

R E V I S T A B R A S I L E I R A D E

MASTOLOGIA

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia

Volume 5 - nº 1 - Abril de 1995.

Editorial

A Revista Brasileira de Mastologia

Microcalcificações e Câncer de Mama

A Questão do Parceiro da Mulher
Mastectomizada

Cystossarcoma Phyllodes da Mama.
- Considerações sobre uma série histórica*

Mastectomia e suas complicações
Uma abordagem fisioterápica

Classificação das doenças proliferativas
benígnas da mama*

Procedimentos Invasivos
em Imagenologia Mamária

Lesões Circunscritas, sólidas, encontradas
pelo exame mamográfico:
impalpáveis e não calcificadas

Detecção Precoce do Câncer de Mama

SIEMENS

Mammomat 300/ Mammomat 3000

Qualidade de imagem,
diagnóstico seguro com maior
conforto para a paciente.

A Siemens está lançando sua nova linha de equipamentos para mamografia, o MAMMOMAT 300 e o MAMMOMAT 3000.

Caracterizada pela excelente qualidade de imagem, operação simplificada e baixa dose de radiação, a linha Mammomat permite o diagnóstico precoce do câncer de mama com segurança, sem riscos e com maior conforto para a paciente. Apresenta para isso recursos exclusivos como:

- Sistema de exposição automática com compensação de radiotransparência
- Grade antidifusora com carbono
- Exclusivo sistema de compressão automática de mama OPCOMP
- Sistema de automatismo de exposição OPDOSE
- Tubo emissor de raios-x com dupla pista focal de molibdênio e tungstênio

MAMMOMAT 300/3000
Confiabilidade de diagnóstico com
total conforto para a paciente.

Consulte-nos

Departamento de Marketing
Tel.: (021) 582-3245/582-3228
Fax: (021) 582-3260

Belo Horizonte
Tel.: (031) 223-0022

Curitiba
Tel.: (041) 362-1616

Recife
Tel.: (081) 461-1056

Salvador
Tel.: (071) 359-2277

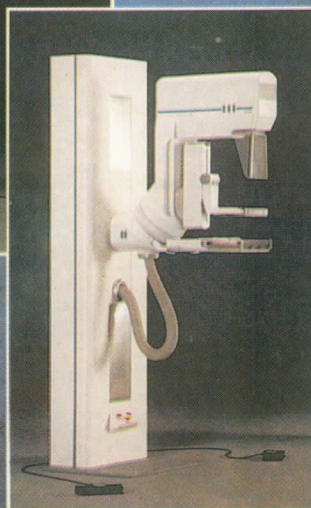
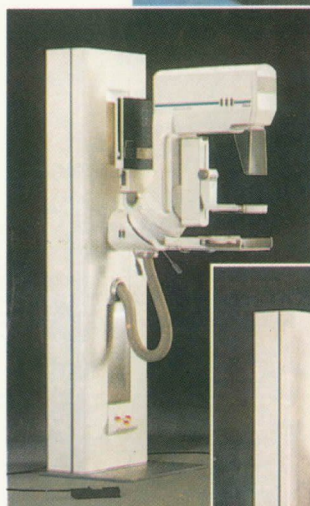
Brasília
Tel.: (061) 347-1010

Porto Alegre
Tel.: (051) 342-2200

Rio de Janeiro
Tel.: (021) 582-3226/
582-3227

São Paulo
Tel.: (011) 837-0577

Siemens Eletromedicina



REVISTA BRASILEIRA DE

MASTOLOGIA

Rev. bras. mastol. - Vol. 5 - nº1 - Abril de 1995

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

Departamento de Mastologia da Associação Médica Brasileira

Fundador: Prof. Alberto Coutinho

Aldeia

Editor:

Hermínio A. Cardozo Fº

Secretária:

Michele Tadeu

Jornalista Responsável:

Sônia Maria P. Ferreira

Mtb 17.624

Revisores

Rosângela Ferreira

Jorge L. Concelção

Chefia de Redação:

Sônia Maria P. Ferreira

Tráfego

Francisco Guimarães

Projeto

Diagramação

Produção Gráfica

Aldeia Editora e Gráfica Ltda.

Rua Cardoso de Moraes, 399

Sobrado CEP: 21032-000

Bonsucesso - Rio de Janeiro-RJ

Tel.: (FAX) (021) 280-2639

Publicidade

Hermínio Cardozo

Tel.: (FAX) (021) 280-2639

A Revista Brasileira de Mastologia é uma publicação quadrimestral de ALDEIA EDITORA E GRÁFICA LTDA editada sob autorização da Sociedade Brasileira de Mastologia, direcionada a seus sócios e aos médicos ginecologistas e oncologistas com interesse na especialidade.

Tiragem: 5.000 exemplares

REVISTA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA

EXPEDIENTE

EDITOR

Ezio Novaes Dias (BA)

EDITOR-ADJUNTO

Maciel de Oliveira Mathias (RN)

EDITORES ASSOCIADOS

Carlos Henrique Menke (RS) • Edson Mantovani Barbosa (SP)

• Gilberto Erichsen (PA) • Henrique Moraes Salvador Silva (MG) • Sérgio Ferreira Juaçaba (CE)

CONSELHO EDITORIAL

Adair E. de Araújo (RJ), Adalberto Abrão Siufi (MS), Antônio de Pádua Filho (PI), Antônio Franco Montoro (SP), Antônio S. S. Figueira Filho (PE), Aroldo Braga Filho (RS), Carlos Ignácio de Paula (GO), Carlos Gilberto Crippa (SC), Celeste Guerreiro (AL), Domingos A. Petti (SP), Frederico C. Pontes Gondin (CE), Helder Bittar (PA), Hélio Eloy Alves Dias (BA), Hélio Sena dos Santos (PE), Henrique B. Brenelli (SP), Hilda Fava (ES), Hiram S. Lucas (RJ), Ivanildo T. Arruda (PB), Ivo Barreto (RN), Jaime Queiroz Lima (PE), Jesus Pinheiro (AM), João Bosco (GO), João Carlos Sampaio Goes (SP), João Esberand Beltrão (PE), João Luiz C. Soares (RJ), Jorge Sampaio Goes Jr. (SP), Jorge de Marsillac (RJ), José Aristodemo Pinotti (SP), José Carlos Campos Christo (MG), José Tinoco (RO), Lair Barbosa de C. Ribeiro (BA), Luiz Antônio Brondi (SP), Luiz Carlos Calmon Teixeira (BA), Luiz Carlos Teixeira (SP), Maciel de Oliveira Mathias (RN), Marconi Luna (RJ), Maurício B. Cariello (DF), Paulo C. Fernandes (MG), Pedro Honorato (PB), Pedro Ormondi (RJ), Régis S. Azevedo (DF), Roberto Gomes (ES), Sebastião Cabral Filho (MG), Sérgio B. Hatschbach (PR), Úlpio Miranda (AL), Virgílio F. Araújo Jr. (SE), Walter Yule Raco Queiroz (DF), Wilson Batista (MG).

REPRESENTANTES DE PORTUGAL:

Antonio Gomes Jeronimo, Claudio Cunha e Dario Cruz

DIRETORIA DA SBM

Período 1992 - 1995

Presidente

Marconi Luna (RJ)

1º Vice-Presidente

Pedro Wilson Leitão Lima (DF)

2º Vice-Presidente

Regis Sales de Azevedo (DF)

Secretário Geral

Orlando Silva Teles (RJ)

1º Secretário

Roberto Hegg (SP)

2º Secretário

José Clemente Linhares (PR)

Tesoureiro Geral

Carlos Ricardo Chagas (RJ)

1º Tesoureiro

Pedro Honorato Pereira (PB)

2º Tesoureiro

Paulo Vicente de Oliveira Lima (PE)

Editor Científico

Ezio Novaes Dias (BA)

Editor Científico Adjunto

Maciel de Oliveira Mathias (RN)

Conselho Deliberativo

Antonio S. S. Figueira Filho

Membros: Adair Eiras de Araújo; Augusto do Amaral; Augusto Tuffi Hassan; Antônio S. S. Figueira Filho; Adalberto Abrão Siuf; Carlos Henrique Menke; Cosme de Guarnieri Neto; Eduardo Santos Machado; Edison Mantovani Barbosa; Hiram Silveira Lucas; Henrique Moraes Salvador Silva; Ivanildo Tomé de Arruda; Ivo Barreto de Medeiros; João Campos Soares; João Bosco Machado de Silveira; João Esberard Beltrão; Jayro Poggi de Carvalho; Gilberto Erichsen; José Antonio Ribeiro Filho; José Sigiliano Gomes Filho; José A. Pinotti; Jorge de Marsillac; Jorge Vilanova Biazus; Lair Barbosa de Castro Ribeiro; Laerte Justino de Oliveira; Marco Antonio Nasser; Maurício Bezerra Cariello; Pedro Carneiro Neto; Roberto Gomes da Silveira; Roberto de Oliveira Lima; João Carlos Sampaio Goes Junior, Tania M. Biller Teixeira.

COMISSÃO CIENTÍFICA

Henrique Moraes Salvador Silva (Presidente)

Carlos Inácio de Paula (GO)

Sérgio Juaçaba (CE)

COMISSÃO DE EPIDEMIOLOGIA

Lair Ribeiro (BA) Presidente

José Sigiliano Filho (RJ)

Melkon Fermanian (CE)

Maurício B. Cariello (DF)

Jorge Vilanova Biazus (RS)

COMISSÃO DE ESTUDOS MULTICÊNTRICOS

Roberto Hegg (SP) Presidente

Antonio Figueira Filho (PE)

Ivanildo Tomé Arruda (PB)

Augusto Tuffy Hassan (BA)

Pedro Aurélio Osmonde (RJ)

COMISSÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Cláudia Studar Leal (PE) Presidente

Sônia Maria Ávila

Tânia Maria Biller Teixeira (SE)

João Bosco Machado da Silveira (GO)

Roberto de Oliveira (ES)

COMISSÃO NACIONAL DE AVANÇOS EM MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Norma Maranhão (PE) Presidente

Celestino de Oliveira (RJ)

Marta Moreira Reis (PE)

João Lucas Neto (BA)

Luciene Lima Vianna (MG)

Edison Mantovani (SP)

Sérgio Juaçaba (CE)

COMISSÃO NACIONAL DE DEFESA PROFISSIONAL

José Antonio Ribeiro Filho (DF) Presidente

Antonio Gonçalves Ribeiro (PB)

João Augusto do Amaral (MG)

Ivo Barreto de Medeiros (RN)

Pedro Carneiro Neto (PI)

João Carlos Sampaio Góes Júnior (SP)

João Augusto Pereira do Amaral (MG)

João Esberard (PE)

COMISSÃO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA

Henrique Benedito Brenelli (SP) Presidente

Sérgio Hatschbach (PR)

Marcos Antonio Nasser Aguiar (CE)

Alfredo Carlos S. D. Barros (SP)

Carlos Mencke (RS)

Adalberto Abraão Siuffi (MS)

Laerte Justino de Oliveira (PR)

COMISSÃO NACIONAL DE ONCOLOGIA CLÍNICA

Sônia Ladeira (RJ) Presidente

Luiz Carlos Teixeira (SP)

Gildete Salles Bessa (BA)

COMISSÃO NACIONAL DE PREVENÇÃO DO CÂNCER MAMÁRIO (SBM)

Hélio Sena (PE) Presidente

Antonio Carlos Andrade Jardim (RJ)

Gilberto Erichsen (PA)

Pedro Wilson Leitão Lima (CE)

Hilda Fava (ES)

Nassif Alexandre Galeb (SP)

Regis Salles de Azevedo (DF)

COMISSÃO NACIONAL DE RADIOTERAPIA

Marcos Davi Lemos de Melo (AL) Presidente

Aroldo Braga Filho (RS)

Miguel Torres Teixeira Leite (MG)

Ernesto Roessel (PE)

COMISSÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MASTOLOGIA (TEMa)

Roberto Gomes (ES) Presidente

Helder Bittar (PA)

Josélio Martins Franco (RJ)

Ézio Novais Dias (BA)

Jairo Luiz Coelho Júnior (MG)

Editorial

A Revista Brasileira de Mastologia

A Revista da SBM teve início em agosto de 1991 na gestão do colega Figueira, sendo que já foram editados 15 (quinze) números, os quais são distribuídos entre os mastologistas quadrimestralmente.

Inicialmente, os editores foram os Drs. Antonio Figueira, Henrique Salvador e Jairo Coelho; cuja atuação foi valiosa para o bom desempenho da publicação.

Alguns colegas colaboraram com artigos originais, atualizações e casos clínicos, que a enriqueceram com sua experiência, no campo da mastologia brasileira.

Atualmente os editores da Revista são os Drs. Ezio Dias e Maciel Matias, que sempre se esforçaram na organização e publicação da Revista.

Atravessamos várias dificuldades para editar a Revista Brasileira de Mastologia, entretanto devemos creditar à todos os seus patrocinadores, que nos ajudam com afincos e tenacidade nesse empreendimento.

Para finalizar com chave de ouro, a Revista da SBM foi indexada no ISSN (International Standard Serial Number) com o Nº 0104-8058, adotando para bibliografia, o nome Rev. bras. mastol.

Almejamos que nossa revista continue sua trajetória de êxito e se torne cada vez mais, o veículo científico da Sociedade Brasileira de Mastologia.

Marconi Luna
Presidente da SBM

03 - Editorial

A Revista Brasileira de Mastologia

05- Microcalcificações e Câncer de Mama

Marconi Luna , Celestino de Oliveira, Ladislau Almeida, Elyete de Oliveira Canella, Mônica Travassos

10 - A Questão do Parceiro da Mulher Mastectomizada

Maria Alice Lustosa de Abreu - PhD

13 - Cystossarcoma Phyllodes da Mama.

- Considerações sobre uma série histórica*

Paulo Cesar Alves Carneiro, Helder da Fonseca Bittar

19- Mastectomia e suas complicações

Uma abordagem fisioterápica

Jacson Nesi - fisioterapeuta

22 - Classificação das doenças proliferativas benígnas da mama*

Laurival A. De Luca, Gilberto Uemura, José Ricard do P. Rodrigues, Tereza Rodrigues, Heloísa M. De Luca, Karina Cristiuma

28 - Procedimentos Invasivos em Imagenologia Mamária

Celestino de Oliveira, Elyete de Oliveira Canella, Ladislau Almeida, Marconi Luna e Mônica Travassos

37 - Lesões Circunscritas, sólidas, encontradas pelo exame mamográfico: impalpáveis e não calcificadas

Carlos Ricardo Chagas

41 - Detecção Precoce do Câncer de Mama

Nassif Alexandre Galeb Junior

Microcalcificações e Câncer de Mama

**Marconi Luna¹, Celestino de Oliveira¹, Ladislau Almeida¹, Elyete de Oliveira Canella²,
Mônica Travassos²**

1- Diretores do Centro de Mastologia do Rio de Janeiro

2- Staff do Centro de Mastologia do Rio de Janeiro

Introdução

A análise das microcalcificações (MC) representa parte extremamente importante na semiologia da radiologia mamária, porquanto pode representar o sinal mais precoce de malignidade. O presente trabalho tem por finalidade discutir esta análise, bem como tentar definir os termos constantemente utilizados nos laudos radiológicos, para melhorar a comunicação entre mastologistas e médicos solicitantes de mamografias.

A maior parte das microcalcificações encontradas nas mamografias é de natureza benigna, porém um percentual significativo – cerca de 20 a 30% segundo Sickles (1), representa malignidade.

Uma abordagem correta reduz a possibilidade de erro diagnóstico e inclui, obrigatoriamente, uma rotina na análise das lesões. Convém lembrar ainda, que neste estudo é necessário utilizar mamógrafos dedicados, capazes de produzir imagens de alta resolução e técnica de magnificação com aumento de 1,85X (1), além de processamento impecável das imagens obtidas.

Características das Microcalcificações Malignas

Microcalcificações são definidas como estruturas opacas, com densidade cálcica e tamanho igual ou menor que 0,5 cm (1,2), que devem ser analisadas de acordo com o número, forma, densidade e distribuição (3).

Número - Para a maioria dos autores, os grupamentos são suspeitos se possuem 5 ou mais MC por centímetro cúbico (1). O grau de suspeição é diretamente proporcional ao número das MC. Todavia, um número menor de MC pode merecer o mesmo grau de suspeição se estas tiverem aspecto característico de malignidade (se forem arborescentes por exemplo).

Forma - MC de formas diferentes entre si, dentro de um mesmo grupamento (punctiformes, lineares, rami-

ficadas, em forma de letras - "Y", "T", "L") são muito sugestivas de malignidade e quanto mais variadas as formas maior a suspeição radiológica.

Densidade - Frequentemente as MC apresentam alta densidade, a despeito do pequeno tamanho, com variação de densidade entre elas e em si próprias.

Distribuição - Em geral são unilaterais e podem estar agrupadas em pequenas áreas ou distribuídas em um setor da mama, seguindo um trajeto ductal a partir da papila.

No estudo dos grupamentos de MC, o uso da classificação morfológica de Le Gal (4) pode ser de grande ajuda. A doutora Le Gal classificou as MC em tipos de I a V, que apresentam valor patológico crescente.

Quadro I

Classificação de Le Gal

- | | |
|---|--|
|  | Tipo I
MC anulares, redondas, discóides, com centro radiolúcido
Todas são benignas |
|  | Tipo II
MC de tamanho uniforme, redondas.
10 a 20% são malignas |
|  | Tipo III
MC punctiformes, pouco precisas, de difícil visualização, tipo "poeira".
20 a 40% são malignas |
|  | Tipo IV
MC irregulares, poliédricas, tipo "grão de sal".
70% são malignas. |
|  | Tipo V
MC vermiculares, finas, curvilíneas, ramificadas, lineares, em forma de "letras" ("Y", "T", "L", "V" - correspondendo às formas moldadas nos ductos).

Todas são malignas |

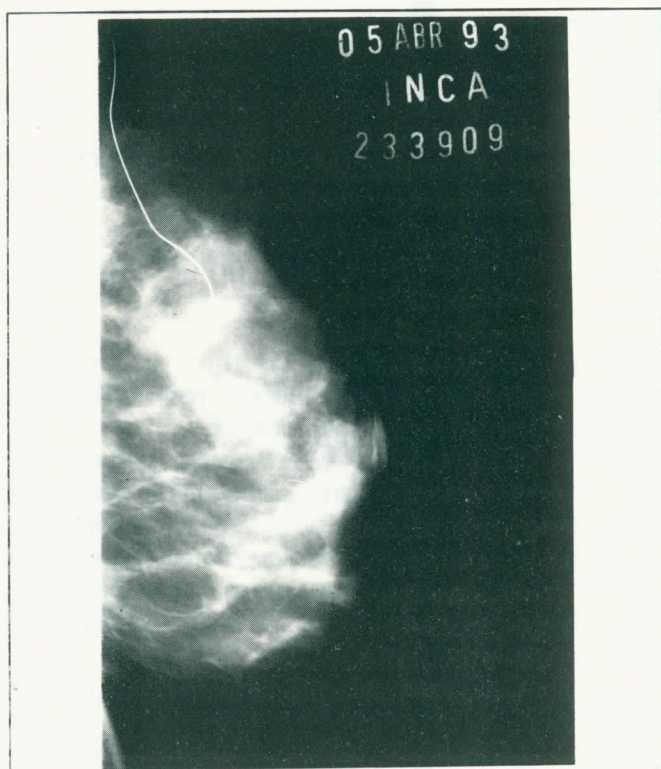


Figura 1-A – Microcalcificações tipo III V.L.M.G, 45 anos.
HP – Carcinoma intra-ductal em 3 cortes dos 28 examinados.
Controle em perfil de estereotaxia.

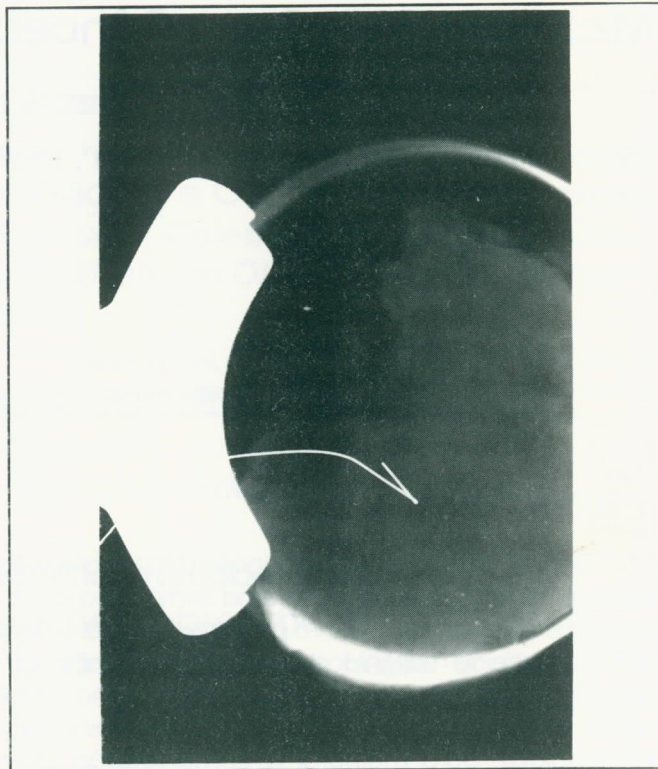


Figura 1-B – Microcalcificações tipo III V.L.M.G, 45 anos.
HP – Carcinoma intra-ductal em 3 cortes dos 28 examinados. Radiografia de peça cirúrgica, com magnificação

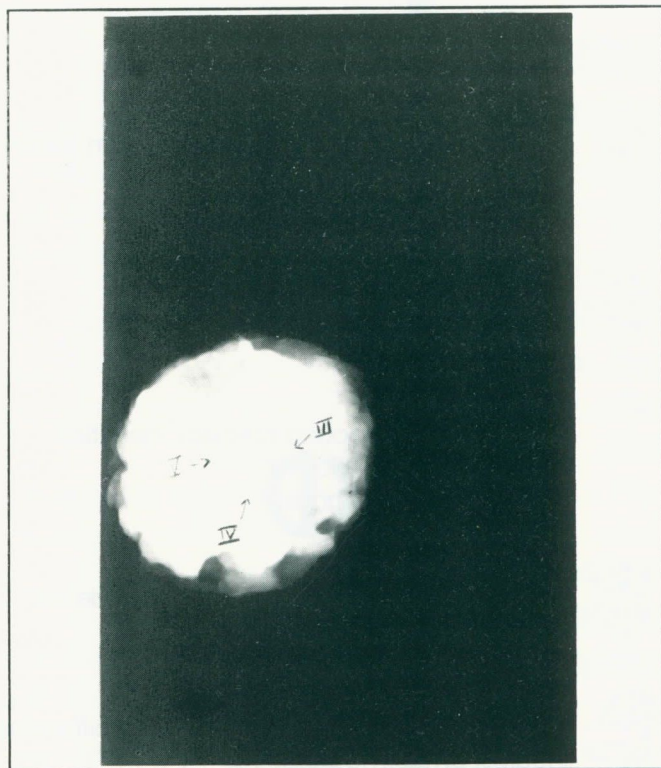


Figura 2 – Radiografia de peça cirúrgica, em Microcalcificações tipo III, IV e V. L.G, 42 anos.
HP - carcinoma ductal infiltrante

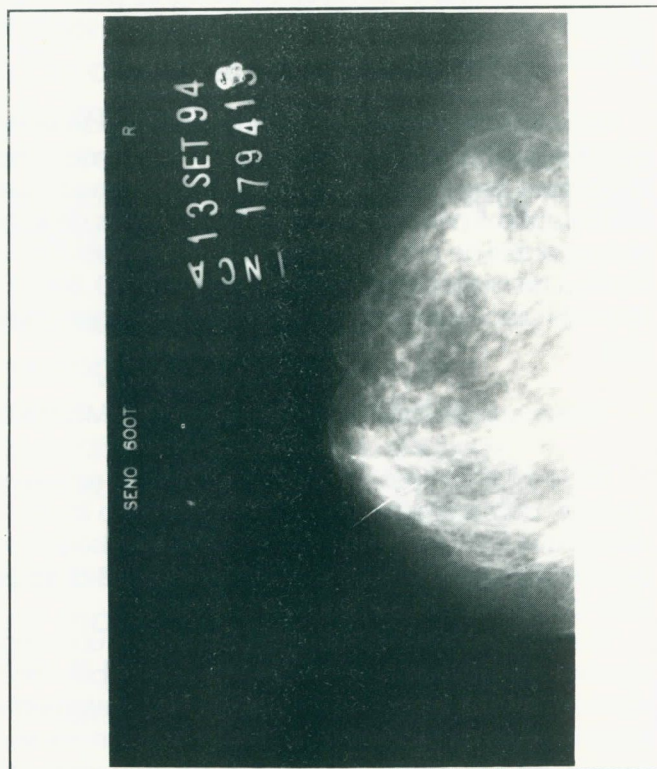


Figura 3 – Microcalcificações tipo V, seguindo trajeto ductal.
I.A.A., 60 anos.
HP – carcinoma ductal infiltrante com áreas de carcinoma intra-ductal, tipo comedocarcinoma.

