisa do “ponto-gatilho”. O tumor é benigno, porém, o diagnóstico diferencial é o câncer de mama^{2,7}.

A carcinogênese mamária é um processo complexo e pode ser dividido em três fases: iniciação, promoção e progressão^{2,24}. A iniciação envolve eventos genéticos desencadeados por fatores carcinogênicos, como a ativação de proto-oncogenes e a perda do bloqueio de genes supressores tumorais^{2,24,25}. Na promoção, até mesmo sem alterar o DNA substâncias estimulam a divisão celular, proporcionando o aumento da probabilidade

de mutações. Estes estímulos são os hormônios esteroides, as reações inflamatórias e os fatores de crescimento^{2,24}. A fase de progressão tem início quando há um tumor formado, e diz respeito à sua capacidade de invasão e de metastização².

Tendo em vista a letalidade do câncer de mama, assim como a seqüela física e emocional para a mulher ao receber o diagnóstico, é de suma importância que ele seja detectado precocemente, identificando o tumor com o menor tamanho possível e em estágio inicial, o que permite maior sobrevida e melhor qualidade de vida às mulheres^{18,26,27}. Deste modo, o objetivo do estudo foi analisar os resultados dos exames citopatológicos de mama e mamografia no diagnóstico das doenças das mamas de um determinado grupo de mulheres que apresentaram queixas mamárias.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional, transversal e retrospectivo. A amostra foi constituída pelos prontuários médicos das pacientes atendidas em uma clínica de Mastologia do município de Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, no período de 2006 a 2009, que apresentavam queixas mamárias e realizaram os exames citopatológicos de mama no Laboratório Oswaldo Cruz.

Para o diagnóstico do exame citopatológico foram considerados os critérios, descritos por Demay²⁸ e Mckee²⁹:

- Mastite: no exame citológico, são observados sinais de inflamação aguda, sendo encontrado o exsudato leucocitário, com grande quantidade de polimorfos neutrófilos, macrófagos, células gigantes multinucleadas e o fundo proteico com debris celulares.
- Fibroadenoma: nesse esfregaço são visualizados grupos celulares epiteliais em formato de dedo de luva, formando agrupamentos arborescentes e numerosos núcleos desnudos, muitas células ductais coesas em monocamadas, fragmentos de células estromais, lençóis de células ductais e células mioepiteliais.
- Lipoma: apresenta-se com um fundo sujo, com poucas células epiteliais ductais, agrupamentos de células adiposas e, por vezes, necrose gordurosa. São observados também detritos celulares e componentes inflamatórios.
- Cistos mamários: no esfregaço de punção são observadas células ductais e inflamatórias, com macrófagos de citoplasma esponjoso e grupos de células apócrinas, as quais exibem modificações degenerativas.
- Papiloma: no exame citológico são observados grupamentos de células epiteliais em arranjo papilífero tridimensional, frequentemente colunares, podendo apresentar-se agrupadas, isoladas ou em colunas. As células epiteliais frequentemente estão dispostas em meio a um fundo proteináceo ou hemorrágico, com muitos macrófagos espumosos ou carregados com hemossiderina.

- Câncer de mama: na citologia, diversas características citológicas ajudam o diagnóstico de malignidade, tais como alta celularidade, dissociação celular, tamanho nuclear e da célula, geralmente maior, criando uma relação núcleo/citoplasmática aumentada, pleomorfismo celular, limite nuclear, padrão de cromatina, nucléolos e presença de mitoses anormais. As células carcinomatosas apresentam margens irregulares, variando desde pequenas indentações até dobras ou sulcos, e brotamento ou criptas. O padrão de cromatina nas células epiteliais carcinomatosas apresentam padrão de cromatina anormal, variando de hiperromasia à granularidade, além de grumos, espaços vazios na cromatina, núcleos hiperromáticos, grandes nucléolos múltiplos, ocasionalmente únicos, corados em azul ou vermelho, anormais em tamanho e forma. As figuras de mitose podem ser encontradas em aspirados de lesões benignas ativas. Já a presença de mitoses anormais restringe-se apenas às lesões malignas.

Para o diagnóstico do exame mamográfico, foi considerada a classificação do Colégio de Radiologia dos Estados Unidos da América, conhecido pela sigla BI-RADS® (*Breast Imaging Reporting And Data System*), a qual classifica os achados em categorias ou classes, com sua respectiva conduta (Quadro 1)^{2,15}.

As variáveis estudadas foram: idade das pacientes; queixas mamárias (dor, nódulo e derrame papilar); resultado dos exames citológicos (acelular, processo inflamatório, fibroadenoma, lipoma e sugestivo de malignidade); resultado dos exames mamográficos (classificação BI-RADS®).

Foi realizada uma análise descritiva por frequência (n) e percentual. Para facilitar a distribuição dos resultados dos exames citopatológicos por faixas etárias, somente nesta análise os dados foram agrupados, sendo a citologia classificada em achados normais (incluindo alterações benignas da mama-acelular, mastite, fibroadenoma, lipoma e processos inflamatórios) e suspeitos para malignidade.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santo Ângelo, com registro número 045-04/PPH/08.

Resultados

A amostra foi constituída por 46 mulheres, sendo que a média etária das pacientes foi de 40,2 anos (desvio padrão=15,49) variando de 17 a 79 anos. Nódulos foram relatados por 47,83% (22) das pacientes, seguidos por 19,57% (nove) das pacientes que relataram ser assintomáticas. Em cinco casos (10,87%) a queixa foi de nódulo/dor; em três casos (6,52%), a queixa foi derrame papilar, seguido de dois casos (4,35%) em que a queixa foi nódulo/assintomática, nódulo/derrame papilar, nódulo/dor/derrame papilar; e em um caso (2,17%), a queixa mamária foi nódulo/inflamação (Tabela 1).

Com relação aos achados mamográficos, a maior parte das mulheres (22) não realizou mamografia. Entre as que realizaram a mamografia, 45,83% (11) apresentaram BI-RADS® 2, seguidas de 33,34% (oito mulheres) com BI-RADS® 3, sendo que para a categoria de BI-RADS® 5 e BI-RADS® 1 foram observados 8,33% (duas participantes) das mulheres.

Tabela 1. Distribuição das pacientes conforme a queixa mamária

Queixas mamárias	n	%
Assintomática	9	19,57
Derrame Papilar	3	6,52
Nódulo	22	47,83
Nódulo/Assintomática	2	4,35
Nódulo/Dor	5	10,87
Nódulo/Inflamação	1	2,17
Nódulo/Derrame Papilar	2	4,35
Nódulo/Dor/Derrame Papilar	2	4,35
Total	46	100

Quadro 1. Quadro com as categorias BI-RADS®

BI-RADS®	Achado mamográfico	Risco de Malignidade	Seguimento
0	Necessidade de complementação	–	Exame adicional (ultrassonografia, magnificação ou compressão localizada)
1	Mamografia normal	–	Controle anual
2	Achados benignos	–	Controle anual
3	Provavelmente benigno	2%	Repetir em seis meses
4 (A, B, C)	Achados suspeitos de malignidade		
	baixa suspeita	5%	Avaliação histológica
	intermediária suspeita	25%	
	Moderada suspeita	70%	
5	Achados altamente suspeitos para malignidade	85%	Avaliação histológica
6	Malignidade já comprovada		Depende do caso

Os achados suspeitos (BI-RADS® 4) e com malignidade já comprovada (BI-RADS® 6) não foram encontrados em nenhuma das pacientes (Gráfico 1).

Das pacientes que realizaram o exame citológico por expressão mamária ou por punção aspirativa por agulha fina, a maior parte (47,83%, 22 pacientes) apresentou como resultado cisto de mama, seguida de 13 pacientes (28,26%) com fibroadenoma. As demais pacientes apresentaram outros resultados, tais como mastite, lipoma e sugestivo de malignidade (Tabela 2).

Com relação aos achados dos exames citopatológicos por faixas etárias, foi observado que a maioria das pacientes (93,49%) apresentou resultado negativo para malignidade, sendo este achado mais frequente (56,52%) na faixa etária de 40 anos ou mais, seguido de 23,92% nas pacientes de 20 a 39 anos e 13,05% nas pacientes com menos de 20 anos. O achado sugestivo de malignidade foi encontrado em 6,51% das pacientes de todas as faixas etárias (Tabela 3).