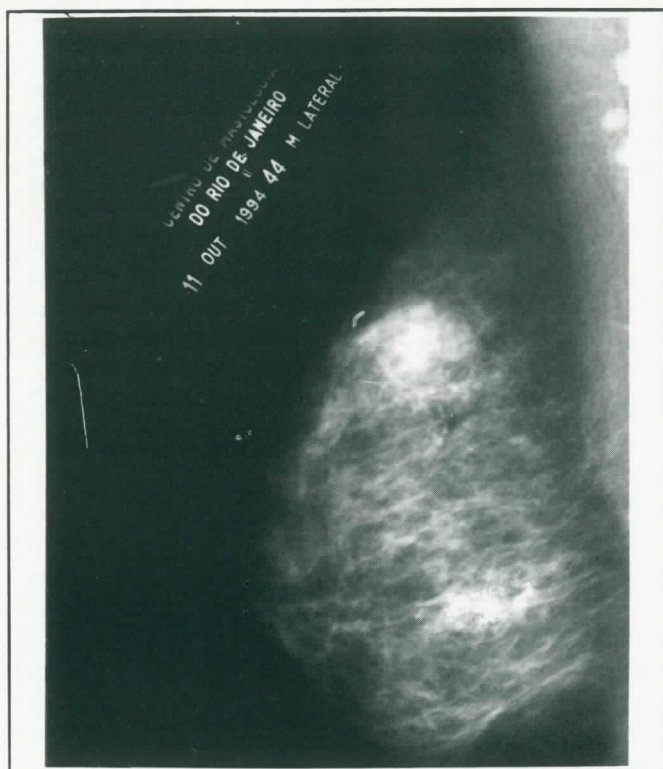


Figura 4-A – Microcalcificações tipo V. M.M.G.R., 45 anos.
HP – Carcinoma ductal Infiltrante, tipo comedocarcinoma.
Incidência mediolateral oblíqua.

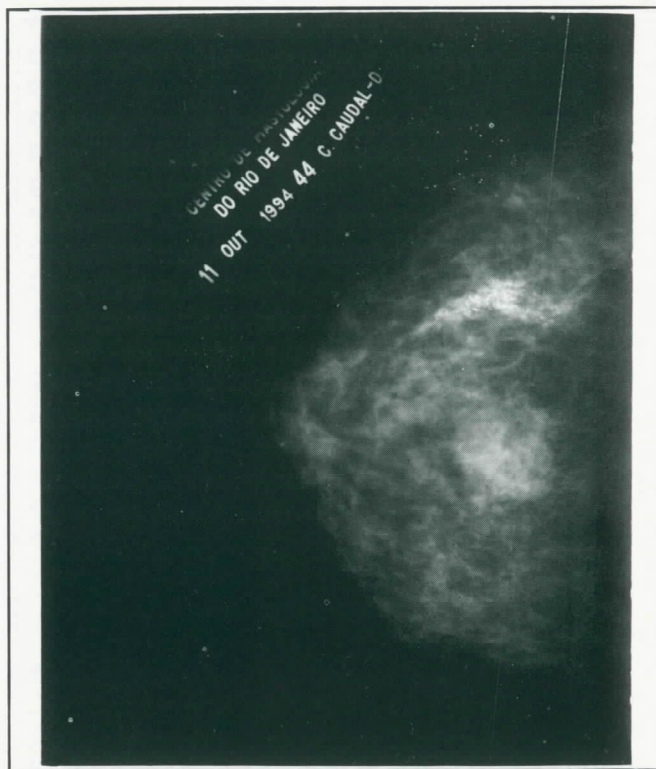


Figura 4-B – Microcalcificações tipo V. M.M.G.R., 45 anos.
HP – Carcinoma ductal Infiltrante, tipo comedocarcinoma.
Incidência crânio-caudal.

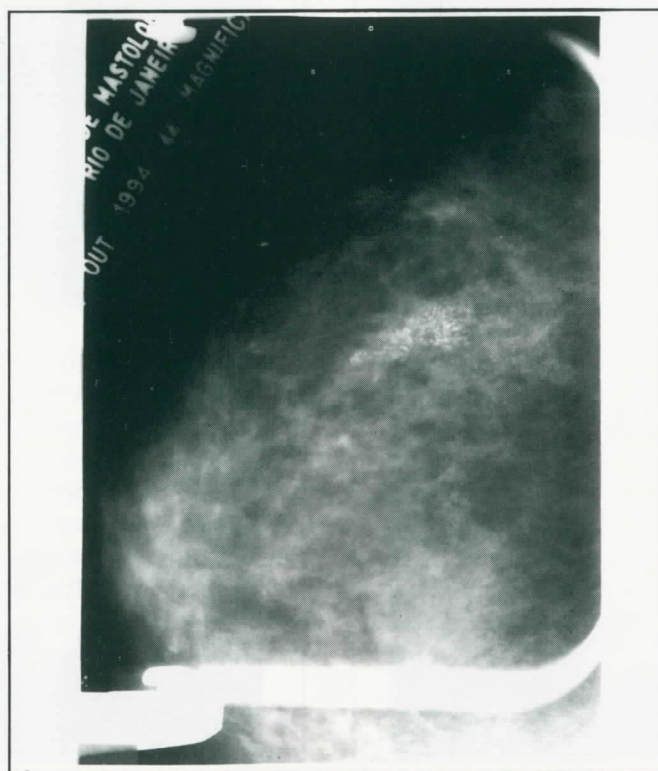


Figura 4-C – Microcalcificações tipo V. M.M.G.R., 45 anos.
HP – Carcinoma ductal Infiltrante, tipo comedocarcinoma.
Magnificação

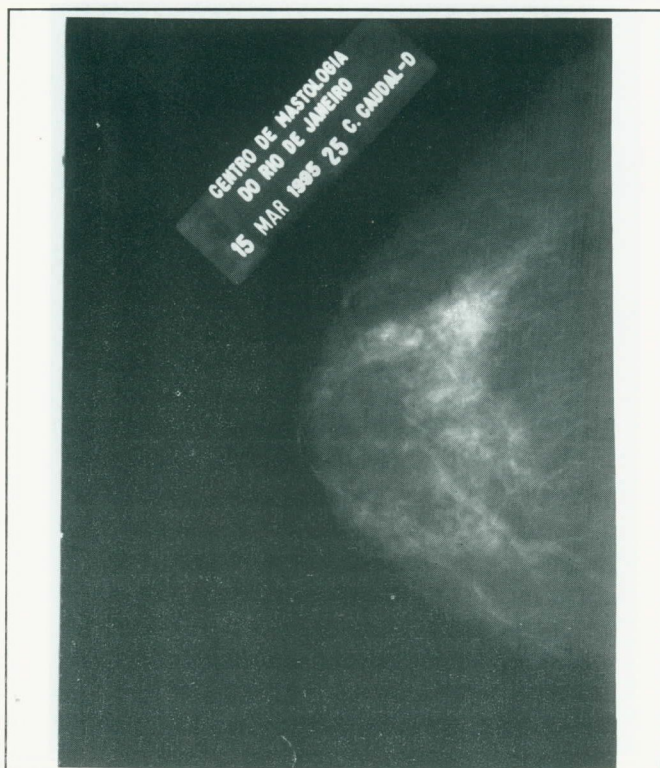


Figura 5-A – Microcalcificações tipo V, seguindo trajeto ductal. M.C.A.L.A., 63 anos.
HP – Carcinoma ductal infiltrante. Incidência crânio-caudal.

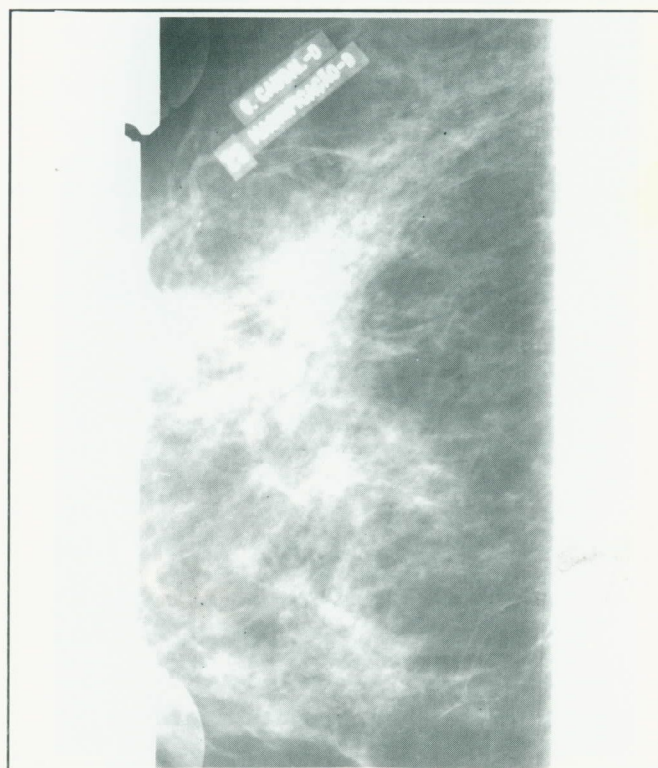


Figura 5-B – Microcalcificações tipo V, seguindo trajeto ductal. M.C.A.L.A., 63 anos.
HP – Carcinoma ductal infiltrante. Magnificação.

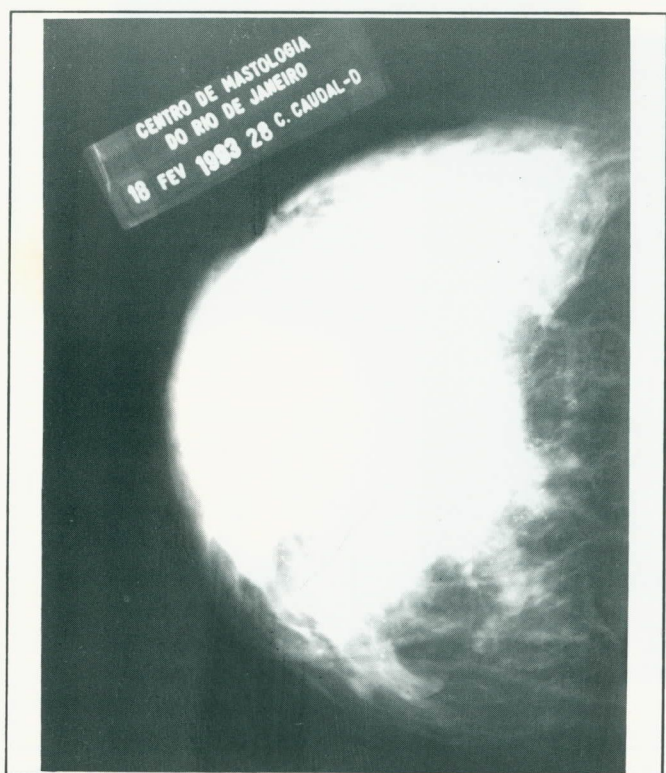


Figura 6-A – Microcalcificações tipo V.A.V.C., 45 anos.
HP – comedocarcinoma. Incidência crânio-caudal.

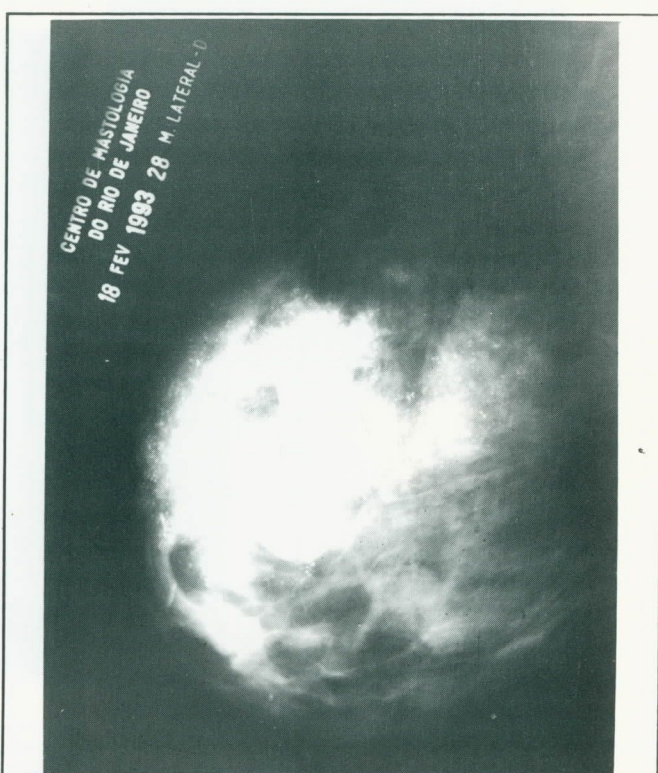


Figura 6-B – Microcalcificações tipo V.A.V.C., 45 anos.
HP – comedocarcinoma. Incidência medio-lateral oblíqua.

Conduta Diagnóstica

Uma vez estudadas e classificadas, as microcalcificações são divididas em 3 grupos, que orientarão a exploração diagnóstica. Os grupos e uma proposta de padronização de conduta estão expostos a seguir:

a) MC de baixo potencial de malignidade (BPM) ou de baixo índice de suspeição mamográfica (BISM) – incluem grupamentos pequenos, tamanhos uniformes, redondas, isodensas; abrangem o tipo I da classificação de Le Gal – indicado controle radiológico semestral, por um período de 3 anos (pode-se adotar o seguinte esquema: primeiro exame completo; segundo exame em 6 meses, somente do lado a ser controlado; terceiro exame em 1 ano completo; quarto exame em 1 ano e 6 meses, somente do lado a ser controlado e assim sucessivamente até o terceiro ano). Ao menor sinal de mudança, em forma, número, densidade ou distribuição, está indicada biópsia.

b) MC de médio potencial de malignidade (MPM) ou de índice de suspeição mamográfica intermediário (ISMM) – incluem grupamentos pequenos, monomórficos, discreta variação de tamanho e densidade, tipo II da classificação de Le Gal. As impressões ou conclusões dos laudos mamográficos normalmente referem-se a este grupo como “Microcalcificações de potencial indeterminado” ou “Microcalcificações de potencial questionável” (2). A melhor indicação é a biópsia. Caso a conduta escolhida seja o acompanhamento mamográfico, pode-se utilizar o mesmo esquema referido no item anterior.

c) MC de alto potencial de malignidade (AMP) ou de alto índice de suspeição mamográfica (AISM) – grupamentos extensos, principalmente seguindo o trajeto ductal, pleomorfismo, densidades diferentes, abrangendo tipo III, IV e V da classificação de Le Gal – indicação de biópsia obrigatória, porque neste caso o percentual de malignidade é altíssimo (MC do tipo V de Le Gal são praticamente patognomônicas de câncer mamário).

Algumas considerações devem ser feitas a respeito de controle radiológico e biópsia. Muitas pacientes, por seu perfil psicológico, não suportam a conduta expectante, sendo extremamente penoso submeterem-se ao controle radiológico semestral (pacientes tensas, ansiosas, com cancerofobia). Nestes casos, uma abordagem multidisciplinar, incluindo apoio psicoterápico, pode ser fazer necessária. Em certas situações a relação médico-paciente torna-se tão delicada, que a indicação de biópsia pode ser cogitada, principalmente quando esgotados todos os recursos.

Finalmente, algumas observações quanto ao tipo de biópsia – pode-se optar pela core-biópsia feita em ambulatório ou pela biópsia cirúrgica tradicional.

A core-biópsia é sempre guiada por estereotaxia, que assegura resultados seguros e confiáveis (5,6), contribu-

indo para diminuir o número de biópsias cirúrgicas, principalmente porque a maioria das lesões é de natureza benigna. A biópsia cirúrgica poderia ser reservada para os casos em que a core-biópsia não fosse conclusiva para o diagnóstico (material insuficiente, lesão radiologicamente muito suspeita com resultado da core-biópsia negativo). Nas lesões impalpáveis, a biópsia cirúrgica pode ser precedida de localização e marcação (ar-pão e/ou corante) guiada por estereotaxia ou por método ótico ou à mão livre.

Nos dois tipos de biópsia, deve ser realizada radiografia dos espécimes (fragmentos de core-biópsia ou peça cirúrgica) para confirmar a presença das MC no material retirado e orientar o exame histopatológico. É um passo indispensável dos procedimentos, que nos autoriza a solicitar novos cortes do bloco de parafina, caso a patologista não encontre MC nos cortes iniciais.

Conclusões

O diagnóstico das microcalcificações depende de estudo sistematizado e de experiência pessoal.

Para um estudo detalhado é importante, além do conhecimento teórico sobre o assunto, dispor de um local apropriado (negatoscópios com boa iluminação, luz forte, uso de lentes, sala de laudo em ambiente tranquilo), com aparelhagem dedicada – (mamógrafos de alta resolução com foco fino para magnificação e permanente controle de qualidade da imagem (radiografias com processamento adequado, com detalhe, contraste e livres de artefatos).

Para experiência pessoal, o estudo constante e a prática diária com correlação histo-radiológica das lesões são imprescindíveis, assim como estreita relação entre mastologistas, mastografistas e patologistas, que não devem trabalhar isoladamente. A discussão dos casos e a escolha da melhor abordagem diagnóstica, só traz benefícios para a equipe médica e para as pacientes.

Como já foi referido, as MC podem ser o primeiro sinal de malignidade. É preciso colocar todo o empenho, disponibilidade de material e talento na sua análise, para que não se perca o que pode ser a possibilidade de cura para as pacientes com câncer de mama.

Referências bibliográficas

- 1-SICKLES EA. Mammographic evaluation of breast calcifications. The Radiologist 1994, 1:179-188.
- 2-OLIVEIRA C, STEFENON C, ALMEIDA L, LUNA M. Mamografia. In: COSTA MM, DIAS EN, SILVA HMS, FIGUEIRA FILHO ASS. Câncer de mama para ginecologistas. 1ª ed, REVINTER, Rio de Janeiro, 1994, 65-91.
- 3-TABAR L, DEAN PB. Teaching atlas of mammography. 2ª ed rev, Thieme Inc, New York, 1985, 138-210.
- 4-GRUMBACH V. Exploration radiologique du sein en pratique courante. 1ª ed, masson, Paris, 1987, 47-101.
- 5-ELVEGROG EL, LECHNER MC, NELSON MT. Nonpalpable breast lesions: correlation of stereotaxic large-core needle biopsy and surgical biopsy results. Radiology 1993, 188:433-455.
- 6-CANELLA ED. Core-biópsia nas lesões impalpáveis da mama. Correlação com biópsia cirúrgica R. Bras. Mast. 1994, 4: 33-37. ■

A Questão do Parceiro da Mulher Mastectomizada

Maria Alice Lustosa de Abreu - PhD

*Departamento de Psicologia da 28ª Enfermaria da
Sta. Casa da Misericórdia do RJ.*

Muito tem averiguado, estudado e escrito a respeito da vivência de mulheres que se submetem à mastectomia. Seus sentimentos vêm sendo incansavelmente investigados pelas equipes de saúde mental, no intuito de melhor poderem ser assistidas quando por uma experiência traumática desta passam. Muito ainda precisamos investigar, pois longe estamos de compreender inteiramente o complexo processo vivenciado nesta experiência.

Entretanto pouco temos falado a respeito dos familiares que, juntamente com esta mulher, compartilham desta experiência. Sabemos que o canceroso tem uma família, e não precisamos ser muito perspicazes para perceber que toda esta rede familiar se envolve numa teia de emoções, quando a notícia do câncer perfura a camada de proteção de seu ambiente familiar.

Percebemos que o câncer de mama mobiliza a todos que com ele convivem, desde a família até a equipe multidisciplinar que lida com esta mulher. Todos nós temos ou tivemos um ser feminino de intenso significado, que nos deu a vida, e no peito de quem muitos de nós se alimentou em seus primeiros momentos. Muitos dos membros da equipe hospitalar, que com esta mulher agora convivem, têm ou tiveram uma esposa pela qual se atraiu, rendendo-se muitas vezes ao apelo sexual que os seios femininos produzem em nossa cultura. Algumas de nós temos seios, e nele o potencial de desenvolver também um câncer. Assim é, por isto e muito mais, que o contato com uma mulher que apresenta um câncer deste tipo, mobiliza todos a seu redor. Nela vemos refletida uma parte importante de nossas histórias, e esta mulher deverá ser alvo de nosso ataque, por mais que seja com "a melhor das intenções". O que mobiliza todas estas pessoas? Para uns, a culpa ao ataque ao seio materno/feminino, para outros o medo de que isto possa vir a lhes acontecer, implicando numa reflexão dolorosa de suas reações frente a um evento como este em suas próprias vidas.

Assim, dentro do ambiente familiar, quando o seio da chefe desta família se acomete de uma doença cuja tentativa de cura passa por sua amputação, como se sente o companheiro? Que atenção damos ao dra-

ma no qual, com certeza, também se vê envolvido, caso viva com esta mulher uma relação harmoniosa? Temos, em muitas ocasiões, nos esquecido de olhar para ele. Temos é na realidade, nos protegido contra entrar em contato com mais dores e questionamentos, e conseqüentemente o deixamos só para lidar com toda a complexa trama de emoções deste terrível momento.

Num casal onde a harmonia faz parte dos elos de ligação, o homem sofre grande impacto com o que ocorre com sua parceira neste momento. Ele também merece receber a atenção que tanto nos preocupamos em conceder às emoções da paciente, pois ele se vê rodeado de dúvidas, não só objetivas, como subjetivas também. Precisamos nos acostumar a trabalhar com o casal, neste momento, auxiliando a ambos a refletirem sobre as repercussões deste evento em sua relação. E estas são de várias ordens, começando pelas dúvidas a respeito da cirurgia, dos possíveis tratamentos pós-operatórios, conseqüências fisiológicas destes, perspectivas de futuro. Mas não podemos nos esquecer que também passam questionamentos a respeito da aceitação de ambos da mudança na imagem corporal desta mulher, assim como de sua influência na atividade sexual do casal.

Não é só a mulher que se pergunta como o parceiro a verá agora, que não "é mais como as outras mulheres". Não é só ela que teme a rejeição e o afastamento do companheiro, podendo significar o fim de sua atividade sexual. Ele também se questiona como será o impacto da primeira vez que verá sua parceira sem um seio. Ele também se debate em angústias a respeito do temor às repercussões desta amputação em sua atividade sexual. Ele também, às vezes, não se sente em condições de lidar com tudo isto sozinho, e ainda se vê com o papel de apoiá-la neste momento tão difícil.

Se este casal vivencia uma relação pautada no respeito e amor mútuo, merece ser acompanhado por um psicólogo. Com este poderá contar para compartilhar suas dúvidas e emoções, desde a descoberta do câncer, tendo um ambiente propício para colocar para fora os fantasmas que o perturbarão durante o longo processo de adaptação a esta nova realidade e temores. O profissional deve promover, com este acompanhamento, o apoio que o casal necessita para me-

lhor adaptar-se a toda esta gama de modificação, através de técnicas específicas às necessidades de cada casal e suas dificuldades. Cabe desta forma, desde informações necessárias promovendo encontros com o mastologista e/ou outros membros da equipe de saúde, como reflexão e elaboração de sentimentos de cada um deles e da relação dos dois.

Não podemos mais abster-se de abarcar o parceiro como objeto de ajuda, assim como qualquer outro membro familiar, que conviva de forma intensa com uma mulher que se submete à mastectomia.

O câncer de mama acomete o "seio" de todo am-

biente familiar, e como tal deve ser tratado.

Referências Bibliográficas

1. KNOBEL, M: A Mente do Canceroso avançado; Diálogo Médico, ano 4 Nº 3
2. DMOCH, W: Sobre Alguns Aspectos do Procedimento com Pacientes Pós-mastectomizada; em Prill, H. J. & Langen, D., Ed. Roca, S.P., 1985
3. MELLO FO, J.: Psicossomática Hoje, Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992
4. MAGUIRE, P.: The Psychological Consequences of the Surgical Treatment of Cancer of the Breast; Surgery Annual, Vol 22, 1990 ■

CONCURSO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MASTOLOGIA - TEMa - 1995

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

O Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia, Dr. Marconi Luna e o Presidente da Comissão do TEMa, Dr. Roberto Gomes, abrem inscrição para obtenção do Título de Especialista em Mastologia (TEMa), no período de 22/05/95 a 22/08/95.

O Concurso será realizado em Natal - Rio Grande do Norte, no dia 22 de setembro de 1995 às 14:00 horas, junto com o 10º Congresso Brasileiro de Mastologia.

Maiores informações, com o Presidente da Comissão Nacional do TEMa, Dr. Roberto Gomes, pelo telefone (027) 325-1996 (Vitória-ES), ou no seguinte endereço: Av. Des. Santos Neves, 1089 - Conj. 10 Edifício Escort - Praia do Canto - CEP 29055-721 - Vitória - Espírito Santo.

Dr. MARCONI LUNA

Presidente da Sociedade
Brasileira de Mastologia

Dr. ROBERTO GOMES

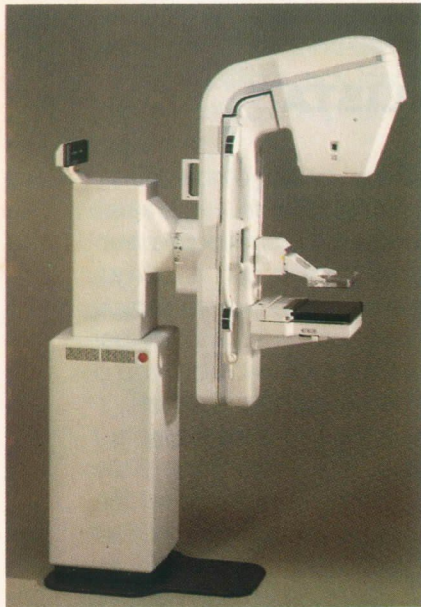
Presidente da Comissão do TEMa

O SENOGRAPHE 600T JÁ TEM UM COMPANHEIRO À SUA ALTURA: O SENOGRAPHE DMR.

A GE Sistemas Médicos está apresentando o novo Mamógrafo Senographe DMR, estendendo com isso a linha de equipamentos dedicados ao diagnóstico em mamografia. Juntos, o Senographe DMR e o 600T são a sua melhor opção na linha que é líder de mercado e que possui a maior base instalada em todo o mundo, sendo considerada como referência em qualidade de imagem.

SENOGRAPHE DMR

- Auto-ajuste dos parâmetros kV, mAs e tempo permite manter a qualidade de imagem continuamente durante o exame, evitando novas exposições e aumentando a produtividade
- Novo design, mais compacto e ergonômico
- Possibilidade de obter o melhor contraste com a menor dose possível
- Reduções em até 25% no tempo de exposição e em até 40% na dose em mamas de tecido denso

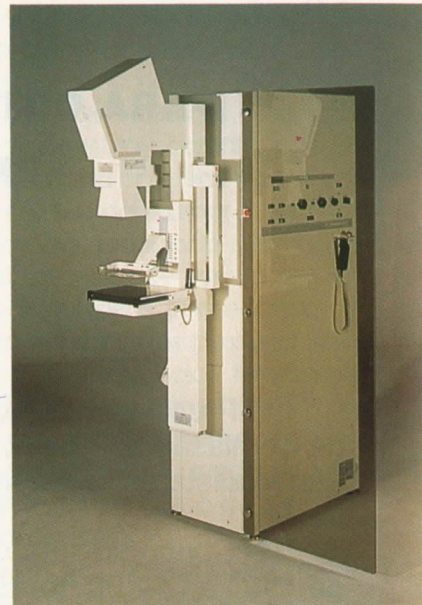


SENOGRAPHE 600T

- Imagem de alta resolução
- Compressão pneumática para maior conforto da paciente
- Manutenção fácil e rápida
- Mais de 50 mamógrafos instalados no Brasil

SUPORTE GE

Os equipamentos Senographe 600T e DMR contam com o apoio total da Assistência Técnica GE e soluções de financiamento flexíveis.



Caso deseje receber informações mais detalhadas sobre os produtos da GE ou sobre condições de financiamento, ligue para um dos telefones abaixo. Para a GE é sempre um prazer atendê-lo.

Belo Horizonte (031) 333-3422,
Brasília (061) 322-3126,
Curitiba (041) 222-1251,
Fortaleza (085) 244-6825,
Porto Alegre (051) 229-4233,

Recife (081) 465-3444,
Ribeirão Preto (016) 636-7728,
Rio de Janeiro (021) 290-7112,
Salvador (071) 248-5288,
São Paulo (011) 282-1611



GE Sistemas Médicos

Av. Nove de Julho, 5229
01407-200 - São Paulo - SP
Tel.: (011) 282-1611
Fax: (011) 883-7425

Cystossarcoma Phyllodes da Mama. -Considerações sobre uma série histórica*

Cystosarcoma Phyllodes of the breast. Considerations about historical cases.

Paulo Cesar Alves Carneiro¹, Helder da Fonseca Bittar²

1. Prof. Adjunto (UFRJ). Cirurgião do Hosp. Geral de Bonsucesso, MS. Livre Docente (UNI-RIO e UGF). Doutor (UFRJ). Mestre (UFRJ). Especialista (CBC, PUC, CFM, UGF). Ex-Residente (INCa). TCBC. TCBCD. TSBM.
2. Chefe do Serviço de Mastologia do Hosp. Ofir Lonola - Belém - Pará. Ex-Residente do INCa - Rio de Janeiro.

* Trabalho realizado na Seção de Mastologia do Instituto Nacional de Câncer (atual Hospital do Câncer) - INCa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:

Paulo Cesar Alves Carneiro. Rua Visconde de Inhaúma, 134, Salas 1114/1115, Centro. Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20091-000.

Resumo

Os AA. analisam 41 pacientes portadoras de "Cystossarcoma Phyllodes" da mama, submetidas a tratamento cirúrgico, num período de 23 anos (1958-1980). Comentam dados sobre idade, sexo, cor, lateralidade, tempo de evolução clínica, tamanho, diagnóstico histopatológico, metástases à distância, tratamento cirúrgico, recidivas e condições das pacientes no último controle médico. Preconizam como tratamento cirúrgico inicial, a tumorectomia, incluindo área de tecido mamário normal circunjacente, enquanto realizam a mastectomia simples nos tumores volumosos, especialmente nos casos recidivados. Não advogam a mastectomia radical neste tipo de sarcoma, tendo em vista que suas metástases ocorrem, preferencialmente, por via sanguínea para os pulmões.

Unitermos: Cistossarcoma filodíolo; cistossarcoma; neoplasias mamárias; epidemiologia; sarcoma, patologia, tratamento cirúrgico, reoperação; mama.

Summary

The authors analysed 41 patients with Cystossarcoma Phyllodes of the breast, subjected to surgical treatment in a period of 23 years (1958-1980). The comment on data relating to age, sex, colour, laterality, time of clinical evolution, size, histopathological diagnosis, metastasis at a distance, surgical treatment, relapses and the condition of the patients in the last medical control. The preconize as initial surgical treatment, tumorectomy including adjacent areas of surrounding breast tissue, while performing a simple mastectomy in large tumours, especially in the relapsed cases. They do not advocate a radical mastectomy in this type of

sarcoma, since its metastasis preferably occur via blood stream to the lungs.

Key words: Cystossarcoma Phyllodes; cistossarcoma; breast neoplasms; epidemiology; sarcoma; pathology; surgical treatment; reoperation; breast.

Introdução

O "Cystossarcoma Phyllodes", também conhecido como fibroadenoma gigante da mama, fibroadenoma intracanalicular celular, fibroadenoma intracanalicular hipeccular, teve uma perfeita descrição inicial, efetuada pelo ilustre professor alemão Johannes Müller apud Haagensen¹⁷, em 1836, o qual, apesar da impropriedade do termo, vem sendo usado ao longo dos anos. O termo sarcoma empresta uma conotação de malignidade, apesar de sua natureza benigna na maioria dos casos. O termo "Phyllodes" deve-se às projeções foliáceas para dentro das cavidades císticas.

O "Cystossarcoma Phyllodes" é uma lesão rara da mama^{17, 21, 22, 27, 47} constituindo 0,3 a 0,9% de todas as neoplasias da mama^{1, 14, 24}, enquanto Neves e col.³¹ registraram uma incidência de 6,5% dentre os tumores fibroepiteliais.

Consta de um tumor fibroepitelial da mama, o qual possui componentes epiteliais e conjuntivos, que do ponto de vista histopatológico diferencia-se dos fibroadenomas, especialmente por apresentar hiperplasia celular do estroma. Podem ser benignos, malignos e "borderline"^{4, 5, 17, 18, 19, 22, 26, 29, 32, 44}. Os tumores benignos são mais freqüentes do que os malignos^{3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 20, 29}. Murad e col.³⁰ verificaram que a transformação maligna pode ocorrer em 15 a 30,0% dos casos.

Os critérios a serem considerados para um diagnóstico diferencial entre benignidade e malignidade são: aspecto da margem tumoral, tamanho do tumor, celularidade do estroma, índice mitótico, pleomorfismo, tamanho nuclear, vascularidade e necrose tumoral.

Kessinger e col.²⁴ relataram que as metástases ocorrem primariamente para os pulmões, pleura, fígado e ossos.

O "Cystossarcoma Phyllodes" possui características

clínicas e microscópicas bem definidas e, comumente, as pacientes relatam história pregressa de fibroadenoma, às vezes à nível da mama contra-lateral e em área distinta da acometida pelo "Cystosarcoma". No entanto, pode surgir na mesma área e em local onde a paciente apresentou fibroadenoma.

É imprevisível o seu comportamento clínico, tendo em vista as grandes dimensões que o tumor possa atingir, apresentando ou não recidiva e/ou degeneração sarcomatosa e/ou metástases.

O objetivo do presente trabalho é analisar a experiência no diagnóstico e tratamento cirúrgico do "Cystosarcoma Phyllodes" da mama, em uma série histórica do Instituto Nacional do Câncer-INCa, a qual foi motivo de Temas Livres anteriores ^{7, 8, 9, 10, 11}.

Pacientes e Método

Foi realizado um estudo retrospectivo, sob distintos aspectos de 41 pacientes portadores de "Cystosarcoma Phyllodes" da mama, submetidas a tratamento cirúrgico na Seção de Mastologia do Serviço de Clínica Cirúrgica do Instituto Nacional do Câncer (atual Hospital do Câncer), INCa, Rio de Janeiro, Brasil, num período de 23 anos (1958-1980).

Foram excluídos os casos em que não constavam a comprovação histopatológica, bem como os casos com relatos incompletos.

As pacientes foram convocadas para controle médico, no período de 1979 a 1980, durante o exercício da Residência Médica do autor, mediante cartas e/ou telegramas com a colaboração da Assistente Social da Seção de Mastologia. Aquelas que compareceram, foram submetidas a uma revisão clínica minuciosa e à realização de teleradiografia de tórax em pósterio-anterior (PA) e perfil em busca de possíveis metástases pulmonares.

Resultados

A faixa etária mais freqüente foi entre os 51 e 60 anos (11 casos - 26,8%) (Tabela 1). As idades limítrofes foram 12 e 60 anos. Houve cinco casos em adolescentes, tendo respectivamente 12, 14, 17 e 18 anos de idade.

Todos 41 casos eram pacientes femininas.

Quanto à cor, foi mais predominante em brancas (25 casos - 61,0%), conforme consta na Tabela 2. Os dois casos de "Cystosarcoma Phyllodes malignos" estudados nesta série, ocorreram em uma paciente de cor parda com 38 anos de idade e outra de cor branca com 58 anos de idade.

Não foi evidenciado caso de bilateralidade.

Na presente série, a maioria (24 casos - 58,5%) apresentou um tempo de evolução clínica igual ou superior a um ano, entretanto, foi encontrado uma variação desde um mês até 40 meses de evolução clínica (Tabela 3) (Figura 6-A e 1-B).

Os tumores variaram desde 1,5 cm de diâmetro até

tumores ocupando todos os quadrantes da mama, ficando a maioria numa faixa maior de 9 cm de diâmetro (48,8%), conforme observa-se na Tabela 4.

Neste trabalho foram encontrados 39 tumores benignos (95,1%) (Tabela 5).

Nesta série, apenas um desenvolveu metástases pulmonares associadas a derrame pleural, três meses após o seu tratamento cirúrgico (mastectomia simples).

O tratamento cirúrgico foi realizado na totalidade dos pacientes desta casuística, sendo a tumorectomia associada à extirpação do tecido mamário circunjado, executada em 26 casos (63,4%), conforme observa-se na Tabela 6.

A mastectomia simples foi realizada em 13 casos (31,7%). Não houve indicação para proceder-se à mastectomia radical. Em dois casos (4,9%) foi feita a tumorectomia, sempre com extirpação do tecido mamário circunjado e mastoplastia imediata, tendo em vista tratar-se de pacientes portadores de mamas flácidas e volumosas.

Dos 41 casos analisados, seis casos (14,6%) apresentaram recidiva local da lesão, no período entre três e cinco anos, comprovadas histologicamente. Dos seis casos que apresentaram recidiva local, três foram posteriormente submetidas à nova tumorectomia, em dois casos a mastectomia simples e uma paciente recusou o tratamento cirúrgico proposto (Tabela 7).

No controle médico, foi constatado que 35 pacientes (85,4%) estavam vivas sem doença. E ainda, seis pacientes (14,6%) foram consideradas ignoradas. Foi incluído entre os pacientes ignorados um caso de "Cystosarcoma Phyllodes maligno", que apresentou metástases pulmonares associadas a derrame pleural, sendo contra-indicada a quimioterapia antineoplásica pela Seção de Oncologia Clínica do INCa. Foi encaminhada posteriormente para Hospital de Apoio, cuja data do último controle médico desta paciente foi de 30 de novembro de 1967, por conseguinte não foi obtido o tempo de sobrevivência.

Discussão

Macedo (1978)²⁸ revisou uma série histórica (1954/1974), constituída de 36 casos no Instituto de Ginecologia da UFRJ, correspondendo a 1,3% dentre 2628 exames histopatológicos da mama.

A incidência de "Cystosarcoma Phyllodes" da mama, segundo Bernstein e col. (1993)⁴ é de 2,1/1 milhão de mulheres em Los Angeles, Califórnia, EUA, justificando-a pelo aumento do uso da mamografia.

Rose & Oberman (1993)⁴⁰ relataram que o "Cystosarcoma Phyllodes" apresenta uma freqüência de 2 a 3,0% dentre as neoplasias fibroepiteliais da mama.

Powell & Rosen³⁵ estudaram 14 casos em mulheres com idade média de 40 anos, das quais três estavam grávidas (27 semanas, cinco meses e seis meses) no

momento do diagnóstico.

Ribeiro³⁸, em Salvador-BA, publicou uma casuística de 103 casos de "Cystosarcoma Phyllodes" da mama.

Quanto à idade, Ribeiro³⁸ registrou uma frequência maior entre 10 e 19 anos (37,8%).

Powell & Rosen³⁵ publicaram 14 casos do sexo feminino, sendo as idades mínima, média e máxima, respectivamente 17, 40 e 71 anos.

Haagensen¹⁷ relatou 44,7 anos como idade média para os "Cystosarcoma Phyllodes" e para os fibroadenomas 31 anos.

Coube ao mesmo autor o relato da mais velha paciente descrita na literatura médica, com 88 anos, portadora de "Cystosarcoma Phyllodes" benigno. Hafner e col.¹⁹ assinalaram uma idade média de 46 anos.

A mama feminina é raramente afetada^{5, 10, 17, 35, 36, 38, 41, 43, 44}.

Em nosso meio, é por demais temerário fazer qualquer relação da cor com a prevalência do tumor, tendo em vista a elevada miscigenação.

Lee & Pack²⁵ publicaram três casos em homens.

Pantoja e col.³³ registraram um caso em um paciente portador de ginecomastia.

O "Cystosarcoma Phyllodes" apresenta índices de bilateralidade muito baixos^{3, 7, 8, 31, 37, 42}, menor ainda que o fibroadenoma.

Norris & Taylor³² mencionaram um caso, cuja enfermidade era bilateral.

Bromberg e col. (1992)⁶ na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, relataram um caso bilateral em paciente com 12 anos de idade, parda, com tempo de evolução de 10 meses, a qual foi submetida a tratamento cirúrgico (exérese tumoral com margem de segurança), recidivou três meses após. Foi reoperada e, subsequente, a paciente evoluiu sem intercorrências.

A evolução clínica da afecção é bastante variável. Geralmente evoluem de modo rápido, alcançando tamanhos volumosos, antes mesmo que as pacientes procurem tratamento médico especializado.

Fialho¹⁵ em 1962, no Rio de Janeiro, registrou um caso com evolução clínica de 30 anos, dentre uma casuística de 37 anos.

Em geral são tumorações volumosas, com cerca de 15 a 20cm de diâmetro. Entretanto, o tamanho analisado isoladamente não constitui um dado imprescindível para o diagnóstico. Apesar do volume que o tumor adquire, as papilas vias de regra conservam sua morfologia normal.

Staren e col. (1994)⁴³ estudaram 26 casos em mulheres, cujos tamanhos mínimo, médio e máximo, foram respectivamente 1,0; 7,0 e 20,0 m.

Powell & Rosen (1994)³⁵ analisando 14 mulheres portadoras de "Cystosarcoma Phyllodes", relataram que o tamanho do tumor variou de 0,8 a 10,0 cm, com uma média de 4,0 cm

Faraci & Schour¹⁴ verificaram que mais de 70,0% dos casos de "Cystosarcoma Phyllodes" da mama são benignos.

A tumoração pode ser arredondada, ovóide, lobular, com consistência elástica ou cística. Em seu interior há formações císticas e o tumor não apresenta cápsula definida.

Hlavin e col. (1993)²¹ afirmaram que as metástases são formadas por componentes sarcomatosos.

O "Cystosarcoma Phyllodes" maligno dissemina-se mais frequentemente para os pulmões, todavia, também para as partes moles, pleura, ossos, cérebro, útero, aparelho digestivo, baço, coração e tireóide.

É rara a presença de metástases para os linfonodos axilares^{17, 35}.

Treves & Sunderlan⁴⁴ relataram comprometimento axilar em apenas um dentre 18 pacientes avaliadas.

Silva Neto & Giannotti Filho⁴¹ numa casuística de 28 pacientes encontraram apenas um caso com metástases axilar, seis anos e meio após a mastectomia simples.

Lest & Stout²⁶ em 20 pacientes não encontraram comprometimento axilar.

As metástases sarcomatosas para o Sistema Nervoso Central (SNC) são raras²¹. Apenas 11 casos de "Cystosarcoma Phyllodes" (CP) malignos com metástases para o SCN foram relatados na literatura inglesa^{1, 12, 16, 29, 34, 46}.

Stanley e col.⁴² afirmaram que as metástases cerebrais estão associadas a uma péssima resposta ao tratamento, com uma sobrevida média de 29 dias, em contraste com 24 meses, quando outros órgãos estão envolvidos. As lesões metastáticas para o SNC, parecem não responder ao tratamento radioterápico, endócrino ou quimioterápico^{23, 24, 25}.

É sabido da literatura, que as metástases podem ocorrer dentro de poucos meses da apresentação inicial, todavia tem sido relatado até 14 anos após a terapêutica inicial^{16, 29}.

Há controvérsias na conduta terapêutica, motivadas em parte pela não uniformidade de critérios morfológicos para um diagnóstico acurado. Os autores advogam e executam a exérese da neoplasia (tumorectomia) associada a tecido normal em torno da lesão, como forma, como forma de tratamento cirúrgico inicial^{7, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 32, 34}.

Staren e col.⁴⁵ revisaram 26 mulheres submetidas à ressecção para CP-malignos. A terapêutica cirúrgica constou de mastectomia radical modificada (14 casos), mastectomia parcial (seis casos), mastectomia total (quatro casos) e mastectomia radical clássica (dois casos).

Powell & Rosen³⁵ relataram que a recidiva local pode ocorrer em 1/3 dos casos.

Alguns autores^{18, 27, 37, 44} assinalaram uma taxa de recidiva de 15 a 20,0%. A maioria das recidivas e

metástases ocorrem dentro de dois anos após o tratamento instituído. A recorrência local ocorre mais freqüentemente do que o aparecimento de metástases²².

Nas recidivas, recomenda-se a exérese tumoral com margem de segurança, a mastectomia simples ou radical, considerando-se para a decisão da conduta terapêutica, os seguintes fatores: o tempo de evolução da lesão, a idade dos pacientes, o tamanho do tumor, tais como a fixação ao músculo peitoral, linfonodos axilares clinicamente metastáticos e outros.

Nas pacientes em menopausa, o procedimento cirúrgico efetivo é a mastectomia simples, associada à exérese de tegumento cutâneo e a aponeurose do músculo peitoral maior, quando existe comprometimento da mama.

Blichert-Toft e col. (1975); Hering (1976), citados por Macedo (1978)²⁸ relataram a inoperância dessa neoplasia.

Agradecimentos

À Assistente Social Zenita Catten, pela valiosa colaboração na convocação dos pacientes para controle médico.

Aos Drs. João Luís Campos Soares, Ney Duque de Estrada e Marcos de Oliveira Dias pelos ensinamentos e oportunidades cirúrgicas.

TABELA 1 – "CYSTOSARCOMA PHYLLODES" DA MAMA. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO IDADE. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER-INCa-RJ. (1958-1980).

IDADE (anos)	Nº	%
Menor ou igual a 20 anos	07	17,1
21-30 anos	09	21,9
31-40 anos	06	14,6
41-50 anos	07	17,1
51-60 anos	11	26,8
Maior de 60 anos	01	2,5
TOTAL	41	100,0

TABELA 2 – "CYSTOSARCOMA PHYLLODES" DA MAA. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO COR. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER-INCa-RJ. (1958-1980).