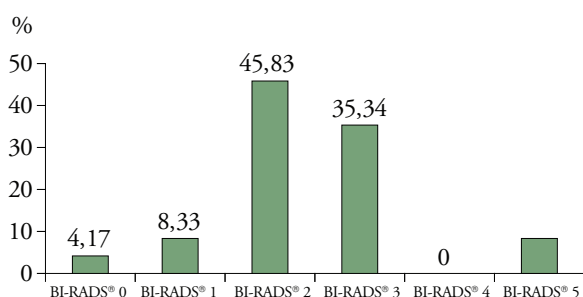


Gráfico 1. Distribuição dos resultados dos exames mamográficos

Tabela 2. Distribuição dos resultados dos exames citológicos

Exame citológico	n	%
Cisto de Mama (acelular)	22	47,83
Processos Inflamatórios (mastite)	5	10,87
Lipoma	3	6,52
Fibroadenoma	13	28,26
Sugestivo de Malignidade	3	6,52
Total	46	100

Tabela 3. Distribuição dos resultados dos exames citológicos por faixas etárias

Idade (em anos)	Exame citopatológico	
	Negativo para malignidade	Sugestivo de malignidade
<20	6 (13,05%)	1 (2,17%)
20 a 39	11 (23,92%)	1 (2,17%)
40 ou mais	26 (56,52%)	1 (2,17%)
Total	43 (93,49%)	3 (6,51%)

Discussão

No presente estudo, a amostra foi constituída por 46 prontuários médicos das pacientes atendidas em uma clínica de Mastologia. A idade média das pacientes foi de 40,2 anos (desvio padrão=15,49), sendo que a idade variou de 17 a 79 anos. No estudo realizado por Trufelli et al.³⁰, no qual foram estudadas 73 pacientes que realizaram tratamento oncológico no Hospital Estadual Mário Covas, a média etária das pacientes foi de 56,34 anos, superior à encontrada em nosso estudo, provavelmente porque a amostra de Trufelli et al.³⁰ era constituída por pacientes com diagnóstico de câncer de mama. No entanto, no estudo realizado por Ricci et al.³¹, em que 15 pacientes foram atendidas na Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), e 11 na Clínica Professor José Aristodemo Pinotti, também em São Paulo, a média etária foi semelhante à encontrada em nosso estudo: 43,2 anos, sendo que a idade variou de 29 a 81 anos^{30,31}.

Em nosso estudo, a queixa mamária mais frequente foi nódulo (47,83%), assim como no estudo de Rezende et al.³², realizado no Hospital do Câncer III do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no qual 51% dos casos tiveram nódulo como queixa. No estudo de Salles et al.³³, realizado na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e no Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, 85 casos de câncer mamário foram analisados, sendo 68,2% das pacientes assintomáticas, 25,9% com nódulo mamário, 3,5% com derrame papilar e 2,4% com outras manifestações. Nossos dados divergem destes porque Salles et al.³³ estudaram mulheres com câncer mamário^{32,33}.

Das mulheres que realizaram a mamografia, 45,83% (11) apresentaram achados benignos, seguidas de 33,34% (8) com achados provavelmente benignos, sendo que os achados altamente suspeitos para malignidade e achados os normais foram observados em 8,33% (duas) das mulheres. Nossos dados são compatíveis com o estudo de Vieira et al.³⁴, realizado no Centro de Mamografia do Hospital São Vicente de Paula (HSVP), no qual 4.968 pacientes realizaram exames mamográficos, sendo em 46,3% dos casos achados benignos; 7,5%, achados provavelmente benignos; 0,98%, achados mamográficos suspeitos; e 0,72%, achados mamográficos altamente suspeitos para malignidade³⁴.

Na pesquisa realizada por Azevedo, Koch e Canella³⁵, das 2 mil mamografias realizadas no Centro de Diagnóstico Mamário da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, em que 78,5% das pacientes eram assintomáticas e 21,5% eram sintomáticas (com sinais ou sintomas de doenças mamárias), a maioria apresentou achados mamográficos normais: 86,7% dos casos, seguida de 6,05% de achados provavelmente benignos; 4,71% dos casos necessitavam de complementação; 1,52% dos casos eram suspeitos de malignidade; em 0,57% dos casos os

achados eram benignos; e 0,38% dos achados eram altamente suspeitos de malignidade e malignidade comprovada. Os dados apresentados por Azevedo, Koch e Canella³⁵, divergem dos resultados encontrados no nosso estudo, possivelmente porque o presente abrange pacientes com alguma queixa mamária prévia³⁵.