COR	Nº	%
Branças	25	61,0
Pardas	13	31,7
Pretas	03	7,3
TOTAL	41	100,0

TABELA 3 – "CYSTOSARCOMA PHYLLODES" DA MAMA. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO TEMPO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER-INCa-RJ. (1958-1980).

TEMPO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA	Nº	%
Menor ou igual a 1 ano	24	58,5
1-2 anos	04	9,8
Maior de 2 anos	03	7,3
Ignorados	10	24,4
TOTAL	41	100,0

TABELA 4 – "CYSTOSARCOMA PHYLLODES" DA MAMA. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO O TAMANHO DO TUMOR. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER-INCa-RJ. (1958-1980).

TAMANHO DO TUMOR (cm)	Nº	%
Menor ou igual a 4 cm	09	21,9
5-9 cm	12	29,3
Maior de 9 cm	20	48,8
TOTAL	41	100,0

TABELA 5 – "CYSTOSARCOMA PHYLLODES" DA MAMA. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO O DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER-INCa-RJ. (1958-1980).

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	Nº	%
Benignos	39	95,1
Malignos	02	4,9
TOTAL	41	100,0

TABELA 6 – "CYSTOSARCOMA PHYLLODES" DA MAMA. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO TIPO DE CIRURGIA. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER-INCa-RJ. (1958-1980).

TIPO DE CIRURGIA	Nº	%
Tumorectomia	26	63,4
Mastectomia simples	13	31,7
Tumorectomia + Mastoplastia imediata	02	4,9
TOTAL	41	100,0

TABELA 7 – "CYSTOSARCOMA PHYLLODES" DA MAMA. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO TIPOS DE CIRURGIAS NAS RECIDIVAS. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-INCa-RJ. (1958-1980).

TIPOS DE CIRURGIAS NAS RECIDIVAS	Nº	%
Tumorectomia	03	50,0
Mastectomia simples	02	33,3
Recusaram o tratamento	01	16,7
TOTAL	06	100,0

TABELA 8 – "CYSTOSARCOMA PHYLLODES" DA MAMA. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES, SEGUNDO CONDIÇÕES CLÍNICAS NO ÚLTIMO CONTROLE MÉDICO. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER-INCa-RJ. (1958-1980).

CONDIÇÕES CLÍNICAS NO ÚLTIMO CONTROLE MÉDICO	Nº	%
Vivas sem doença	35	85,4
Vivas com doença	–	–
Ignorados	06	14,6
TOTAL	41	100,0

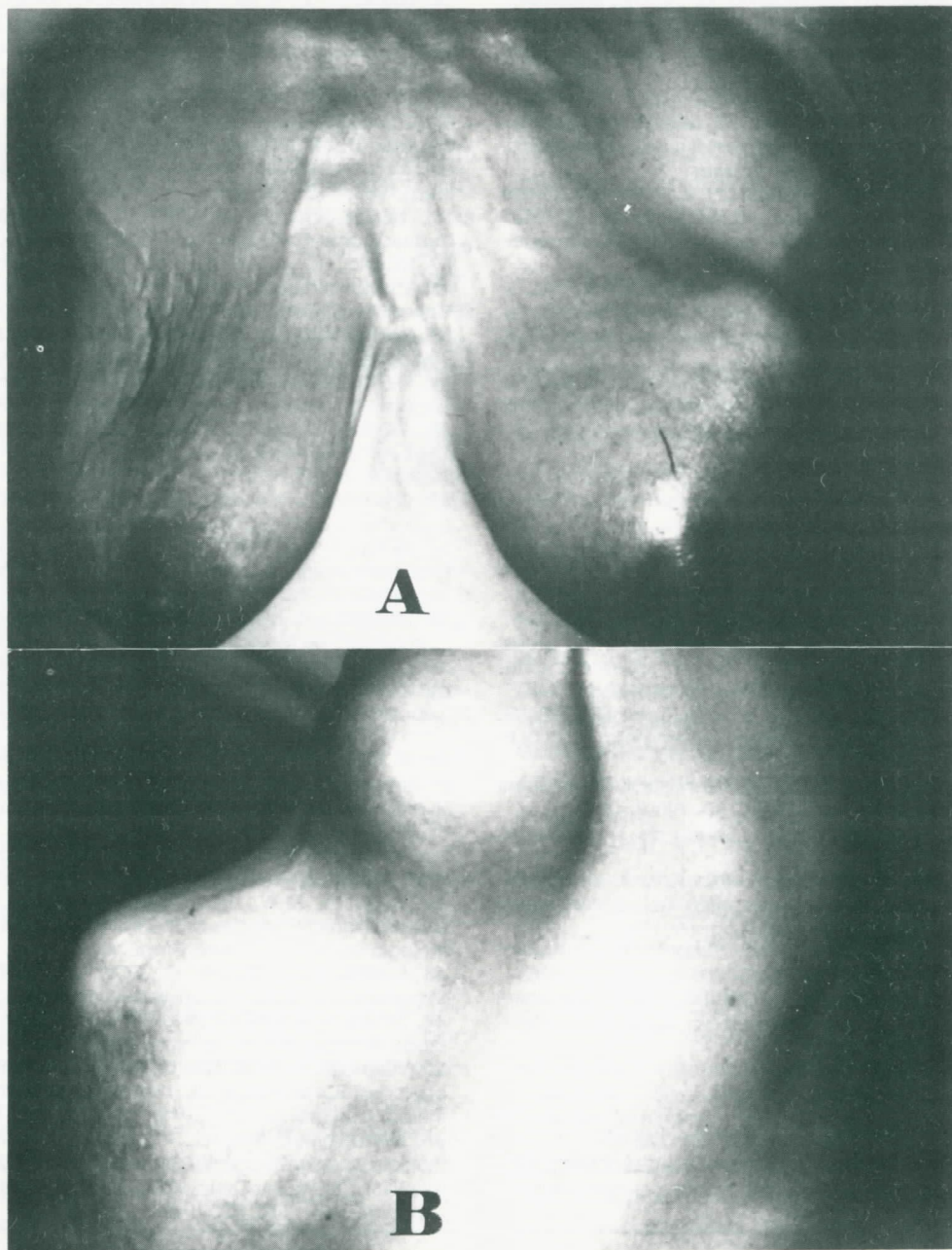


Figura 1 – A – Paciente portadora de volumosa tumoração na mama e prolongamento axilar esquerdo, não invadindo pele e músculo peitoral, com seis meses de evolução clínica, submetida a mastectomia simples (vista anterior). B– Não existiam linfonodos metastáticos na axila à palpação (perfil esquerdo).

Referências bibliográficas

1. ABEMAYOR, E.; NAST, C.C.; KESSLER, D.J. – Cystosarcoma phyllodes metastatic to the mandible. *J. Surg. Oncol.* 1988; 39: 235-40.
2. AUGER, M.; HANNA, W.; KAHN, H.J. – Cystosarcoma phyllodes of the breast and its mimics: an immunohistochemical and ultrastructural study. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1989; 113:1231-5.
3. BADER, E. & ISSAACSON, C. – Bilateral malignant cystosarcoma phyllodes. *Br. J. Surg.* 1961; 48: 519-21.
4. BERNSTEIN, L.; DEAPEN, D.; ROSS, R.K. – The descriptive epidemiology of malignant Cystosarcoma Phyllodes tumors of the breast. *Cancer*, 1993; 71: 3020-4.
5. BITTAR, H.F. & COSTA, C.A.M. – Fibroadenoma intracanalicular celular ("Cystosarcoma Phyllodes"). Análise de 37 casos. *Rev. Bras. Cir.* 1984; 74: 241-3.
6. BROMBERG, S.E.; RINALDI, J.F.; LEITE, H.S.; CYMBALISTA, N.B. – Tumor Phyllodes em mama de adolescente, recidivante e bilateral. *R. Bras. Mast.* 1992; 2: 28-9.
7. CARNEIRO, P.C.A.; BALCAZAR, W.L.; PINTO, N.S.; DIAS, M.O.; SOARES, J.L.C. – "Cystosarcoma Phyllodes". Estudo analítico de 21 casos. In: Jornada Médico-Cirúrgica do Hosp. Ipanema, XIV, Rio de Janeiro, 1979; Semana Comemorativa do 41º Aniversário do Inst. Nac. Câncer, Rio de Janeiro, 1979; Congresso Brasileiro de Cancerologia, IX, Rio de Janeiro, 1979. Sessão de Temas Livres.
8. CARNEIRO, P.C.A.; DIAS, M.O.; SOARES, J.L.C. – Fibroadenoma intracanalicular celular. Aspectos patológicos e terapêuticos. In: Encontro de Médicos Residentes do Hosp. Rocha Faria, I, Rio de Janeiro, 1979. Sessão de Temas Livres.
9. CARNEIRO, P.C.A.; DIAS, M.O.; ESTRADA, N.D.; SOARES, J.L.C. – Fibroadenoma intracanalicular celular (Cystosarcoma Phyllodes). Estudo de 30 casos. In: Jornada Científica da Fac. Medicina da UFF, V, Niterói, RJ, 1980. Sessão de Temas Livres.
10. CARNEIRO, P.C.A. & SOARES, J.L.C. – Condutas terapêuticas no fibroadenoma intracanalicular celular ("Cystosarcoma Phyllodes"). In: Semana de Debates Científicos do CCS da UFRJ, Rio de Janeiro, 1981. Sessão de Temas Livres.
11. CARNEIRO, P.C.A.; BITTAR, H. DA F.; SOARES, J. – Tratamento cirúrgico do fibroadenoma intracanalicular celular ("Cystosarcoma Phyllodes"). Estudo de 41 casos. In: Congresso do Hemisfério Ocidental, XI – Congresso Nacional do Colégio Internacional de Cirurgiões – Seção Brasileira, XII, São Paulo, SP, 1981. Sessão de Temas Livres.
12. COONEY, B. M.; RUTH, G.J.; BEHRMAN, D.A.; BOVA, G.S.; BEHRMAN, S.J. – Malignant cystosarcoma phyllodes of the breast metastatic to the oral cavity. Report of a case and review of the literature. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1988; 66: 599-604.
13. DE LEO, G.; PUNZO, C.; LOSACCO, T.; NERI, V.; EREDITA, G. PITZALIS, M.V. – Il cistosarcoma filloide dela mammella Contributo clinico. *G. Chir.* 1993; 14: 363-7.
14. FARACI, R.P. & SHOUR, L. – Radical treatment of recurrent Cystosarcoma Phyllodes. *Ann. Surg.* 1974; 180: 796-8.
15. FIALHO, F. – Fibroadenoma gigante. Estudo de 37 casos. *Bol. Acad. Nac. Med.* 1962; 134: 231-77.
16. GRIMES, M.M.; LATTES, R.; JARETZKI, A. – Cystosarcoma phyllodes. Report of an unusual case with dead due to interneural extension of the central nervous system. *Cancer*, 1985; 56: 1691-5.
17. HAAGENSEN, C.D. – Enfermidades de 1ª mama. 2ª ed., Buenos Aires, Editorial Beta, 1977. pp. 245-69.
18. HADJU, S.I.; ESPINOSA, M.H.; ROBBINS, G.F. – Recurrent cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 32 cases. *Cancer*, 1976; 38: 1402-6.
19. HAFNER, C.D.; MEZGER, E.; WYLIE JR. J.H. – Cystosarcoma Phyllodes of the breast. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1962; 115: 29-34.
20. HINES, J.R.; MURAD, T.M.; BEAL, J.M. – Prognostic indicators in cystosarcoma phyllodes. *Am. J. Surg.* 1987; 153: 276-80.
21. HLAVIN, M.L.; KAMINSKI, H.J.; COHEN, M.; ABDUL-KARIM, F.W.; GANZ, E. – Central nervous system complications of cystosarcoma phyllodes. *Cancer* 1993; 72: 126-30.
22. KARIO, K.; MAEDA, S.; MIZUNO, Y.; MAKINO, Y.; TANKAWA, H.; KITAZAWA, S. – Phyllodes tumor of the breast. A clinicopathologic study of 34 cases. *J. Surg. Oncol.* 1990; 45: 46-51.
23. KATSOHIS, C.D.; FAHANDIDES, E.; AGURIGAKIS, C.; ALETRAS, H.A. – Cystosarcoma phyllodes of the breast. *Int. Surg.* 1990; 75: 162-5.
24. KESSINGER, A.; FOLERY, J.F.; LEMON, H.M.; MILLER, D.M. – Metastatic cystosarcoma phyllodes. A case report and review of the literature. *J. Surg. Oncol.* 1972; 4: 131-47.
25. LEE, B.J. & PACK, G.T. – giant intracanalicular fibroadenomyxoma of the breast. The so-called Cystosarcoma Phyllodes of Johannes Müller. *Ann. Surg.* 1951; 93: 250-68.
26. LEST, J. & STOUT, A.P. – Cystosarcomas Phyllodes. *Cancer* 1954; 7: 335-53.
27. LINDQUIST, K.D.; HEERDEN, J.A.V.; WEILAND, L.H.; MARTIN JR, J.K. – Recurrent and metastatic Cystosarcoma Phyllodes. *Am. J. Surg.* 1982; 144: 341-3.
28. MACEDO, A.L.S. DE – Fibroadenoma intracanalicular hiper celular da mama. Rio de Janeiro, UFRJ, 1978. 56p. (Tese – Mestrado – Instituto de Ginecologia – Universidade Federal do Rio de Janeiro).
29. MCCULLOUGH, K. & LYNCH, J.M. – metastatic sarcoma of the hearth from cystosarcoma phyllodes of the breast. *Maryland State Med. J.* 1960; 9: 66-8.
30. MURAD, T.M.; HINES, J.R.; BEAL, J.; BAUER, K. – Histopathological and clinical correlations of cystosarcoma phyllodes. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1988; 112: 752-6.
31. NEVES, L.O.; GOLDENSTEIN, L.; SILVANY FILHO, A.M. – Cystosarcoma Phyllodes. *Arq. Oncol.* 1961; 4: 103-13.
32. NORRIS, H.J. & TAYLOR, H.B. – Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes. Analysis of ninety-four cases. *Cancer* 1967; 20: 2090-9.
33. PANTOJA, E.; LLOBET, R.E.; LOPES, E. Gigantic Cystosarcoma Phyllodes in a man with gynecomastia. *Arch. Surg.* 1976; 111: 611.
34. PIETRUSKA, M. & BARNES, L. – Cystosarcoma Phyllodes. A clinicopathologic analysis of 42 cases. *Cancer* 1978; 41: 1974-83.
35. POWELL, C.M. & ROSEN, P.P. – Adipose differentiation in Cystosarcoma Phyllodes. A study of 14 cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 1994; 18: 720-7.
36. RAINVILLE, E. & HANLEY, K.W. – Metastatic cystosarcoma phyllodes. A case report. *Acta Cytol.* 1993; 37: 555-8.
37. REICH, T. & SOLOMON, E. – Bilateral Cystosarcoma Phyllodes, malignant variant with 14-years follow-up. A case report. *Ann. Surg.* 1958; 147: 39-43.
38. RIBEIRO, L.B. DE C. – Cystosarcoma Phyllodes. In: Pinotti, J.A. – Compêndio de Mastologia. São Paulo, Manole, 1991. pp. 516-24.
39. ROSEN, P.P.; ROMAIN, K.; LIBERMAN, L. – Mammary cystosarcoma with mature adipose stromal differentiation (Lupophyllodes tumor) arising in a lipoammatous hamartoma. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1994; 118: 91-4.
40. ROSEN, P.P. & OBERMAN, H.A. – Tumors of the mammary gland. In: Armed Forces Institute of Pathology. Atlas of Tumor Pathology. Third series. Fascicle 7. Washington, D., 1993. pp. 110-1.
41. SILVA NETO, J.B. DA & GIANNOTTI FILHO, O. – Sarcomas originados em fibroadenoma da mama (Cystosarcoma Phyllodes variedade maligna). *Rev. Ass. Med. Bras.* 1979; 25: 108-10.
42. STANLEY, M.W.; TANI, E.M.; RUTQVIST, L.E.; SKOOG, L. – Cystosarcoma Phyllodes of the breast. A cytologic and clinicopathologic study of 23 cases. *Diagn. Cytopathol.* 1988; 5: 29-34.
43. STAREN, E.D.; LYNCH, G.; BOYLE, C.; WITT, T.R.; BINES, S.D. – Malignant cystosarcoma phyllodes. *Am. Surg.* 1994; 60: 583-5.
44. TREVES, N. & SUNDERLAND, D.A. – Cystosarcoma Phyllodes of the breast. A malignant and benign tumor. *Cancer* 1951; 4: 1286-332.
45. VORHERR, H.; VORHERR, U.; KUTVIRT, D.; KEY, C. – Cystosarcoma phyllodes. Epidemiology, pathophysiology, pathobiology, diagnosis, therapy and survival. *Arch. Gynecol.* 1985; 236: 173-81.
46. WARD, R.M. EVANS, H.L. – Cystosarcoma phyllodes. A clinicopathologic study of 26 cases. *Cancer*, 1986; 58: 2282-9.
47. WEST, T.L.; WEILAND, H.L.; CLAGETT, O.T. – Cystosarcoma phyllodes. *Ann. Surg.* 1974; 173: 520-8. ■

Mastectomia e suas complicações

Uma abordagem fisioterápica

Jacson Nesi - fisioterapeuta

Ambulatório de Mastologia 28ª Enf. da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro

Responsável: Dr. Carlos Ricardo Chagas

Serviço do Prof. Alkindar Soares

Atualmente os regimes de tratamento multifatorial tem resultado na elevação da taxa de cura ou no aumento da sobrevida dos pacientes com câncer. A combinação da radioterapia e da quimioterapia com a remoção cirúrgica do tumor primário e de suas metástases é a chave deste sucesso. Contudo, para conseguirmos melhorar a qualidade de vida dos pacientes, devemos nos empenhar em evitar que estes sofram os impactos funcionais e psicossociais que são causados pelos déficits físicos conseqüentes do tratamento e do próprio câncer.

A manutenção da função dos pacientes durante o tratamento, ou até mesmo sua restauração completa é um grande desafio para a equipe. Médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas entre outros, devem se empenhar para que estes pacientes possam retornar ao trabalho, às suas atividades domésticas, e a interação social sem seqüelas, mesmo sabendo que em alguns casos isso seja impossível.

Nas pacientes mastectomizadas o objetivo da fisioterapia é: restaurar o arco completo de movimento da articulação do ombro, prevenir e tratar possíveis complicações, auxiliar na recuperação da auto-estima, bem-estar e no retorno da paciente a suas AVDs. Este trabalho aborda a atuação da fisioterapia no pré e pós-operatório da mastectomia, no linfedema e em algumas outras complicações.

Pré-Operatório:

Nesta fase é muito importante uma avaliação minuciosa do ombro e do membro superior, observando todos os movimentos da articulação Escápulo-Umeral (flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e rotação externa), e a existência de algum problema que possa influenciar na reabilitação pós-operatória, como por exemplo: bursite, capsulite, artrite, radiculopatia, das raízes C5 e C6, lesões do manguito rotador, entre outras. Estas informações irão nos orientar à melhor conduta e conseqüentemente aos melhores resultados. Além disso, é nesta fase que devemos orientar sobre os cuidados preventivos que a pa-

ciente deve ter para evitar as possíveis complicações, principalmente o linfedema, são eles: cuidados com o cigarro, na cozinha ou em quaisquer atividades que possam causar queimaduras, evitar os traumatismos e as picadas de insetos, evitar a coleta de sangue, a aplicação de injeções e a aferição da pressão arterial no membro superior ipsilateral à mastectomia; e principalmente a utilização da malha compressiva após a cirurgia, são algumas orientações importantes a serem dadas ao paciente.

Pós-operatório

Com o objetivo de facilitar a drenagem iremos posicionar a paciente em: decúbito dorsal, cabeça levemente elevada, com abdução Escápulo-Umeral, cotovelo fletido de 45 a 90 graus, mão em dorsiflexão e dedos semi fletidos. O posicionamento deve respeitar a tolerância da paciente, os movimentos ativos dos dedos, punho e cotovelo estão imediatamente liberados. Quanto ao início dos exercícios específicos para o ombro, existe certa controvérsia. Alguns autores preconizam o início imediato da mobilização (1), ou seja, no primeiro dia pós-operatório; outros mais tardiamente, no quinto ou até no décimo dia. Sabemos que, iniciando precocemente o tratamento, alcançaremos os melhores resultados na reabilitação motora. Porém, existem trabalhos dizendo que a mobilização precoce poderia causar a ruptura da cicatriz, infecção, seroma e aumentar a quantidade e o tempo de drenagem (2). No entanto, trabalhos mais recentes descartam estas possibilidades e exaltam o início imediato do programa de reabilitação (3).

É importante sabermos da existência de alguns protocolos de tratamento, como o dos Institutos Nacionais de Saúde dos EUA (tab. 1). Nele a mobilização passiva da articulação Gleno-Umeral é iniciada no primeiro dia pós-operatório, respeitando alguns graus pré estabelecidos. Após a retirada do dreno podemos liberar completamente o movimento passivo, e introduzir movimentos ativos assistidos. Esses movimentos são inicialmente limitados pela tolerância da paciente. As mobilizações passivas acessórias devem ser realizadas desde o início do tratamento com o objetivo de facilitar a artrocinemática, melhorando os movimentos Gleno-Umerais, Escápulo-Torácicos, Acrômio-Claviculares e Esterno-Claviculares, o que auxiliará na reabilitação do

movimento global do ombro. Alguns recursos eletroterápicos como a elétrico-estimulação transcutânea (TENS) ou estimulação elétrica de alta voltagem, podem ser utilizados com o objetivo de relaxar a musculatura que, por espasmo, limita o movimento do ombro. As modalidades de crioterapia podem ser utilizadas com o mesmo objetivo, sendo que nas pacientes sob tratamento radioterápico elas devem ser evitadas, pois a sensibilidade da pele estará alterada.

Normalmente iremos encontrar uma diminuição de força importante nos músculos Deltóide e Grande dorsal e eventualmente uma paralisia do Serrátilo anterior pode ocorrer por lesão do seu nervo correspondente no esvaziamento axilar. Nesta situação devemos trabalhar com a paciente em decúbito dorsal até o equilíbrio da musculatura retornar.

Toda paciente mastectomizada deve receber orientação sobre exercícios a serem realizados a longo termo em suas residências.

Tabela 1

Protocolo de Reabilitação Pós Mastectomia dos
Institutos Nacionais de Saúde dos EUA

Dias de pós operatório	Mobilização Passiva		
	Flexão	Abdução	Rotação int. ext. até tolerância
1 - 2	40	40	
3	45	45	"
4 - 6	45 - 90	45	"
7	até tolerância	até tolerância	"
Após a retirada do dreno*	"	"	"

* Iniciar movimentos ativos assistidos

Linfedema e outras complicações

Existem várias complicações que estão ligadas ao tratamento do câncer da mama, tanto ao tratamento cirúrgico, à mastectomia, quanto ao tratamento coadjuvante, a radioterapia e a quimioterapia. No entanto, existem algumas que estão relacionadas com a mais importante e mais indesejada complicação, o linfedema. A melhor estratégia do tratamento do linfedema ainda permanece obscura, seja no âmbito farmacológico, cirúrgico ou fisioterápico. Sabe-se que além dos problemas psicológicos e estéticos, o seu aparecimento causará dor e impotência funcional à paciente. Sendo assim, antes de traçarmos um programa de tratamento para o linfedema, devemos prevenir o seu aparecimento. Os cuidados mencionados na fase pré-operatória, a elevação do braço, mobilizado precoce, exercício, massagem e o uso profilático de uma malha compressiva foram a chave da conduta preventiva. Existem várias propostas de tratamento fisioterápico no linfedema, porém atualmente há um

consenso (4, 5, 6 e 70 baseado no tripé:

- drenagem linfática manual
- compressão intermitente
- compressão elástica

A drenagem linfática manual (DLM) tem por objetivo, o restabelecimento do equilíbrio hídrico nos espaços intersticiais favorecendo a reabsorção dos líquidos excedentes e a retirada do excedente protéico que está incrustado no interstício (8). É realizada por leves pressões digitais e manuais progressivas divididas em:

a) manobras superficiais - são efetuadas à distância da área infiltrada visando melhorar a vasomotricidade linfática, realizando uma verdadeira aspiração da linfa.

b) manobras descongestionantes - realizadas na zona edemaciada assegurando a eliminação do excedente de líquido intersticial e das proteínas.

c) manobras específicas nos tecidos fibrosados - destinados à fragmentar e reabsorver, são mais enérgicas.

A DLM é um conjunto de técnicas muito minuciosas que necessitam habilidade e disponibilidade do fisioterapeuta.

A compressão intermitente (CI) é um advento mecânico que tem por objetivo simular a drenagem linfática manual, deve ser realizada a baixa pressão (50 a 80mmHg) para aumentar a carga linfática e não lesar os frágeis conectores iniciais (9). Os métodos mais comuns de compressão intermitente são os à ar comprimido, à mercúrio, e à água sob pressão.

Após qualquer sessão de redução (DLM ou CI) ou qualquer outro procedimento fisioterápico faz-se necessária a utilização da compressão linfática, seja por bandagem elástica ou malhas compressivas. Seu objetivo principal é manter o benefício obtido pelo tratamento fisioterápico.

Outras modalidades terapêuticas podem ser utilizadas, como a crioterapia, estimulação elétrica neuromuscular e o calor, que segundo Chang (10) obteria 50% de redução do edema excedente em 3/4 dos casos com o uso das micro ondas. Existem outras complicações que podem estar relacionadas com: o linfedema, uma recidiva do câncer, a quimioterapia e a radioterapia, ou patologias anexas. É importante conhecermos algumas delas, para que estas não venham a ser mais um problema, seja de caráter físico ou psicológico destas pacientes.

As complicações mais comuns ligadas ao linfedema são: o linfedema inflamatório, cujo tratamento é medicamentoso e fisioterápico (DLM) e a linfagite e a erisipela, onde o tratamento é somente médico.

As complicações ligadas à recidiva do câncer apresentam uma grande dificuldade no tratamento, sendo que a drenagem linfática manual pode ser usada no edema doloroso do braço, escápula, pescoço e

da hemiface. Pode-se encontrar também um bloqueio do plexo braquial que irá se apresentar por parestesia da mão e dos dedos progredindo para a paralisia do membro superior.

A radioterapia e a quimioterapia também causam algumas complicações. A monoplegia de origem radicular relativa à ação do Cobalto apresentará inicialmente parestesia nas mãos e nos dedos, progredindo para todo o membro superior, seguindo de diminuição de força em todo o membro, acompanhado de dores importantes. A diminuição volumétrica do membro superior é tratada com DLM e bandagem. Estas monoplegias podem estar relacionadas à: desmielinização das fibras nervosas, compressão extrínseca do plexo braquial, ou uma artrite dos vasos que irrigam o plexo.

Patologia anexa é toca a patologia local que não está relacionada nem ao câncer, nem ao seu tratamento, nem ao linfedema e que pode ser encontrada em qualquer indivíduo. É muito comum aparecerem durante o tratamento ou ao mesmo tempo que o linfedema. Assim sendo, a DLM no linfedema deve ser acompanhada de manobras de relaxamento da coluna cervical e do ombro. As mais comuns são:

a- Capsulite retrátil: Extremamente dolorosa e invalidante, também pode estar relacionada ao tratamento radioterápico.

b- Falsa neuralgia cérvico-braquial: É muito frequente e se apresenta por dor, sem a presença de contraturas musculares.

c- Falsa periartrite Escápulo-umeral: A dor está relacionada as contraturas musculares do pescoço, trapézio, Deltóide e peitoral.

O tratamento das patologias acima consiste em drenagem, manobras específicas, pompagem e relaxamento cervical.

As Periartrites Escápulo-umerais e as Neuralgias Cérvico-braquiais verdadeiras são menos comuns do que as falsas senso que em seu tratamento não se inclui a DLM. Porém nestas patologias, todas as modalidades fisioterápicas são possíveis, incluindo mobiliza-

ções acessórias, manipulação, eletro-termo-terapia entre outras.

O papel da fisioterapia na mastectomia e nas suas complicações é principalmente de caráter preventivo. A avaliação pré-operatória, o início precoce da mobilização Gleno-Umeral, os cuidados com o membro superior e a utilização da malha compressiva são alguns itens importantes na prevenção dos problemas do ombro e do linfedema.

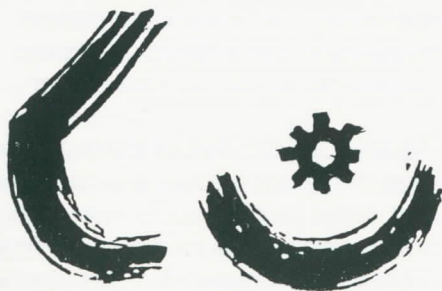
Evitando estes problemas facilitaremos a recuperação das pacientes no âmbito físico e emocional, acelerando seu retorno ao trabalho, as atividades domésticas e ao convívio social, ou seja, auxiliando o seu retorno à vida.

Referências Bibliográficas:

- 1 - POLLARD K, CALLUM KG, ALTMAN DG, ET AL: Shoulder movement following mastectomy. Clin Oncol 2:343-349, 1976.
- 2 - LOTZE MT, DUNCAN MA, GERBER LH, ET AL: Early vs. delayed shoulder motion following axillary dissection. Ann Surg 193:288-295, 1981.
- 3 - HICKS JE: Exercise for cancer patients. Therapeutic Exercise chap 18:351-366, 1992.
- 4 - BARRELLIER MT: Lymphoedeme: existe-t-il un traitement? La Revue de médecine Interne jan/fev., 1992.
- 5 - FERRANDEZ JC, lymphoedème du membre supérieur secondaire ou traitement d'une tumeur mammaire. Cah Kinésithérapie 140:49-51, 1989.
- 6 - BRUN JP, Le traitement physique du lymphoedème du membre supérieur post-therapeutique et son suivi a long terme. Cah Kinésithérapie 140:34-38, 1989.
- 7 - LE TRAITEMENT PHYSIQUE DE L'OEDEME DE LA THEORIE A LA PRACTIQUE. Cah kinésithérapie 140:13-15, 1989.
- 8 - FRITSCH C, THOMPSON: Utilité du drainage lymphatique. Rundschau Med. 15:383-386, 1990.
- 9 - CASLEY - SMITH JR. - The structural basis for the conservative treatment of Lymphedema. Clodius L, Lymphedema. Stuttgart: Thieme: 150, 1977.
- 10 - CHANG TS, ET AL: Micro-wave: an alternative to electric heating in the treatment of chronic lymphedema of extremities. Angéiologie jun-jul: 101-105, 1987.
- 11 - ROBERT L: Les doulors dans le traitement du lymphoedeme. Kinésithérapie Scientifique 311:13-20, 1992. ■

Endereço para correspondência

Jacson Nesl
Santa Casa da Misericórdia - 28ª enfermaria
ambulatório de mastologia
Rua Santa Luzia, 206
Rio de Janeiro - RJ



**10º CONGRESSO BRASILEIRO DE
MASTOLOGIA
DE 18 A 22 DE SETEMBRO DE 1995
CENTRO DE CONVENÇÕES
NATAL - RN - BRASIL**

Classificação das doenças proliferativas benígnas da mama*

"Fibrocystic disease should no more be used as a wastebasket than the even more embracing mammary dysplasia" (Azzopardi, 1979)

Laurival A. De Luca, Gilberto Uemura, José Ricardo P. Rodrigues, Tereza Rodrigues, Heloísa M. De Luca, Karina Cristiuma

Unidade da Mama _ D.G.O. _ Faculdade de Medicina de Botucatu _ UNESP

Unitermos: doenças proliferativas, tumores benígnos da mama, lesões mamárias de risco.

Poucas vezes a literatura médica incorporou conceito tão delirante como o da "Displasia Mamária". Essa nomenclatura é incorreta sob o ponto de vista científico, errada do ponto de vista semântico e prejudicial sob o ponto de vista clínico. Sob esta designação incluíram-se tanto modificações habituais e assintomáticas da estrutura histológica da mama como várias doenças traduzidas, clinicamente, pela presença de nódulos.

Como agravante, atribuíram-se _ sem comprovação científica aceitável _ etiologia hormonal que envolve fantasioso desequilíbrio entre estrogênio e progesterona ou incompreensível sensibilidade do parênquima à prolactina. O que é pior, embasados em conceitos improcedentes persistem inapropriados laudos radiológicos referindo-se ao diagnóstico mamográfico de "displasia", e numerosas pacientes, ainda são submetidas, inutilmente, ao tratamento com progesterona, quando não, de maneira indiscriminada, são tratadas com medicamentos indesejáveis nestas circunstâncias, caso do tamoxifen, do danazol e da bromocriptina. Sem esquecer o uso anedótico das vitaminas A e E para "distúrbios epiteliais". Enfim, é melhor banir a palavra "displasia mamária" livrando-nos de um mito que confunde não só as pacientes como aos clínicos gerais menos afeitos ao estudo da patologia. O grande argumento a favor desta decisão é a inexistência de displasia do epitélio ductal e acinar na maioria das lesões benígnas epiteliais da mama. Verdadeira displasia do epitélio, a bem da verdade, são encontradas em lesões de risco. São, atualmente, descritas como lesões proliferativas do epitélio ductal ou acinar, exemplos: Hiperplasia típica, Hiperplasia atípica, ductal ou lobular.

O objetivo desta comunicação é a elaboração de classificação das lesões proliferativas não invasivas da mama, tecer ligeiras considerações anátomo-clínicas e opinar sobre o seu tratamento.

Lesões proliferativas não invasivas da mama

I) MODIFICAÇÕES PROLIFERATIVAS NÃO NODULARES (funcionais?)

Adenose simples ou florida
Condição fibrocística
Fibrose
Metaplasia apócrina

II) DOENÇAS PROLIFERATIVAS NODULARES

Adenose Nodular: simples, florida, esclerosante e outras variantes
Fibrose nodular
Doenças fibrocística nodular
Lesão esclerosante radial. Hiperplasia ductal esclerosante (subareolar)
Cistos e Metaplasia apócrina nodulares

III) TUMORES EPITELIAIS

Adenomas: Ductal, Apócrino, Lactante, Pleomórfico.

Papilomas intra-ductais: Papiloma solitário ou Papilomatose difusa. Papilomatose florida da papila.

IV) TUMORES EPITELIAIS MISTOS (Tumores fibro-epiteliais)

Fibroadenoma. Fibroadenoma juvenil. Hiperplasia lobular esclerosante. Fibroadenoma hiperplásico.

V) TUMORES ESPECIAIS: Adenomioepitelioma, Adenoma siringomatoso, Esferulose colágena.

VI) DOENÇAS EPITELIAIS DE RISCO

Hiperplasia ductal típica ou atípica
Hiperplasia lobular típica ou atípica
Carcinoma "in situ" ou intra-ductal

II) MODIFICAÇÕES PROLIFERATIVAS NÃO NODULARES

— São modificações histológicas banais. Os diferentes elementos histológicos constituintes, como ductos e fibras conjuntivas se multiplicam. Porém, as camadas epiteliais se conservam sem proliferação e sem atipia. Não formam nódulos e são assintomáticas. Incluímos sob este epônimo as seguintes modificações da estrutura mamária: adenose simples ou florida,

condição fibrocística, fibrose e metaplasia apócrina.

ADENOSE – Consiste na multiplicação de ductos circunscritos a uma área limitada. Os ductos são alongados ou ovóides e revestidos por células epiteliais típicas associadas a envoltório mio-epiteliais. Existe fibrose intersticial em quantidade variável. Quando o tecido conjuntivo é escasso os pequenos ductos ficam próximos formando "adenose florida". Podem surgir microcalcificações que representam, possivelmente, incorporação de cálcio ao conteúdo intra-ductal e não calcificação distrófica do epitélio¹. Não existem sinais radiológicos característicos da adenose não nodular.

CONDIÇÃO FIBROCÍSTICA – Modificação normal e comum do tecido mamário caracterizada por áreas de proliferação do tecido conjuntivo e dilatações císticas microscópicas dos ductos. Não tem qualquer expressão clínica. Pode representar um fenômeno involutivo. As áreas de fibrose são predominantes e ao contrário da adenose encontram-se poucos ductos dilatados e de paredes finas.

FIBROSE – Mero achado histológico caracterizado por áreas de tecido conjuntivo fibroso de pequenas células. Prevalcem na menopausa. Em meio a área fibrosa podem ser encontrados alguns ductos ou ácinos atrofiados.

METAPLASIA APÓCRINA – É a transformação do epitélio ductal ou lobular em células que revelam hipertrofia, nucléolo proeminente, citoplasma claro e, frequentemente, granular designado como epitélio apócrino muito semelhante ao das células sudoríparas. O significado é desconhecido. Encontrada com muita frequência carecendo de qualquer significado clínico.

II) Doenças proliferativas nodulares

As modificações estruturais descritas são encontradas em biópsias ou material de necrópsia com frequência muito grande para serem consideradas doenças^{2,3,4,5,6,7}. Por razões desconhecidas qualquer um destes processos proliferativos não nodulares podem ser exarcebado. O resultado é a formação de nódulos. Assim, temos doença por lesão benígna que ocupa espaço no tecido normal da mama. As mamas são órgãos-alvo constituídos de epitélio, tecido fibroso e gordura que interagem sob estímulos hormonais em constantes alterações⁵. Muitos autores aceitam que estes componentes estruturais variam em função de flutuações hormonais fisiológicas. A resposta dos tecidos epitelial, gorduroso e fibroso variam em qualidade e quantidade causando diferentes respostas clínicas de dor e de formação de nódulos. Uma combinação de flutuações hormonais e resposta tissular determinaria o grau de nodularidade e de sensibilidade da mama num período qualquer de vida². A divisão entre modificações fisiológicas e a doença clínica é arbitrária, de-

pendendo da avaliação da extensão, severidade e persistência dos achados clínicos⁸. A nosso ver, de fato, os sintomas e sinais clínicos dependem da intensidade da proliferação dos ductos e do tecido fibroso. Existe nodularidade fisiológica e existe nódulo dominante que indica citologia aspirativa ou biópsia. Entretanto, achamos melhor aceitar o desconhecimento da etiologia destas lesões nodulares do que, simplesmente, atribuí-las a mal caracterizadas flutuações hormonais. É difícil aceitar que mulheres com ciclos menstruais normais, portanto, com níveis plasmáticos fisiológicos de estrogênios e de progesterona tenham o tecido mamário tão sensível a ponto de responder com a formação de tumores. Que alterações hormonais são estas que jamais alteram os ciclos menstruais?

Porque invocar a prolactina como agente causal destas doenças proliferativas em mulheres com níveis plasmáticos normais deste hormônio? A maioria das pacientes não revela hiperprolactinemia, que segundo alguns prejudica o lóbulo mamário por induzir ao hiperestrogenismo e a menores níveis de progesterona¹⁰. A monótona repetição destas hipóteses, não comprovadas, tem induzido ao uso terapêutico pouco racional de progesterona e de bromocriptina.

Características anátomo-clínicas das doenças proliferativas nodulares.

ADENOSE NODULAR

Adenose nodular simples – Doença traduzida pela presença de tumor formada pela confluência de focos de adenose. Se os aglomerados de ductos se confundem, revelando escasso conjuntivo intersticial, assumem o aspecto conhecido como *adenose florida*. A extensa e intensa proliferação de tecido conjuntivo fibroso separando e comprimindo os ductos, cuja aparência pode revelar-se distorcida, configura a *adenose esclerosante*. Outras nuances da adenose, embora, férteis em sutis diversificações histológicas não tem maior interesse do ponto de vista clínico, caso da adenose de ductos cegos ("blunt duct adenosis"), da variação apócrina, da forma tubular, da adenose micro-glandular e da adenose adeno-mio-epitelial.

FIBROSE NODULAR – Entidade clínica traduzida pela formação de tumor de limites imprecisos, mais comum no quadrante supero externo e prevalecendo na pré-menopausa. O nódulo é firme, indolor e não se associa a alterações cutâneas. Podem coexistir múltiplos nódulos. Na mamografia encontra-se imagem muito densa, homogênea, de limites imprecisos e sem outros sinais radiológicos de malignidade. O nódulo ou espessamento, possivelmente, representam excessiva proliferação do tecido conjuntivo mal caracterizando verdadeira patologia. Meio à fibrose encontram-se ductos e lóbulos inativos. O diagnóstico é delineado pela citologia aspirativa e confirmado pela biópsia. Não

recomendamos a exérese porque é difícil encontrar a margem do processo. Não existe tratamento clínico, porém, esta entidade não preocupa e as pacientes precisam ser tranquilizadas. O hamartoma de mama, quando predomina tecido conjuntivo denso confunde o diagnóstico. Entretanto, o hamartoma é bem delimitado na palpação, na mamografia e na macroscopia¹.

DOENÇA FIBROCÍSTICA NODULAR – Muitos patologistas modernos renegam esta entidade. De fato, numerosas variações estruturais da mama, tais como: microcistos, macrocistos, adenose, metaplasia apócrina e hiperplasia ductal foram incluídas sob esta designação². Não há sentido nisto, pois, como assinalamos, estas modificações fazem parte do tecido mamário. Quando formam nódulos estes processos são reconhecidos como entidades clínicas definidas. No entanto, a condição fibrocística quando exagerada origina tumor. Algumas das suas características lhe são peculiares: em meio à proliferação do tecido fibroso encontram-se ductos dilatados, formando cistos menores ou maiores, revestidos por camada epitelial unicelular. Distingue-se da adenose pela menor proliferação de ductos. É possível que esta entidade represente fase regressiva de outros processos proliferativos. Os nódulos são duros, de superfície irregular, mostram certa aderência com as estruturas vizinhas e poucas vezes ultrapassam dois ou três centímetros. Acharmos que não existem sinais característicos que justifiquem o diagnóstico pela mamografia. O diagnóstico é histológico. Doença benigna. Tratada pela exérese do nódulo não recidiva. As pacientes devem ser informadas que não há risco subsequente de transformação maligna.

LESÃO ESCLEROSANTE RADIAL – Não se demonstra origem inflamatória, traumática ou cirúrgica que justifique a designação cicatriz. A formação de tumor palpável é exceção não justificando o adjetivo endurecida de Rickert e col¹¹. Trata-se de modificação inespecífica do parênquima mamário constituída de proliferação de ductos que circunda área central de intensa fibro-elastose cujas fibras irradiam-se para a superfície. Na periferia da lesão é comum a presença de ductos císticos. As células epiteliais podem revelar hiperplasia difusa, porém, atipias nucleares são raras. Estas lesões radiais são pequenas, menores do que 1 cm e não palpáveis. Quando maiores são conhecidas como "lesões esclerosantes complexas", de ductos com proliferação papilífera, formando nódulos muitos duros e palpáveis. Na macroscopia revelam área central retrátil como cicatriz e que à semelhança dos carcinomas formam estrias esbranquiçadas. A mamografia mostra estrias brancas, finas, irradiando da área central mais densa. A presença de tecido adiposo e cistos pode desfigurar as características da lesão radial. Não são, em geral, detectadas pela ultrasonografia. Quando visíveis revelam-se como lesões

que emitem ecos discretos e irregulares que confundem com carcinomas. O diagnóstico é, essencialmente, radiológico. As lesões radiais não tem etiologia definida, são infrequentes e não existem indícios de aumento de risco para transformação maligna. Segundo alguns autores são variantes da adenose que progrediram para esclerose¹². Quando formam nódulos serão retirados para biopsia. Achados na mamografia merecem citologia aspirativa e biópsia com agulha fina. Se o diagnóstico for inconclusivo recomenda-se biópsia excisional.

Existe uma variante anátomo-clínica desta lesão que se caracteriza pela localização retro-areolar e que se traduz pela presença de nódulo palpável. Chamada de "hiperplasia ductal esclerosante subareolar"¹³ é constituída de proliferação ductal na periferia do tumor, revelando hiperplasia epitelial; ao contrário das lesões radiais de localização profunda faltam cistos, metaplasia apócrina e metaplasia escamosa. O tratamento consiste na exérese do nódulo. Entretanto, a presença de extensos focos de hiperplasia epitelial aconselha adequado seguimento das pacientes.

CISTOS E METAPLASIA APÓCRINA NODULARES – Doença nodular caracterizada por substituição de parte ou totalidade do lóbulo por um único cisto de grandes dimensões ou por dois ou três cistos adjacentes. Podem ocupar só um setor, estenderem-se por vários lóbulos numa só mama ou em ambas. O estroma entre os cistos é tênue, porém, parece haver adensamento conjuntivo (por compressão?) em volta dos mesmos. A distensão dos cistos somada ao tecido conjuntivo adensado na periferia pode alterar a sensação palpatória que revela certo endurecimento. Alguns cistos formam-se rapidamente originando nódulos de aparecimento "agudo", muito tensos e doloridos. Nestes casos podem dever-se à obstrução do ducto terminal responsável pela sua dilatação aguda. A causa da obstrução é desconhecida. O revestimento dos cistos é constituído de células cubóides ou achatadas com células mio-epiteliais ausentes ou muito escasas. Com muita assiduidade ocorre metaplasia apócrina. Do ponto de vista clínico não existem diferenças entre os cistos com ou sem metaplasia apócrina. Do ponto de vista histopatológico sua presença indica a origem lobular dos cistos porque esta forma de metaplasia é incomum nos ductos¹⁴. A ausência de células mio-epiteliais corrobora esta hipótese. Os cistos sob tensão, em geral apócrinos, contêm fluido sob pressão. A maioria cresce lentamente atingindo alguns milímetros ou vários centímetros. O epitélio é incapaz de absorver a substância fluída que transuda para a cavidade. O acúmulo aumenta a tensão intra-cística. O conteúdo dos cistos é variável na sua aparência, de claro a turvo, de amarelo citrino a esverdeado, castanho ou marrom. Se há sangue recomenda-se esclarecimento da sua origem pela citologia. A possibilidade

de citologia positiva é quase inexistente. O vasamento deste fluido para o espaço intersticial pode provocar reação inflamatória e fibrose periductal o que contribui para aumento do nódulo e para seu endurecimento. Os cistos grandes não complicados se apresentam na mamografia como imagem densa esférica ou oval. Tem contornos lisos e bem delimitados. Cistos são encontrados com frequência na ultra-sonografia, tanto em mulheres com nódulos como nas assintomáticas. Estima-se sua incidência em 25% das ultra-sonografias¹⁵. A sensibilidade e especificidade da ultra-sonografia nos cistos típicos atinge quase 100%. O tratamento dos cistos sob tensão consiste na mera aspiração. As paredes colam, com o tempo o epitélio é reabsorvido e o nódulo desaparece. Entretanto, cistos recidivantes indicam doença mamária crônica, não raro de difícil resolução terapêutica. Excepcionalmente, a solução extrema é a adeno-mastectomia. Se o nódulo persistir, após a punção, é recomendável sua avaliação histopatológica; a associação com carcinoma é muito rara mas não impossível.