Das pacientes que realizaram o exame citológico, a maior parte (47,83%; 22 mulheres) apresentou como resultado cisto de mama, seguido de 28,26% (13) de pacientes com fibroadenoma. No estudo realizado por Kemp et al.¹⁵, em 63 casos (60%), a citologia foi negativa, sendo que 53% (56) dos casos apresentaram fibroadenoma. Isso pode ser explicado pelo fato de que no estudo de Kemp et al.¹⁵ as mulheres apresentavam nódulos sólidos¹⁵.

Quanto aos achados dos exames citopatológicos por faixas etárias, observou-se que a maioria das pacientes (93,49%) apresentou resultado negativo para malignidade, sendo este achado mais frequente na faixa etária de 40 anos ou mais (56,52%), seguido de 23,92% nas pacientes de 20 a 39 anos e 13,05% nas pacientes com idade inferior a 20 anos. No estudo de Teive³⁶, realizado no Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 8,33% (cinco) das pacientes tiveram achados citológicos benignos, sendo 5% (três) em pacientes com idade igual ou superior a 50 anos e 3,33% (dois) com idade inferior a 50 anos. O diagnóstico citológico de malignidade foi encontrado em 19 pacientes (31,67%) com idade 50 anos ou mais, em 13 pacientes (21,67%) com menos de 50 anos, e em 23 pacientes (38,33%) (23/60) foram encontrados outros achados. Estes dados divergem dos encontrados em nosso estudo porque no estudo de Teive os pacientes tinham diagnóstico histológico de carcinoma de mama³⁶.

Conclusão

No Brasil, tem-se observado um aumento na incidência do câncer de mama, acompanhado de alta mortalidade, o que se deve principalmente a um retardamento do diagnóstico e da falta de instituição de terapêutica adequada. A amostra foi constituída pelos 46 prontuários médicos das pacientes atendidas em uma clínica de Mastologia do município de Santo Ângelo, no período de 2006 a 2009, que apresentavam queixas mamárias e realizaram os exames citopatológicos de mama no Laboratório Oswaldo Cruz, sendo a idade média das pacientes de 40,2 anos variando de 17 a 79 anos. O nódulo representou 56,7% das queixas mamárias. Com relação aos achados mamográficos, a maior parte (47,8%; 22) das mulheres não realizou mamografia. Entre as mulheres que realizaram a mamografia, 23,9% (11) apresentaram BI-RADS® 2. Das pacientes que realizaram o exame citológico, a maior parte (47,83%, 22 participantes) apresentou cisto de mama, seguida de 28,26% (13 indivíduos) de pacientes com fibroadenoma. Nos exames citopatológicos por faixas etárias, observou-se que a maioria

das pacientes (93,49%) apresentou resultado negativo para malignidade, sendo esse achado mais frequente (56,52%) na faixa etária de 40 anos ou mais. Sendo assim, a detecção precoce do câncer de mama é de suma importância devido à sua letalidade, assim como à sequela física e emocional para a mulher que recebe esse diagnóstico. O diagnóstico precoce permite maior sobrevida e melhor qualidade de vida às mulheres.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas para 2012 [Internet]. [cited 2013 Jul 3]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
2. Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cavalheiro JÁ, Rabin EG, Biettelbrunn A, et al. Rotinas em Mastologia. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2007.
3. Santos ALG, Costa AM, Figueira Filho ASS, Araújo RRF. Características clínicas e psicológicas em mulheres portadoras de mastalgia cíclica tratadas com os ácidos gamalinolênico e linoléico. Rev Bras Mastologia. 2003;13(1):37-44.
4. Rosolowich V, Saettler E, Szuck B. Mastalgia. SOGC Clinical Practice Guideline. 2006;170:49-57.
5. Khan SA, Apkarian AV. The characteristics of cyclical and non-cyclical mastalgia: a prospective study using a modified McGill Pain Questionnaire. Breast Cancer Res Treat. 2002;75(2):147-57.
6. Soriano PG, Cerri GG. Estudo dos nódulos mamários: comparação entre biópsias percutâneas orientadas pela ultra-sonografia e resultados cirúrgicos. Radiol Bras. 2001;35(5):280.
7. Gallego G. Nódulo palpável de mama. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005;56(1):82-91.
8. Nazário ACP, Rego MF, Oliveira VM. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(4):211-20.
9. Andrea CE, Sobral ACL, Costa ESM, Totsugui JT, Araújo SR, Collaço LM. Citologia do derrame papilar. J Bras Patol Med Lab. 2006;42(5):333-7.
10. Borba AA, Souza RM, Lazzaron AR, Defferrari R, Scherer L, Frasson AL. Frequência de Realização e Acurácia do Auto-Exame das Mamas na Detecção de Nódulos em Mulheres Submetidas à Mamografia. Rev Bras Ginecol Obstet. 1998;20(1):37-43.
11. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. Rev Lat Am de Enfermagem. 2003;11(1):21-8.
12. Leite RC, Oliveira C, Ribeiro L. Câncer de Mama. Prevenção e tratamento. São Paulo: Editora Edipro; 2002.
13. Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. Radiol Bras. 2004;37(2):91-9.
14. Piato S. Mastologia. São Paulo: Editora Roca; 1995.
15. Kemp C, Elias S, Borrelli K, Narvaiza DG, Kemp CGM, Schor AP. Punção aspirativa por agulha fina orientada por ultra-sonografia em lesões não-palpáveis. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001;23(5):321-7.
16. Derrosi DR, Ito K, Couto Filho JO, Bacchi CE. Avaliação da expressão da proteína bcl-2 no carcinoma de mama: estudo em punção aspirativa por agulha fina; correlação com grau histológico em espécimes cirúrgicos correspondentes. J Bras Patol Med Lab. 2003;39(3):229-35.

17. Dantas KAN, Santos GC, Giannotti Filho O. Sistemas de graduação para carcinoma de mama: estudo comparativo da concordância citohistológica. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(2):87-92.
18. Borghesan DHP, Baraúna M, Pelloso SM, Carvalho MDB. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. *Acta Sci Health Sci.* 2005;25(1):103-13.
19. Moretti TBC, Saad LO, Andrade LA, Fernandes AMS. Fibroadenoma da vulva: relato de dois casos. *Rev Ciênc Med.* 2008;17(2):105-9.
20. Tapia GN, Carrasco GA, Camus MA, Oddó DB. Carcinoma in situ dentro de un fibroadenoma de mama: tres casos clínicos. *Rev Chil Cir.* 2008;60(5):437-41.
21. Calado SS, Lima MCCA. Estudo morfológico dos fibroadenomas da mama: uma análise comparativa entre grupos etários. *J Bras Patol Med Lab.* 2004;40(6):411-20.
22. Duarte RD, Furtado AA, Lermen Júnior A, Borges L, Carvalho EM, Neves HZ, et al. Lesões mamárias incomuns: ensaio iconográfico. *Radiol Bras.* 2005;38(5):371-6.
23. Fauz RS, Hidalgo RT, Urban LABD. Papilomatose múltipla e recorrente unilateral: avaliação pelos métodos de imagem. *Radiol Bras.* 2002;35(1):59-61.
24. Molina L, Dalben I, De Luca LA. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(2):185-190.
25. Alvarenga M, Cotta AC, Duflath RM, Schmitt FCL. Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos. *J Bras Patol Med Lab.* 2003;39(2):167-77.
26. Bervian PI, Girardon-Perlini NMO. A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev Bras Cancerol.* 2006;52(2):121-8.
27. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2003;37(5): 576-82.
28. DeMay RM. *Practical principles of cytopathology.* Chicago: ASCP Press; 1999.
29. McKee GT. *Citopatologia.* Rio de Janeiro: Editora Artes Médicas; 2001.
30. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. *Rev Assoc Med Bras.* 2008;54(1):72-8.
31. Ricci MD, Carvalho FM, Pinotti M, Giribela AHG, Boratto MG. Biópsia mamária assistida a vácuo (mamotomia) guiada por ultra-som: apresentação clinicopatológica de 26 casos. *Rev Bras Mastologia.* 2002;12(1):35-8.
32. Rezende MCR, Koch HÁ, Figueiredo JÁ, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):75-81.
33. Salles MA, Matias MARF, Perez AA, Gobbi H. Carcinoma ductal in situ da mama: critérios para diagnóstico e abordagem em hospitais públicos de Belo Horizonte. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(12):721-7.
34. Vieira AV, Toigo FT. Classificação BI-RADS: categorização de 4.968 mamografias. *Radiol Bras.* 2002;35(4):205-8.
35. Azevedo AC, Koch HÁ, Canella EO. Auditoria em centro de diagnóstico mamário para detecção precoce de câncer de mama. *Radiol Bras.* 2005;38(6):431-4.
36. Teive AM. Fatores associados ao diagnóstico citológico de malignidade em punção aspirativa por agulha fina nos nódulos de mama [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Graduação em Medicina; 2008.