III) Tumores epiteliais

ADENOMAS – Tumores epiteliais com estroma de densidade variável. Caracterizam-se pela prevalência absoluta dos elementos epiteliais em relação ao estroma conjuntivo. Diferente do fibroadenoma no qual a alteração predominante é a proliferação do estroma. Em verdade tem maior interesse, como entidade, para os patologistas do que para os clínicos. São tumores pouco frequentes designados por Rosen e Oberman¹ em vários tipos histológicos conforme as características dos componentes epiteliais. São benígnos, pequenos (em geral não ultrapassando 2cm), bem delimitados, móveis e não causam derrame papilar ou retrações do parênquima. Na palpação não diferem dos fibroadenomas. O adenoma tipo DUCTAL ("adenoma puro") é formado de ductos revestidos por única camada de células e circundados por células mio-epiteliais. Os ductos conservam a forma redonda ou oval e estão situados lado a lado. O estroma é pouco denso e rodeia cada ducto. Nos fibroadenomas os ductos estão comprimidos por tecido conjuntivo fibroso muito denso e muito mais desenvolvido^{16,17}. O Adenoma Lactante surge, habitualmente, no puerpério como tumores circunscritos formados de estruturas glandulares com indícios de secreção e escasso estroma. Na gravidez estes adenomas podem sofrer infarto e necrose, transformando-se em massas de volume aumentado e muito dolorosas. O Adenoma Apócrino é muito raro. Só ocorrem em mulheres jovens. Consistem de ductos aumentados em número, de forma conservada e revestidos por epitélio apócrino característico. Projeções papilíferas deste epitélio metaplásico são frequentes, porém, não existe pleomorfismo nem qualquer outro indício de malignidade^{18,19}. O Adenoma

Pleomórfico é constituído de ductos em proliferação, muitos deles dilatados, e com estroma conjuntivo no meio do qual são encontrados focos metaplásicos cartilaginosos ou ósseos. Diferem dos sarcomas pela inexistência de pleomorfismo no estroma mesenquimal metaplásico e pela falta, nestes últimos, do componente epitelial^{20,21}.

PAPILOMA Intra-ductal – Pequenos tumores, habitualmente, localizados nos ductos próximos à aréola. Entretanto, podem ocorrer em qualquer setor mamário e às vezes no interior de ductos císticos ("papiloma intra-cístico"). O papiloma intra-ductal solitário costuma ser unilateral, apresenta um eixo conjuntivo vascular e revestimento constituído por uma camada de células sem atípicas. A papilomatose difusa é mais rara, compromete vários ductos e caracteriza-se pela hiperplasia do revestimento epitelial. O papiloma solitário é mais frequente na pré-menopausa e na menopausa, não costuma formar nódulo e tem como sinal principal o derrame papilar seroso ou hemorrágico. A papilomatose difusa ocorre em mulheres mais jovens, forma nódulos únicos ou confluentes em qualquer setor mamário. O papiloma único costuma ser localizado em grandes ductos próximos à papila, enquanto os papilomas múltiplos ocorrem em ductos profundos próximos ao sistema ducto-alveolar. A papilomatose difusa pode oferecer dificuldade para a sua retirada total. Pode recidivar e tem maior risco para transformação em carcinoma devido a intensa hiperplasia, com ou sem atípicas, do epitélio de revestimento. O papiloma único é tratado por simples excisão. O papiloma múltiplo exige excisão mais ampla com retirada de margem tissular sadia^{22,23,24,25}.

PAPILOMATOSE FLORIDA DA PAPILA ("adenoma de papila") – Doença peculiar à papila não difere, do ponto de vista histológico, das outras lesões proliferativas papilomatosas associadas à esclerose radiada do estroma¹. Em muitos casos, como principal característica histopatológica, existe hiperplasia exuberante do epitélio ductal²⁶. O sinal mais frequente é o derrame sanguinolento. Dor, irritação e prurido da papila não são raros. O aspecto ulcerado ou inflamatório pode confundir com doença de Paget. As áreas de hiperplasia atípica associadas à necrose dificulta a exclusão de carcinoma desenvolvido na área papilomatosa. Entretanto, nas lesões menos complexas os ductos são bem conservados, não revelam atípicas, embora predomine o aspecto hiperplásico. O tratamento consiste na excisão local das lesões que não revelam qualquer sinal de malignidade. Se a papila estiver comprometida ela não pode ser poupada. A exérese completa da lesão previne a recidiva.

IV) Tumores epiteliais mistos ("Fibro-epiteliais")

FIBROADENOMA – Tumores benígnos formados pela proliferação de ductos e de estroma conjuntivo, sendo

esta última a nuance histopatológica mais importante. Assumem a forma de um "gigantesco" lóbulo constituído pela excessiva proliferação do estroma e do sistema ducto-alveolar²⁷. Predominam em mulheres jovens e se apresentam como nódulos firmes, de superfície lisa, móveis, indolores e bem delimitados. Em geral únicos, ocasionalmente são múltiplos e bilaterais. O "Fibroadenoma Juvenil" é uma variante anátomo-clínica que, de forma peculiar, se apresenta em adolescentes. São de crescimento rápido e podem atingir volume considerável. Do ponto de vista histopatológico se caracteriza pelo estroma mais denso do que os fibroadenomas comuns. Perde-se a estrutura lobular notando-se os ductos e alvéolos separados pelo abundante tecido conjuntivo fibroso. Outra característica observada é a hiperplasia do revestimento epitelial, podendo coexistir células atípicas. Entretanto, as células mio-epiteliais são conservadas. Outra forma histopatológica consiste na proliferação de elementos lobulares que conservam a imagem lobular, principalmente na periferia do nódulo, enquanto as áreas centrais são ocupadas por tecido conjuntivo hialinizado. Também, habitual em jovens esta variante é conhecida pelo nome de "Hiperplasia lobular esclerosante". Os fibroadenomas são tratados pela exérese cirúrgica. Não havendo indicação para sua retirada em mulheres jovens.

O Fibroadenoma Hiper celular (classicamente conhecido como "cistossarcoma filóides benigno"), possivelmente, tem sua origem relacionada ao Fibroadenoma. O estroma conjuntivo se caracteriza pela extrema celularidade. Os ductos distanciam-se entre si. Comprimidos adquirem o aspecto de folhas de onde surge a designação filóides, comparação que nos parece infeliz. É importante assinalar a monotonia histológica do estroma, sem mitoses e sem atipias celulares. O tratamento consiste na exérese do tumor com margem tissular de segurança. A mastectomia é necessária quando alcança grande volume. A recidiva só ocorre se a exceção for incompleta. Na gravidez costuma crescer com rapidez e a recidiva, nestas circunstâncias, é mais frequente.

V) Tumores especiais

Incluimos nestes item três tipos de lesões proliferativas raras e de recente descrição e que não costumam figurar nas habituais classificações dos tumores benignos da mama. Justificamos sua inclusão porque são epiteliais, são proliferativas e não são invasivas. O Adeno-epitelioma foi descrito pela primeira vez em 1970²⁸. São pequenos tumores sólidos, únicos e, com frequência, lobulados. São constituídos de nódulos confluentes formados de células epitelióides com arranjo papilífero dentro dos ductos e mescladas com células mio-epiteliais de citoplasma claro que revelam alto índice de proliferação. O tratamento é realizado

mediante exérese local. As recidivas são possíveis se a exceção for incompleta. Se o diagnóstico é prévio o tumor deve ser retirado com margem de segurança. O Adenoma Siringomatoso, descrito pela primeira vez em 1983²⁹, é um pequeno tumor solitário, retro papilar, benigno que consiste na presença de ductos dilatados e faixas de pequenas células basofílicas que infiltram o estroma e a camada sub-epidérmica da papila mamária. Ao contrário da doença de Paget é lesão que se estende da papila para o tecido subjacente e não causa ulceração da mesma. Pode causar confusão histológica com o Adenoma florido da papila. A lesão deve ser retirada com margem de segurança para evitar a recidiva. Não há indícios de associação com carcinoma. A Esferulose colágena só merece menção porque é incluída por alguns autores entre as lesões proliferativas benignas¹. Descrita em 1987³⁰ é achado acidental em biópsias de mama. Parece tratar-se de uma forma peculiar de hiperplasia intra-ductal que é marcada pela presença de esférulas acelulares sugestivos de mio-epitélio. Lesão microscópica adjacente a outros processos proliferativos como adenose, cicatriz radial e epitelioses. Não tem significado clínico conhecido até esta data.

VI) Lesões epiteliais de risco

As lesões histopatológicas, até agora descritas, não são consideradas fatores de risco para transformação em carcinoma invasivo da mama. Porém, qualquer uma delas poderá aumentar o risco se contiver hiperplasia do epitélio de revestimento. São de pequeno risco as lesões com moderada hiperplasia e de maior risco as que revelam hiperplasia atípica^{31,32}.

HIPERPLASIA LOBULAR E CARCINOMA LOBULAR "IN SITU"

– Lesões silenciosas sem manifestação clínica. Descoberta em associação com outros processos proliferativos nodulares ou revelando-se com microcalcificações radiológicas que induzem à biopsia. Multicêntricas com bilateralidade variando entre 25%³³ e 67%³⁴. Compromete ductos terminais, envolvendo um só ou várias unidades lobulares. Ao se estender para ductos mais próximas adquirem aspecto pagetóide. Vacúolos com mucina são habituais, pelo menos em algumas células³⁵. A presença de células mucíparas na citologia aspirativas de nódulos acusa, portanto, possível existência de carcinoma lobular "in situ". A distinção entre carcinoma lobular intra-ductal e hiperplasia lobular é muito nebulosa dependendo de critérios muito subjetivos que nos parecem ter maior importância como exercício de interpretação anátomo-patológica do que como fator prognóstico e de interesse clínico. O tratamento é controverso. A baixa incidência e a dificuldade de seguimento das pacientes submetidas à biopsia não favorecem estudos prospectivos randomizados. A mastectomia propicia cura definitiva. Entretanto, muitas pacientes não revelaram inva-

são subsequente à biópsia quando observadas durante muitos anos. O tratamento é de difícil opção porque a mastectomia deixa em aberto a possibilidade de mastectomia bilateral devido a elevada incidência de bilateralidade. Os poucos casos sob nossa responsabilidade tem sido tratados por meios cirúrgicos conservadores.

HIPERPLASIA DUCTAL E CARCINOMA DUCTAL "IN SITU" – (Carcinoma intra-ductal ou carcinoma ductal não-invasivo). Os ductos mamários profundos podem sofrer três tipos de proliferação: hiperplasia sem atipias, hiperplasia atípica e carcinoma "in situ". Não está provada a progressão evolutiva entre estes modelos proliferativos. É fundamental estabelecer a diferença entre a lesão proliferativa comum, quantitativa, como adenose e condição fibrocística, nas quais há multiplicação do número de ductos sem hiperplasia do epitélio, das mesmas lesões quando apresentam hiperplasia epitelial concomitante. O fator de risco está inserido na hiperplasia ou proliferação do epitélio e não na simples proliferação de ductos. Na hiperplasia epitelial sem atipias as células cubóides de revestimento ductal podem preencher parcial ou totalmente o lúmen, porém, não se encontram figuras anormais de mitose. Aqui a distinção com hiperplasia atípica é necessária porque esta tem maior potencial de evoluir para formar invasiva. Esta distinção nem sempre é fácil. Mais difícil, ainda, é decidir entre o diagnóstico histológico de hiperplasia com atipias e de carcinoma "in situ". A descrição detalhada das diversas nuances proliferativas do epitélio ductal foge ao escopo genérico desta apresentação. A descrição pormenorizada destas lesões será objeto de próxima publicação. As hiperplasias ductais não costumam formar nódulos. São detectadas em biópsias dirigidas de alterações mamográficas ou diagnosticadas em associação com outras doenças nodulares. As formas atípicas tem potencial invasivo. Mas não é possível determinar quando e quais as lesões que progredirão para o carcinoma invasivo. A multicentricidade, a comedonecrose, a extensão da lesão às margens da biópsia e os antecedentes familiares influenciam o prognóstico. A mastectomia tem sido aceita como tratamento definitivo. Alguns preferem a excisão alargada com radioterapia. Poucos favorecem procedimentos mais conservadores. Este tópico é polêmico e as perspectivas de solução parecem distantes.

Referências Bibliográficas

- 1) ROSEN PP E OBERMAN HA - Atlas Of Tumor Pathology. Third Series. Fascicle 7 - Tumors Of The Mammary Gland. Armed Forces Institute Of Pathology. Bethesda, Md.USA, 1993.
- 2) LOVE SM, GELMAN RS E SILVEN W - Fibrocystic "disease" of the breast, a non disease. New Eng. J. Med., 307: 1010-1014, 1982.
- 3) FRANTZ VK, PICKREN, MELCHER GW E AUNCHINCLOSS H - Incidence of chronic cystic disease in so called "normal breasts". Cancer, 4: 762-783, 1951.
- 4) GORINS A - Le traitement de la maladie fibrokystique des seins. Contrac. Fertl. Sex., 22: 205-210, 1994.
- 5) PEACOCK JR EE - Biologic basis for management of benign breast. The case against subcutaneous mastectomy. Plast. Reconstr. Surg., 55: 14-20, 1975.
- 6) KRAMER NM E RUSH BF - Mammary proliferation in the elderly. A histopathologic study. Cancer, 31: 130-137, 1973.
- 7) SLOSS PT, BENNET WA E CLAGETT OT - Incidence in normal breasts of features associated with chronic mastitis. Am. J. Pathol., 33: 1181-1191, 1957.
- 8) GOLLINGER RC - Hormones and the pathophysiology of fibrocystic mastopathy. Surg. Gynecol. Obstet., 85: 272-285, 1978.
- 9) URIBURU V E URIBURU JL - Fisiopatologia e tratamento da displasia mamária cíclica. Rev. Bras. Mastol., 3: 8-15, 1993.
- 10) DOGLIOTTI L, ORLANDI F E ANGELL A - The endocrine basis of benign breast disorders. World J. Surg., 13: 674-685, 1989.
- 11) CANCER COMMITTEE OF THE COLLEGE OF AMERICAN PATHOLOGISTS. Is fibrocystic disease of the breast pre-cancerous? Arch. Pathol. Lab. Med., 110: 171-173, 1986.
- 12) RICKERT RR, KALISHER L E HUTTER RV - Indurative mastopathy. A benign sclerosing lesion of breast with elastosis which may simulate carcinoma. Cancer, 47: 561-571, 1981.
- 13) ROSEN PP - Subareolar sclerosis duct hyperplasia of the breast. Cancer, 59: 1927-1930, 1987.
- 14) AZZOPARDI JG, - Problems in Breast Pathology. W.B. Saunders Co. Ltd., 1979.
- 15) HILTON GR, LEOPOLD LK E OLSON SA - Real time breast sonography: application in 300 consecutive patients. Am. J. Radiol., 147: 470-486, 1986.
- 16) HERTEL B.F., ZALOUDECK E KEMPSON RL - Breast adenomas. Cancer, 37: 2891-2905, 1976.
- 17) PERSAUD V, TALERMAN A E JORDAN R - Pure adenoma of the breast. Arch. Pathol., 86: 481-483, 1968.
- 18) BADDOURA FK E JUDD RL - Apocrine adenoma of the breast: a report of a case with investigation of lecithin binding patterns in apocrine breast lesions. Mod. Pathol., 3: 373-376, 1990.
- 19) TESLUK H, AMOTT T E GOODNIGHT JE - Apocrine adenoma of the breast. Arch. Pathol. Lab Med., 110: 351-352, 1986.
- 20) MAKEK M E VON HOCHSTETTER AR - Pleomorphic adenoma of the breast. J. Surg. Oncol., 14: 281-286, 1980.
- 21) WILLIAMS RW E LEACH WB - Mixed tumor of female breast of unusual duration and size. South. Med. J., 68: 97-100, 1985.
- 22) CARTER D - Intraductal papillary tumors of the breast. A study of 78 cases. Cancer, 39: 1689-1692, 1977.
- 23) O'HARA MF E PAGE DL - Adenoma of the breast and ectopic breast under lactational influences. Hum. Pathol., 16: 707-712, 1985.
- 24) ROSEN PP - ARTHUR PURDY Stout and papilloma of the breast. Am. J. Surg. Pathol., 10 (supl 1), 100-107, 1986.
- 25) WILLEN R, UVELIUS B E CAMERON R - Pleomorphic adenoma in the breast of a human female. Aspiration biopsy findings and receptors determinations. Acta. Chir. Scand., 152: 709-713, 1986.
- 26) JONES DB - Florid papillomatosis of the nipple ducts. Cancer, 8: 315-319, 1955.
- 27) KERN WH E CLARK RW - Retrogression of fibroadenomas of the breast. Am J. Surg., 126: 59-62, 1973.
- 28) HAMPERL H - The myoepithelia (myoepithelial cells): normal state, regressive changes, hyperplasia, tumors. Curr. Top. Pathol., 53: 161-220, 1970.
- 29) ROSEN PP E ERNSBERGER D - Syringomatous adenoma of the nipple. Am. J. Surg. Pathol., 11: 351-358, 1987.
- 30) CLEMENT PB, YOUNG RH E AZZOPARDI JG - Collagenous spherulosis of the breast. Am. J. Surg. Pathol., 11: 411-417, 1987.
- 31) DUPONT WD E PAGE DL - Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast diseases. New Eng. J. Med., 312: 145-151, 1985.
- 32) DUPONT WD E PAGE DL - Relative risk of breast cancer varies with time since diagnosis of atypical hyperplasia. Hum. Pathol., 20: 723-725, 1989.
- 33) NEWMAN W - In situ lobular carcinoma of the breast. Ann. Surg., 151: 591-599, 1963.
- 34) SUNSHINE JA, MOSELY HS, FLETCHER WS E KRIPPAEHENE WW - Breast carcinoma in situ. A retrospective review of 112 cases with minimum 10 years follow-up. A. J. Surg., 150: 44-51, 1985.
- 35) GAD A E AZZOPARDI JG - Lobular carcinoma of the breast. A special variant of mucin secreting carcinoma. J. Clin. Pathol., 28: 711-716, 1975. ■

Procedimentos Invasivos em Imagenologia Mamária

Celestino de Oliveira¹, Elyete de Oliveira Canella², Ladislau Almeida¹, Marconi Luna¹ e Mônica Travassos²

1- Diretores do Centro de Mastologia do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro - RJ

2-Staff do Centro de Mastologia do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro - RJ

A utilização de punções nas mamas, seja com fins terapêuticos ou diagnósticos, não se constitui em novidade sendo praticada largamente nos ambulatorios em casos de lesões palpáveis. A grande contribuição da Imagenologia é possibilitar a abordagem de lesões impalpáveis, cada vez mais detectadas graças ao rastreamento do câncer mamário em mulheres assintomáticas ("screening") através da mamografia de alta resolução (MAR).

Como consequência do aumento da detecção de lesões subclínicas cresce a necessidade de se realizar procedimentos invasivos, seja para obtenção do diagnóstico por biópsias percutâneas, seja para localizar e marcar as lesões para a biópsia cirúrgica.

Os vários procedimentos têm vantagens e desvantagens; nenhum deles é infalível e sua escolha deverá se fazer de acordo com as peculiaridades de cada caso. As imagens detectadas pela MAR devem ser trabalhadas com incidências especiais, compressão seletiva e magnificação para nos certificarmos de que existe realmente uma lesão que necessita de diagnóstico e de que não se trata de simples superposição de estruturas normais¹.

Nos casos de lesões impalpáveis antes dos procedimentos invasivos é preciso localizar a área de interesse, o que se pode obter com guia ultra-sônica ou guia estereotática².

As lesões que têm expressão ultra-sonográfica devem ser abordadas por este método, que é mais prático e tem menor custo que a estereotaxia e é igualmente preciso além de ser mais confortável para a paciente.

Outra vantagem da guia ultra-sônica é que ela permite, nos casos de PAAF e Core-biopsy, a tomada de amostras da lesão em "leque", ou seja segundo diversos eixos sem necessidade de várias punções, possibilitando amostragem de vários pontos da lesão.

Localização com guia ultra-sônica Técnica

A paciente é colocada em decúbito dorsal e após os cuidados de assepsia faz-se pequeno boião de anestesia no local onde se pretende introduzir a agulha.

Com o auxílio de transdutor linear podemos introduzir a agulha de duas maneiras:

- em posição vertical, que tem a vantagem de percorrer o menor caminho até a lesão, mas tem a desvantagem de não permitir o monitoramento da agulha. Só a percebemos quando sua ponta penetra na lesão.

Outro inconveniente desta abordagem é que nas lesões profundamente situadas aumenta o risco de pneumotórax, principalmente em casos de Core-biopsy.

- A segunda abordagem faz-se com a agulha oblíqua em posição concordante com o maior eixo do transdutor. O caminho até a lesão é mais longo, mas é possível acompanhar a agulha em todo o seu comprimento e trajeto³.

Localização com Guia Estereotática

Está reservada às lesões que não têm expressão ultrasonográfica.

As melhores indicações são as opacidades ou nódulos bem definidos e as microcalcificações agrupadas.

As lesões que se apresentam sob a forma de densidades focais ou distorções do parênquima mamário com frequência apresentam dificuldades de localização, pois com a compressão e com a mudança de posição do tubo de raio-X mudam de aspecto tornando difícil a escolha da imagem para leitura do computador.

Técnica

- Começamos com uma incidência vertical para nos certificarmos do melhor posicionamento da lesão em relação às referências gráficas do sistema. - Em seguida tomamos duas incidências estereotáticas, movendo o tubo de raio X 15 graus para a esquerda e 15 graus para a direita. O chassis é deslocado na mesma direção do tubo, de maneira a se obterem duas imagens sobre o mesmo filme.

- O filme com as duas imagens da lesão é levado ao computador que realiza a triangulação e os cálculos.

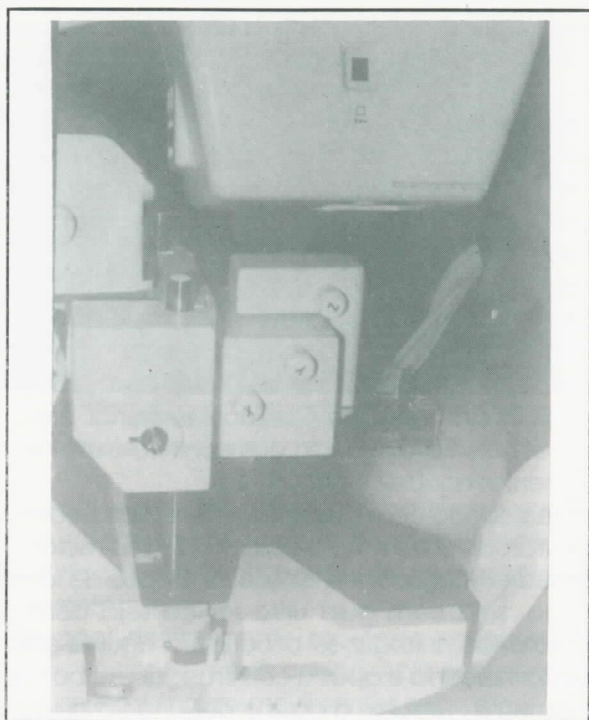


Figura 1 - Dispositivo de estereotaxia Stereotix II montado no mamógrafo com a paciente posicionada.

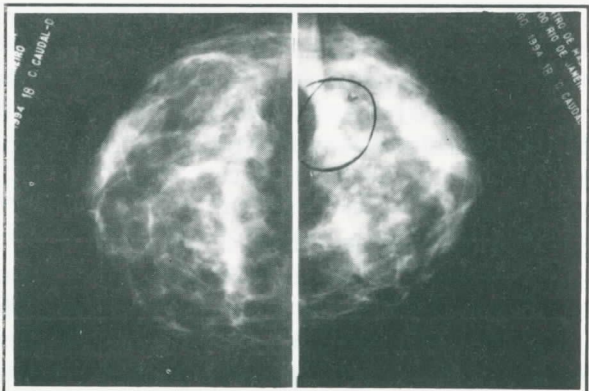


Figura 2A - Nodulo Impalpável. Marcação pré-cirúrgica com guia metálico e estereotaxia. Incidência crânio-caudal

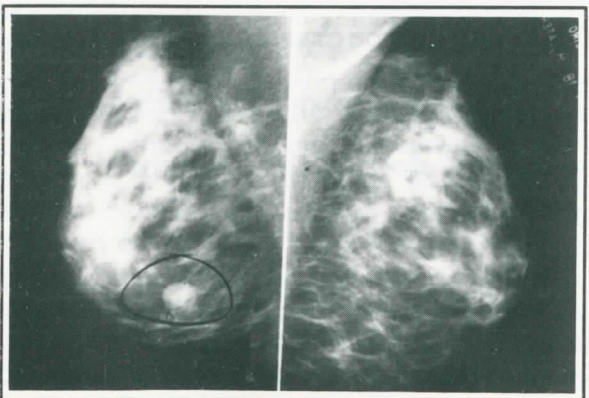


Figura 2B - Nodulo Impalpável. Marcação pré-cirúrgica com guia metálico e estereotaxia. Incidência medio-lateral

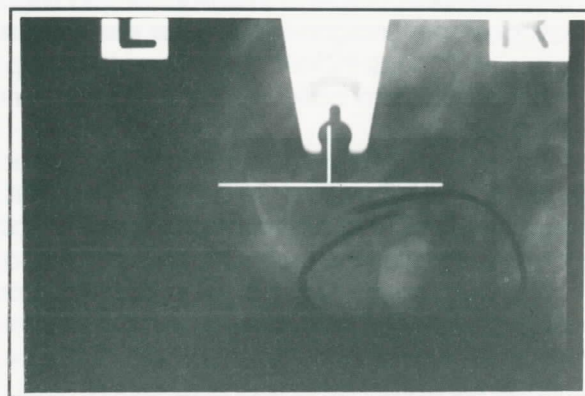


Figura 2C - Nodulo Impalpável. Marcação pré-cirúrgica com guia metálico e estereotaxia. Incidência perpendicular no estereotix ("scout view").

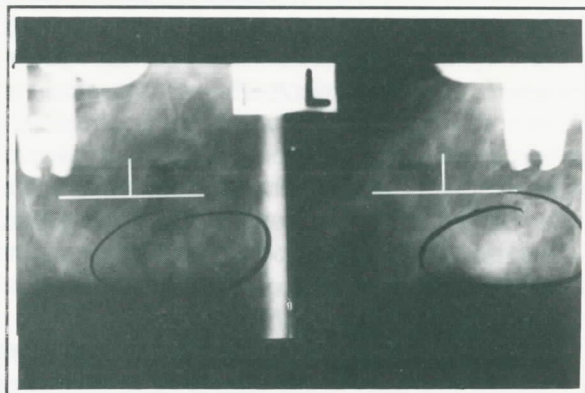


Figura 2D - Nodulo Impalpável. Marcação pré-cirúrgica com guia metálico e estereotaxia. Incidência estereotáxica pré-marcação.

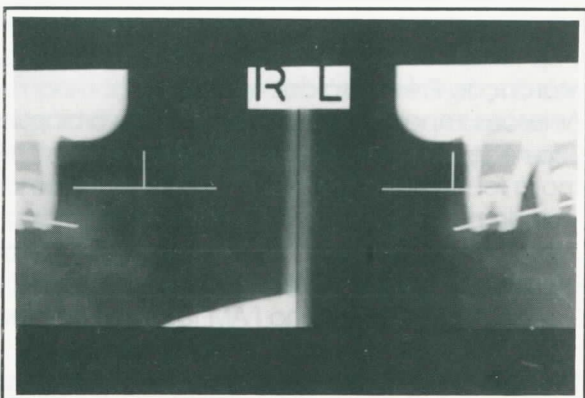


Figura 2E - Nodulo Impalpável. Marcação pré-cirúrgica com guia metálico e estereotaxia. Incidência estereotáxica de confirmação.

los matemáticos que determinam sua posição espacial, segundo três coordenadas - X, Y e Z.

- De posse das coordenadas introduzimos a agulha na posição e profundidade indicadas e em seguida tomamos mais duas incidências estereotáticas para confirmação do bom posicionamento da agulha em relação à lesão.

- Caso a lesão tenha sido corretamente abordada realiza-se o procedimento. - Se o procedimento for a marcação da lesão com guia metálico para a realização de biópsia cirúrgica é preciso realizar radiografias de controle em perfil e em crânio-caudal para confirmação.

Punção aspirativa de coleções líquidas

A Punção aspirativa (PA) de coleções líquidas pode ser realizada para simples evacuação destas coleções, como nos casos de cistos, abscessos, linfocelos e hematomas, por exemplo, como pode se prestar a ensaios diagnósticos.

Pequenos nódulos podem se mostrar ao exame ultrassonográfico de maneira contraditória, com ecos internos abundantes e com sinais de boa transmissibilidade, não permitindo concluir se estamos ou não diante de lesão sólida ou cística e conteúdo espesso, produtor de sinais ecográficos. A PA estabelece o diagnóstico, o líquido aspirado pode ter uma análise citológica para pesquisa de neoplasias. Os líquidos aspirados de cistos simples normalmente são desprezados. Em alguns centros ainda se realizam pneumocistografias, que consiste na introdução de ar no cisto aspirado para melhor estudo de suas paredes.

Hematomas espontâneos de mama não são frequentes, mas na sua ocorrência se impõe a PA e análise citológica do material obtido, pois podem estar associados a tumorações não percebidas na mamografia, cuja análise pode estar prejudicada pela densidade do hematoma que esconde a lesão⁴.

A melhor abordagem destes casos é com guia ultra-sônica, desde que a lesão se expresse de modo seguro neste método. Em caso contrário deve-se fazer a punção guiada por estereotaxia.

Marcação Pré-cirúrgica

As lesões impalpáveis que se destinam à biópsia cirúrgica necessitam de localização e marcação prévia. Como já foi referido anteriormente a localização pode ser guiada por ultra-sonografia ou por estereotaxia.

A marcação da lesão pode ser feita por meio de corantes ou de guias metálicos. Os corantes mais utilizados são o Azul de Metileno (AM) e o Carvão Medicinal (CM).

O AM é de fácil manejo e de baixo custo, mas difunde-se rapidamente pelo tecido mamário o que limita o seu uso. Se a biópsia não for realizada nas 2 ou 3 horas que se seguem à marcação, o corante se es-

palha perdendo inteiramente a utilidade.

O CM também é de fácil manipulação e de baixo custo, sem o inconveniente da difusão. As partículas de carvão permanecem no local da injeção por semanas, possibilitando a marcação da área de interesse com uma antecedência confortável para as pacientes e para os médicos que têm tempo para um bom planejamento da cirurgia.

Este procedimento já vem sendo usado há alguns anos no Hospital Karolinska de Estocolmo e não se tem notícias de efeitos adversos que o contra-indiquem⁵.

Não é um marcador utilizado nos EUA em virtude do não licenciamento do Carvão Medicinal para uso injetável pelo FDA, agência que controla o uso de medicamentos naquele país.

A marcação com guia metálico é o procedimento mais utilizado entre nós, a despeito de seu maior custo e de sua execução mais laboriosa. Depois de localizar a lesão, seja com guia ultra-sônica seja com guia estereotática, introduz-se o conjunto agulha-guia na posição indicada e após a confirmação do bom posicionamento, retira-se a agulha deixando o guia preso pelo arpão na área suspeita. Em seguida tomam-se duas incidências de prova, crânio-caudal e lateral, que serão enviadas ao cirurgião.

Ao fim da cirurgia o espécimen deve retomar ao mastografista para verificar se a lesão suspeita foi retirada. Se o espécimen voltou ao mastografista sem o guia posicionado na lesão é conveniente que se marque novamente para orientar os cortes do patologista⁶.

Biópsia Aspirativa por agulha Fina

- É um procedimento que se destina a colher material para estudos citológicos. No caso de lesões impalpáveis de pequeno tamanho (menor que 1 cm) os melhores resultados são obtidos com guia estereotática, o que se tornou possível após o desenvolvimento deste equipamento pelo Instituto Karolinska na Suécia em 1976.

Material utilizado:

Agulhas de punção espinhal ou agulhas de Franzen.
Seringa de 20 ml.

Pistola (Cameco Syringe Pistol, São Fernando, CA) -
Figura 3

Anestésico - xilocaína a 2% (opcional)
Lâminas

Técnica

- O primeiro passo é localizar a lesão utilizando-se guia ultra-sônica ou guia estereotática.

- Em seguida faz-se a assepsia e pequeno botão anestésico na pele com xilocaína a 2%. Evitamos aprofundar a anestesia para não mascarar a imagem da lesão com o líquido anestésico.

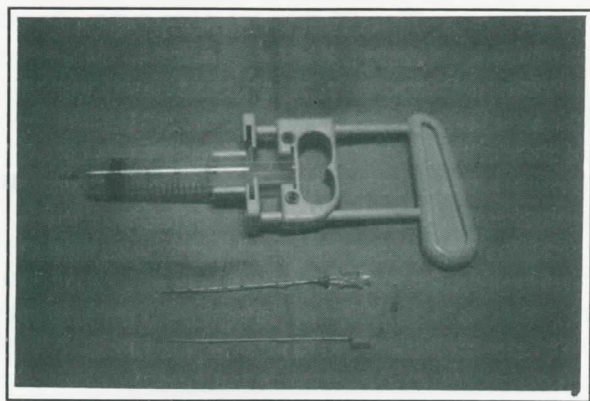


Figura 3 – Pistola de Cameco
(Cameco Syringe Pistol, São Fernando. CA).

- Introduz-se a agulha na posição indicada e no caso de guia estereotáxica tomam-se duas incidências estereotáxicas para confirmação de que se abordou corretamente a lesão.

A seringa, devidamente montada na pistola de Cameco, é conectada à agulha. Aplica-se pequeno vácuo à seringa e com movimentos suaves de vai-e-vem colhem-se as amostras, em número não inferior a 05.

O vácuo deve ser desfeito antes da retirada da agulha para impedir que o material colhido seja aspirado para a seringa, o que prejudicaria sua transferência para as lâminas. Alguns preferem a colheita apenas por capilaridade, sem a realização de vácuo.

- Após a retirada da agulha desconecta-se a seringa, que é cheia com ar para borrifar o material sobre as lâminas. Com outra lâmina distende-se o material, que é imediatamente colocado em álcool a 95%.

Comentários

A Biópsia Aspirativa por Agulha Fina é um procedimento simples, de baixo custo, bem tolerado pelas pacientes, com alta sensibilidade e especificidade. Além destas virtudes, não há na literatura nenhum relato de disseminação de malignidade por sementeira de células neoplásicas no trajeto da agulha fina.

Todavia, para o seu sucesso é preciso preencher dois requisitos, nem sempre possíveis.

O primeiro requisito é colher material suficiente para a análise citológica. Os dados disponíveis na literatura indicam que a ocorrência de material insuficiente é muito variável, de 5 % até 40%. Os serviços que têm as menores taxas de material insuficiente são aqueles que dispõem de citologista durante o procedimento, possibilitando a avaliação de cada amostragem.

A mobilidade de algumas lesões, como os fibroadenomas por exemplo, também concorre para a obtenção de amostras inadequadas. Seu deslocamento durante as tentativas de punção, faz com que se colha material não do nódulo mas de sua vizinhança, provocando diagnósticos equivocados.

O segundo requisito é dispor-se de médico especializado em Citologia mamária, com grande experiência neste tipo de análise. O material obtido pode ser classificado como:

- 1 - material insuficiente
- 2 - benigno
- 3 - atípico (suspeito)
- 4 - maligno

Cistos encontrados à aspiração são incluídos na classificação "benigna" se o líquido aspirado é acelular ou se o pneumocistograma mostrar que não existe massa intra-cística.

Além da alta taxa de material insuficiente, outra desvantagem da PAAF é a sua incapacidade de indicar, nos casos de malignidade, se estamos diante de um carcinoma "In situ" ou de um carcinoma invasivo.

De qualquer modo, pelas suas vantagens este procedimento nos parece útil no manuseio das lesões impalpáveis em duas situações: a primeira em caso, de obtenção de um padrão citológico característico que permita o diagnóstico de lesão benigna, tornando desnecessária a realização da cirurgia. A segunda em caso de obtenção de diagnóstico positivo de carcinoma, possibilitando a realização da cirurgia definitiva, sem que se necessite passar pela fase da cirurgia diagnóstica.

Esta última situação é polêmica por causa dos casos falso positivos, que embora raros poderiam ensejar cirurgias desnecessárias. A combinação do exame físico, da mamografia e da PAAF, o chamado TESTE TRÍPLICE, reduziria a possibilidade de ocorrência destes casos aumentando a confiança nos resultados deste procedimento.

O material classificado como insuficiente ou como atípico obriga a um novo procedimento.

Biópsia cortante por agulha grossa - "Core-biopsy"

A "core-biopsy" utilizada em lesões da mama foi descrita pela primeira vez por Parker em 1990⁷.

Este procedimento permite a colheita de material para estudos histopatológicos em ambiente não hospitalar o que toma o seu custo bastante reduzido, quando comparado aos custos da biópsia cirúrgica. O componente mais caro é o dispositivo de localização, acoplável ou dedicado quando se utiliza a guia estereotáxica.

Material utilizado

- 1 - Bandeja com itens para assepsia, analgesia e material cortante.
- 2 - Pistola automática Pro-Mag
- 3 - Agulha de biópsia Manan ou equivalente de 08 em 14 G
- 4 - Guia para agulha Manan ou equivalente 13 G (para guia ultra-sônica)

5 - Frasco com Formol a 10% tamponado.

Técnica

Guia ultra-sônica

1 - Localiza-se a lesão e escolhe-se o tipo de abordagem para definir o local de entrada do guia e da agulha.

2 - Após os cuidados de assepsia faz-se pequeno botão de anestésico na pele e introduz-se o guia sob controle ultra-sonográfico. De preferência o guia deve tocar a lesão sem penetrá-la.

3 - A seguir retira-se o mandril e introduz-se a agulha de biópsia pelo guia até a lesão, efetuando-se o disparo para colheita da amostra. 4 - As demais amostras, em número de 04, serão obtidas mudando-se a posi-

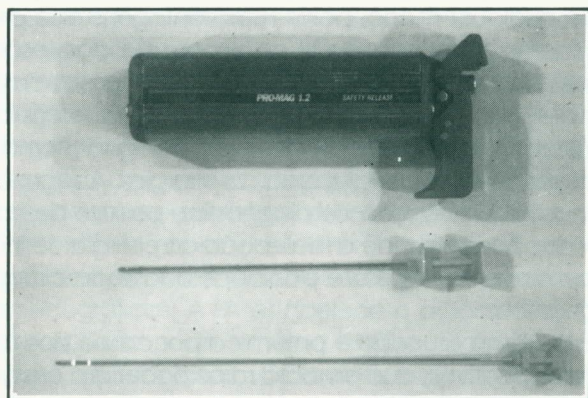


Figura 4A – Pistola e Agulhas de "core-biopsy"
Pistola Pro-mag

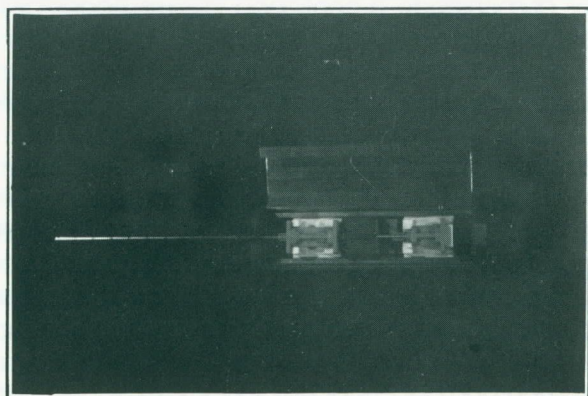


Figura 4B – Pistola e Agulhas de "core-biopsy"
Pistola montada e aberta.

ção do guia em movimento em "leque". Caso o guia se localize dentro da lesão, mesmo que se realize sua mobilização desta maneira, as amostras não serão de pontos diferentes da lesão que se desloca junto com o guia e provavelmente não serão de boa qualidade. Se não for possível evitar a penetração na lesão, antes do segundo disparo é preciso recuar o guia e só então mudar o seu eixo. 5 - Ao final do procedimento é conveniente efetuar uma compressão digital sobre o local

das punções por 03 a 05 minutos para evitar sangramentos.

Técnica

Guia Estereotáxica.

1 - Os passos para a localização com estereotaxia foram abordados nas páginas anteriores

2 - Após a localização faz-se a assepsia da pele e com auxílio do porta-agulha do Stereotix escolhe-se o ponto de entrada. Neste ponto infiltra-se a pele, produzindo-se pequeno botão anestésico. A agulha utilizada para a anestesia é deixada no local para orientar a incisão cutânea, que deverá ser apenas suficiente para a introdução da agulha de biópsia.

3 - Introduz-se a agulha, devidamente montada na pistola (que já estará armada para o disparo) e em seguida tomam-se incidências estereotáxicas para confirmação do bom posicionamento da agulha na lesão.

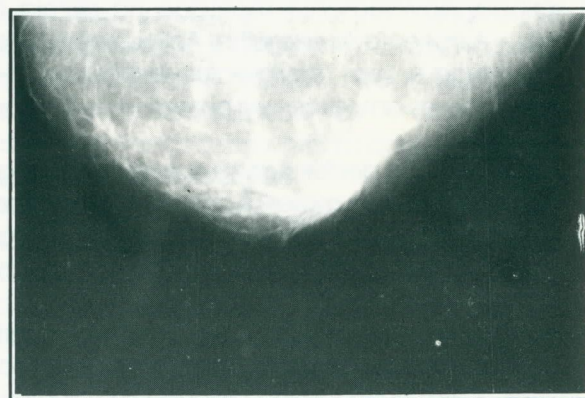


Figura 5A – Nódulo Impalpável no QSE da mama E.
Incidência crânio-caudal.

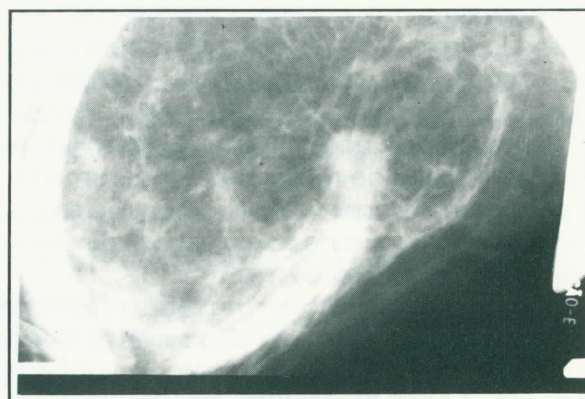


Figura 5B – Nódulo Impalpável no QSE da mama E.
Spot com magnificação

4 - Se a agulha estiver bem posicionada, recuam-se alguns milímetros (a extensão do recuo depende do tamanho da agulha e do tamanho da lesão) e faz-se o disparo.

5 - Tomam-se duas incidências estereotáxicas pós-disparo para se ter certeza de que a lesão foi realmente atingida e de que a amostragem pertence à lesão.

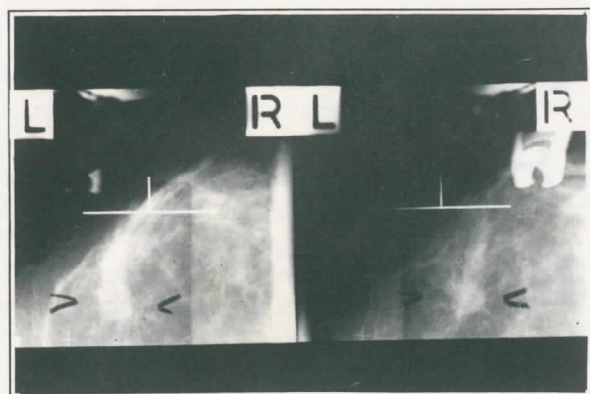


Figura 6A – Localização do nódulo da figura anterior com guia estereotáxica.
Incidências estereotáxicas para localização.

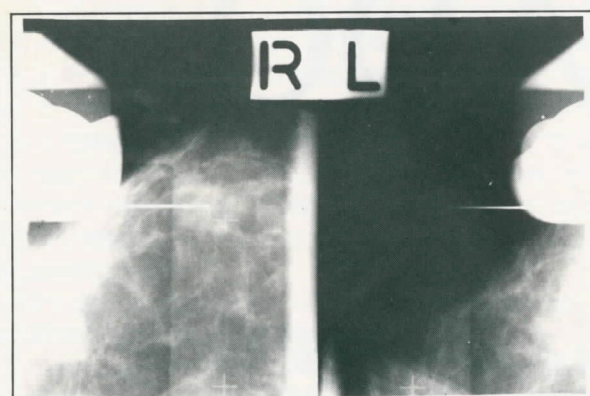


Figura 6B – Localização do nódulo da figura anterior com guia estereotáxica.
Incidências estereotáxicas após a introdução da agulha antes do disparo.

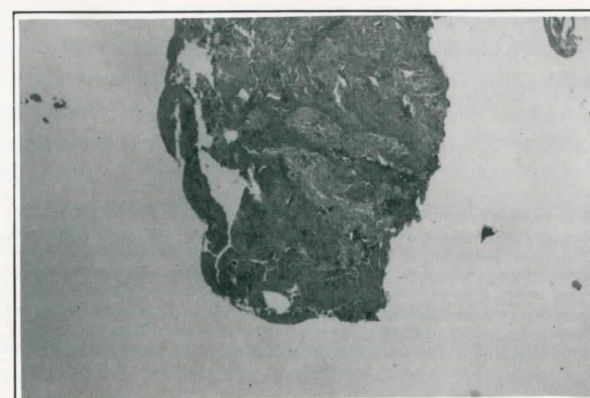


Figura 7A – Amostras (05) colhidas do caso anterior - Carcinoma Invasivo.
Microfoto (40x) corada com HE

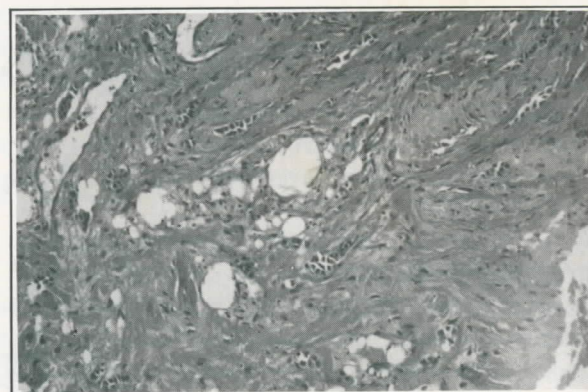


Figura 7B – Amostras (05) colhidas do caso anterior - Carcinoma Invasivo.
Microfoto de médio aumento (100) mostram ductos e cordões de células neoplásicas - HE.

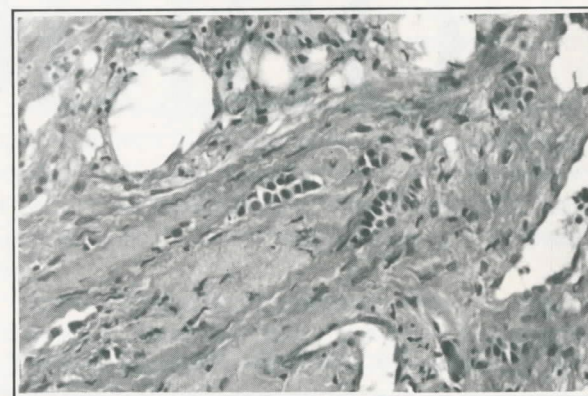


Figura 7C – Amostras (05) colhidas do caso anterior - Carcinoma Invasivo.
Microfoto em grande aumento (400x) mostram células com núcleos aumentados de volume e hiper cromáticos. - HE

6 - Retira-se a agulha e recolhe-se o material que será depositado em frasco com formol a 10 %.

7 - Procede-se de maneira idêntica nas demais colheitas (nunca inferior a 05), podendo-se dispensar as radiografias pós-disparo se não houver suspeita de mobilização da paciente.

8 - Ao final da colheita deve-se aplicar compressão digital por 3 a 5 minutos e curativo compressivo. Não há necessidade de sutura da incisão cutânea.

Comentários

O grande mérito da biópsia cortante por agulha grossa ("Core-biopsy") de lesões impalpáveis é permitir ao cirurgião o conhecimento antecipado da patologia que irá tratar, permitindo-lhe melhor preparo de sua paci-

GRACIAS
THANK YOU
DANKE
GRAZIE
MERCI

OBRIGADO.

Não há nada mais gratificante para você do que um agradecimento, especialmente quando ele vem de uma paciente que está lutando contra o câncer de mama.

É um momento muito especial, tanto para ela quanto para você, que foi o responsável pela indicação de Nolvadex como tratamento.

Há vinte e um anos combatendo o câncer de mama, Nolvadex é o líder mundial na sua categoria. E isso se deve a médicos como você, que reconhecem a eficiência de Nolvadex, permitindo a muitas mulheres os benefícios de uma vida normal.

Em nome dessas pacientes, muito obrigado Doutor.

INFORMAÇÕES RESUMIDAS PARA PRESCRIÇÃO - Nolvadex*-D possui propriedades antiestrogênicas e compete com o estrógeno pelas ligações aos receptores nos órgãos-alvo. INDICAÇÕES - Tratamento do câncer de mama. CONTRA - INDICAÇÕES - o Nolvadex*-D não deve ser administrado durante a gravidez. As pacientes na pré menopausa devem ser cuidadosamente examinadas antes do tratamento a fim de que se exclua esta possibilidade. PRECAUÇÕES - Pode haver distúrbios na supressão de menstruação. EFEITOS COLATERAIS - Os efeitos colaterais relatados podem ser classificados como sendo causados pela ação antiestrogênica da droga, tais como, ondas de calor, corrimento vaginal, erupção cutânea, sangramento vaginal e prurido vulvar, ou como de teor mais geral intolerância gastrointestinal, dor tumoral, tontura e, ocasionalmente alopecia, retenção de fluidos. Quando os efeitos colaterais forem graves, as vezes é possível controlá-los através de uma simples diminuição das doses, sem que se perca o controle da doença. Se os efeitos colaterais resistirem a essa medida, pode ser necessário suspender o tratamento. DOSES E ADMINISTRAÇÃO - 20 mg ao dia em dose única ou fracionada. Não havendo resposta satisfatória, após 1 ou 2 meses, aumentar a dose para 20 mg duas vezes ao dia. APRESENTAÇÕES - Nolvadex*-D embalagens contendo 30 comprimidos brancos octogonais com 20 mg de tamoxifeno. CONSERVAR EM LUGAR FRESCO. PROTEGER DA LUZ E DA UMIDADE. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

* Marca Registrada
Cod. 5/IB/018266



Wellcome - ZENECA

Laboratórios Wellcome - Zeneca Ltda.
Rodovia Raposo Tavares Km 26,9
CEP 06700-000 - Cotia - SP - Brasil

Para informações adicionais consulte o SIM - Serviço de Informações Médicas.

ente e melhor planejamento de seu ato cirúrgico e das terapias adjuvantes.

A Core-biopsy" (CB) tem a mesma precisão que a biópsia cirúrgica, desde que realizada com o rigor técnico necessário. Isto não significa que a "core-biopsy" seja precisa em 100% dos casos, mas tampouco a biópsia cirúrgica precisa na totalidade dos casos. Há uma taxa de insucesso das biópsias cirúrgicas de 2 a 9% ⁸.

As biópsias percutâneas de lesões impalpáveis estereoguiadas têm uma taxa de insucesso equivalente. Com o uso de pistola automática e agulha 14 G tem sido relatadas para a CB sensibilidade de 93% e especificidade de 98 % em lesões impalpáveis ⁸.

Além disso o tipo histológico exato e o grau de malignidade podem ser determinados a partir das amostras de "core-biopsy" ⁹. Considerando-se o menor custo, a menor morbidade, a ausência de seqüelas cirúrgicas e o fato de causar menos ansiedade nas pacientes, a CB está indicada virtualmente em todos os casos em que há indicação para a biópsia cirúrgica.

A CB está indicada nas lesões de alto índice de suspeição mamográfica, como massas especuladas e calcificações ducto-modeladas, bem como naquelas de índice de suspeição mamográfica intermediário como opacidades modulares irregulares e calcificações de distribuição lobular. As portadoras de lesões de BISM também têm indicação de CB se pertencem a grupo de alto risco ou se seu médico assistente tem alto grau de preocupação ¹⁰.

Em comparação com a Biópsia Aspirativa por Agulha Fina há três grandes vantagens da CB:

1 - praticamente não existe colheita de material insuficiente. Pode ocorrer falha na abordagem da lesão com colheita enganosa de material, mas esta falha pode ocorrer também com a BAAF.

2 - Não há necessidade de especialistas em citologia pois o material obtido por CB é suficiente para estudos histopatológicos.

3 - As amostras obtidas por CB podem indicar nos casos de malignidade se o carcinoma é invasivo. Todavia, é preciso ter em conta uma limitação importante: quando não há evidência de invasão nas amostras obtidas não é possível afastar confidentemente esta possibilidade, uma vez que o que se obtém são amostras e não a totalidade da lesão ¹¹).

Há um risco potencial maior de semeadura de células neoplásicas no trajeto da agulha com a "core-biopsy" (14 G) do que com a agulha fina de PAAF ou as agulhas marcadoras de lesão. Até onde sabemos apenas um trabalho foi publicado demonstrando esta ocorrência em um caso de carcinoma mucinoso ¹².

Neste caso a semeadura foi facilitada pelo conteúdo mucinoso do tumor. Considerando-se que os carcinomas mucinosos não são frequentes correspondendo a 1 a 2 % dos cânceres ¹³ e que a maioria dos carcino-

mas da mama são ricos em estroma, a possibilidade de semeadura de células neoplásicas no trajeto da agulha, embora não negligenciável, não deve impedir a realização da "core-biopsy". Em 3.765 pacientes que se submeteram a "core-biopsy" e subsequente cirurgia ou "follow-up" mamográfico; Parker não encontrou nenhum caso de comprovada semeadura neoplásica ¹⁴.

Dificuldades de Localização

Vários fatores podem dificultar e até mesmo impedir a localização de uma lesão impalpável com guia ultrassônica ou estereotática e nestes casos deverá ser tentada a localização à mão livre apoiada em radiografias ortogonais ¹⁵.

A guia ultra-sônica pode não ser possível em razão do tamanho da lesão ou ao ambiente da lesão por exemplo.

A guia estereotática pode ser impedida por fatores ligados ao equipamento, paciente e à lesão.

Problemas ligados ao equipamento e acessórios:

- O calculador que determina o ponto de entrada e a profundidade da agulha pode desregular. Por isto é preciso aferi-lo antes do primeiro procedimento com um fantoma.

As buchas utilizadas no porta-agulhas devem ter um calibre apenas suficiente para permitir a passagem da agulha. Buchas muito largas permitem um balanço da agulha e determinam um afastamento do ponto de entrada que irá se transformar em grande desvio do alvo.

Problemas ligados à paciente - A posição e a imobilidade podem ser extremamente desconfortável para algumas pacientes, como as portadoras de afecções cervicais, determinando-lhes movimentos que são causas de erro na localização.

Problemas ligados à lesão - as lesões profundamente situadas no seio podem ser inabordáveis estereotaticamente, em razão do "design" dos acessórios. O mesmo ocorre com aquelas lesões que se modificam muito com a compressão e com a mudança de 30 graus do tubo de raio-X, prejudicando a escolha da imagem para leitura.

O ambiente no qual se encontra a imagem suspeita também interfere com a precisão da localização. O tecido fibroso muito duro de algumas mamas pode desviar a agulha de seu alvo ¹⁶.

Complicações

Complicações podem ocorrer durante ou após os procedimentos invasivos. A complicação mais comum é a Reação Vaso-vagal (RVV) que pode variar de uma simples tontura até uma síncope, sendo prudente manter uma auxiliar ao lado da paciente, atenta a qualquer sinal de mal-estar que esta venha a apresentar. Equimoses ou hematomas podem se seguir à introdução da agulha no seio em consequência da punção

de um vaso. Uma anamnese dirigida antes da realização do procedimento é indispensável para se obter informações sobre uso de anticoagulantes e de discrasias sanguíneas. Na ausência destas condições a simples compressão digital por três a cinco minutos será suficiente para sanar o problema. O pneumotórax é a complicação potencial mais séria mas é um evento extremamente raro.

As complicações ligadas ao guia metálico incluem o seu "englobamento" por seio volumoso após a descompressão, a migração distal ou proximal do guia também após a descompressão, principalmente em seios com predomínio de tecido adiposo e a secção do guia durante a biópsia cirúrgica.

Conclusão

A decisão quanto ao procedimento mais adequada ao manejo de determinada paciente requer antes de tudo uma rigorosa análise da imagem detectada, utilizando-se todos os recursos que a mamografia e a ultra-sonografia possibilitam para se ter certeza de que a imagem corresponde a uma lesão real.

O segundo passo é avaliar nossas disponibilidades em material e pessoal, bem como nosso grau de adestramento nos vários procedimentos.

As punções aspirativas de coleções líquidas não oferecem dificuldades sendo bem realizadas com guia ultra-sônica e com agulhas de calibre apropriado.

As marcações pré-cirúrgicas, indispensáveis às biópsias cirúrgicas de lesões impalpáveis, são obtidas com facilidade na maioria dos casos com guia ultra-sônica ou estereotática e o uso de corantes ou guia metálico.

Entre os corantes o carvão mineral oferece as maiores vantagens por seu preço e estabilidade, enquanto o guia metálico mais utilizado é o guia de Koppans. A associação entre um corante e o guia metálico é utilizada em alguns renomados serviços.

A análise comparativa entre as biópsias percutâneas nos parece favorecer a "core-biopsy" que praticamente não apresenta taxa de material insuficiente, não necessita de patologista especializado em citopatologia e permite o diagnóstico de carcinoma invasivo.

A "core-biopsy" também deve ser considerada uma boa alternativa para a biópsia cirúrgica, por apresentar sensibilidade e especificidade semelhantes, ressalvados os casos de lesões de presumida pobreza celular, como a Cicatriz Radial por exemplo, de diagnóstico diferencial obrigatório com o câncer, e as microcalcificações granulares de potencial indeterminado que podem não ter uma amostragem adequada pela "core-biopsy" ¹⁷.

O procedimento invasivo pode não ser realizado por impossibilidade de localização da lesão.

No caso de MPC se a localização com guia ultra-

sônica ou estereotática não for possível pode-se tentar a localização a mão livre. Para biópsias percutâneas este recurso é insuficiente.

Qualquer procedimento invasivo encerra um risco de complicações. A ocorrência destas complicações no manejo das patologias mamárias será reduzida por um bom preparo da paciente, por uma anamnese bem conduzida e pela realização criteriosa do procedimento.

Os procedimentos invasivos dão consequência às detecções por permitir transformar um teste positivo em diagnóstico, com os seus desdobramentos terapêuticos e prognósticos.

Referências Bibliográficas

- 1 - KOPPANS, D.B. - BREAST IMAGING - Philadelphia, J.B. Lippincott 1989.
- 2 - DOWLATSHABI, K. ET ALI. - Nonpalpable Breast Tumors: Diagnosis with Stereotaxic Localization and Fine-Needle Aspiration - Radiology 1989;170:427-433
- 3 - FORNAGE, B.; COAN, J.D.; DAVID, C.L. - Ultrasound-Guided Needle Biopsy of the Breast and Other Interventional Procedures - The Radiologic Clinics of North America - Jan, 1992;167:185.
- 4 - HARRIS, J. R.; HELNAN, S.; HENDERSON, I. C.; KINNE, D. W. - Breast Diseases Philadelphia- J.B. Lippincott Company - 1991
- 5 - SVANE, G.; POTCHEN, E.J.; SLEFFA, A.; AZAVEDO, E. - Screening Mammography Breast Cancer Diagnosis in Asymptomatic Women - Saint Louis -Mosby Year Book, Inc- 1993
- 6 - D'ORSI, C.J. - Management of Breast Specimen - Radiology 1995; 194:297-302.
- 7 - PARKER, S.H. ET AL. - Stereotactic Breast Biopsy with a Biopsy Gun-Radiology 1990;176:741-747
- 8 - PARKER, S.H.; JOBE, W.E. - Percutaneous Breast Biopsy -New York -Raven Press - 1993
- 9 - PARKER, S.H. - When is Core Biopsy Really Core ? - Radiology 1992;185: 641-644.
- 10 - BURBANK, F.; BELVILLE, J. - Core Breast Biopsy, Research and What not to do Radiology 1992; 185:639-644
- 11 - LIBERMAN, L.; DERSHAW, D.D.; ROSEN, P.P.; GIESS, C.S.; COHEN, M.A.; ABRAMSON, A.F.; HANN, L.E. - Stereotaxic Core Biopsy of Breast Carcinoma: Accuracy at Predicting Invasion - Radiology 1995; 194:379-381.
- 12 - HARTER, L.P. ET AL. - Malignant Seeding of the Needle Track during Stereotaxic Core Needle Breast Biopsy - Radiology 1992 ; 185:713-714
- 13 - PAGE, D.L.; ANDERSON, T.J. - Diagnostic Histopathology of the Breast. New York - Churchill Livingstone - 1987
- 14 - PARKER, S.H. ET AL. - Percutaneous Large-Core Biopsy: A Multi-institutional Study - Radiology 1994; 193:359-364.
- 15 - HOMER, M.J.; SMITH, T.J.; SAFARI, H. - Prebiopsy Needle Localization: Methods Problems and Expected Results - The Radiologic Clinics of North America- Jan, 1992; 139-153.
- 16 - EVERS, K.; TROUPIN, R.H. - Preoperative Localization of Breast Lesions: Tailored Techniques and Potential Pitfalls- Seminars in Roentgenology 1993 ; July 242-251.
- 17 - LIBERMAN, L. ET AL. - Radiography of Microcalcifications in Stereotaxic Mammary Core-biopsy Specimens - Radiology 1994; 190:223-225 ■

Lesões Circunscritas, sólidas, encontradas pelo exame mamográfico: impalpáveis e não calcificadas

Carlos Ricardo Chagas

*28ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro
Serviço do Prof. Alkindar Soares*

Existem situações, embora bem estabelecidas, que trazem ao mastologista motivos para reflexões, se não quisermos falar em preocupações. São exemplos determinadas lesões encontradas pelo exame mamográfico, como as descritas como circunscritas. Acharmos por bem não nos prendermos, também à possíveis calcificações associadas, por entender que abriríamos rumos para alternativas ainda maiores, a justificar longa análise, mais apropriadas a exposições diversas.

A indicação ou não do tratamento cirúrgico. Sem dúvida, grande número de cirurgias poderiam ser evitadas se pudéssemos estar seguros do caráter benigno ou não da lesão. Ou, se formos surpreendidos por uma neoplasia maligna, após indicarmos conduta expectante, a demora no início do tratamento não interfira no prognóstico da doença – principalmente na sobrevida.

Nosso arsenal semiológico dispõe de outros métodos para um maior embasamento ao diagnóstico e à nossa conduta. Podemos falar da ultra-sonografia, da punção aspirativa com agulha fina e da "core biopsy". Em lesões não palpáveis, circunscritas, embora acreditemos ser de grande importância o uso combinado da mamografia com a ultra-sonografia, haverá um bom número de casos em que a impressão desses exames serão semelhantes, devido às dimensões pequenas dos nódulos. Outras vezes, em pacientes mais idosas, o exame mamográfico continua a ser mais sensível.

Em relação à punção aspirativa com agulha fina, através estereotaxia, serão decisivas se forem positivas para malignidade. Em casos de resultados negativos a coisa se complica se não houver lesão palpável. Certamente constituiu-se em um fator a mais se o aspecto mamográfico permite conduta expectante.

Por outro lado, os trabalhos que reiteram a importância do exame citológico, que dispensa a biópsia, se negativo, têm um grande reforço quando se pode falar em exame triplo negativo: mamografia, citologia e exame clínico. Aqui, com lesão impalpável, falta a impressão clínica, a que nos habituamos a considerar

de grande valia.

Em relação à "core biopsy" por estereotaxia, permite excelente caracterização da natureza benigna ou maligna, com vantagens, em relação a punção aspirativa, por diminuir o número de amostras com material insuficiente para o diagnóstico. Possui acuracidade semelhante à do biópsia aberta. Com as seguintes vantagens sobre esta:

- ausência de cicatriz cirúrgica;
- ausência de pseudo-lesão mamográfica (confundindo futuras interpretações);
- pode ser realizada no mesmo dia em que a alteração é detectada;
- mais econômica.

Certamente, exigem mãos treinados e um protocolo a ser cumprido que estabeleça, por exemplo: o número de amostras a serem obtidas em cada lesão, a necessidade de confirmação radiológica de calcificações porventura existentes. Em todo o mundo vem se tornando parte das armas que dispõe os radiologistas e daqueles que se dedicam a imagenologias das mamas. A nós, clínicos e cirurgiões, cabe habilitar mais ao método, solicitá-lo mais, aproveitar o que ele pode nos oferecer.

Protocolos

O principal aspecto é a opinião de muitos autores a favor do acompanhamento de lesões sólidas, não calcificadas, diagnosticadas mamograficamente, sem alteração no prognóstico de possíveis neoplasias malignas que inicialmente assim não forem consideradas. Possibilidade que pode ocorrer só raramente, em torno de 1,4%, quando rígidos parâmetros são observados. (Sickles). O prognóstico, nesses casos, se compara ao alcançado em casos de cânceres descobertos em programas de "screening" (Varal/Sickles), desde que a paciente esteja cumprindo esquema adequado de exames periódicos.

As lesões escolhidas para acompanhamento, dispensando-se a cirurgia, podem ser rotuladas como provavelmente benignas, sofrendo-se um "follow-up" mais curto. O assunto é considerado de importância clínica, uma vez que, segundo Stompes, é encontrado em 8% das mamografias realizadas em programas de rastreamento.

Em trabalho recente, Sickles - agosto-94 - descreve muito bem essas lesões, bem como tece considerações importantes:

características que permitem o acompanhamento mamográfico:

- massa sólida a ultra-sonografia;
- não palpável;
- não calcificada;
- estudo por magnificação; *
- margens circunscritas (bem definidas) em pelo menos 75% de seu contorno, não obscurecidas por tecido fibro-glandular isodenso adjacente; (fig.1)
- contorno redondo, oval ou macro-lobulado.

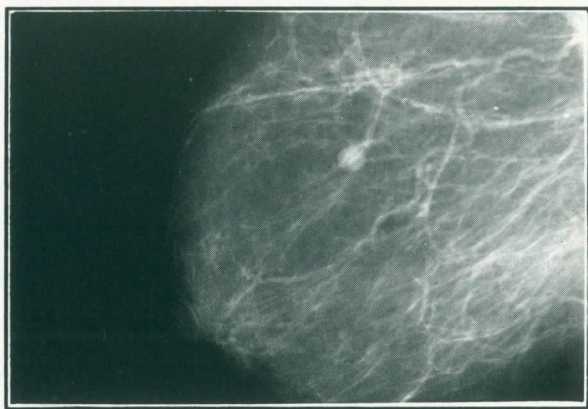


Figura 1: Massa com margens bem definidas.

* infelizmente, muitos serviços não a fazem de rotina, nesses casos. Torna-se necessário que o mastologista a solicite, após a mamografia que mostrou a lesão.

Ao contrário, exigem cirurgia imediata, massas com contorno circunscritos, mas com margens, parcialmente:

- micro-lobuladas;
- mal definidas; (fig. 2)
- espiculadas.

Acompanhamento mamográfico:

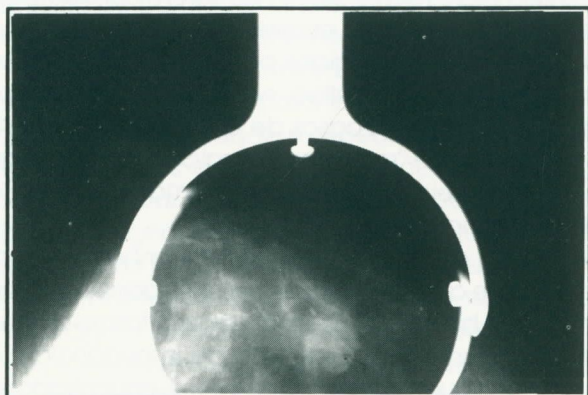


Figura 2: Massa com margens mal definidas (menos de 75%).

• inicialmente com intervalo de 6 meses e, posteriormente, de 1 ano, por um total de 3 anos, ou 3 anos e meio.

Em nosso meio, o intervalo inicial entre as mamografias, indicado por alguns especialistas, costuma ser de 4 meses.

Sickles encontrou 1403 casos de massas impalpáveis, sólidas, não calcificadas, interpretadas como provavelmente benignas, representando 2,4% de 58415 mamografias - entre 1978 e 1990. A idade das pacientes variou entre 28 e 34 anos, em média 52.7 anos, e o tamanho das lesões variou entre 4 a 32 mm - média 10.1 mm. 958 terminaram o acompanhamento, sendo a biópsia foi realizada em 113 casos, por mudanças nas massas provavelmente benignas.

Indicações de biópsia durante o acompanhamento:

- crescimento;
- desenvolvimento de contornos irregulares;
- margens mal definidas;
- calcificações internas,
- distorção da arquitetura.

Somente em 13 casos as lesões se tornaram palpáveis (o que obriga a realização da biópsia). Entre as 113 biópsias realizadas, 19 foram consideradas malignas histopatologicamente (16,8%) - 16 casos de carcinoma ductal invasivos e 3 casos de carcinoma ductal in situ.

Entre os casos de câncer, somente dois estavam entre os que haviam se tornado palpáveis. Os 17 outros foram levados a cirurgia por alterações do padrão mamográfico.

A invasão de linfonodos axilares foi encontrada em um único caso (um linfonodo solitário na base da axila). As 19 pacientes com diagnóstico de câncer continuam sem evidências de recorrência local ou metástase a distância, por um período médio de 81 meses de seguimento.

Esses resultados mostram a segurança do protocolo, uma vez que a grande maioria dos casos - 89,5% - foi classificada como EO ou EI, a despeito do intervalo de muitos meses entre a cirurgia e mamografia inicial. Outro dado interessante prende-se ao fato de existir uma tendência levemente maior de essas lesões serem malignas em mulheres mais idosas (> 50 anos) e em mamas maiores, porém não a ponto de, isoladamente, justificar a biópsia imediata - não há significado estatisticamente significativo.

Outro autor, McKenna, é de opinião que, em virtude de a realização da biópsia, nesses casos ficar baseada puramente em critérios morfológicos das lesões à mamografia, devemos procurar dados o mais uniformes possíveis e pouco subjetivos. Contudo, deve ser lembrado que as anormalidades mamográficas não têm aparência patognomônica.

O valor preditivo positivo (PPV) da mamografia - número de casos de cânceres diagnosticados pelo número de biópsias indicadas - varia muito, segundo diversas fontes: nos EUA, de 15 a 30% e na Europa de 30 a 75%. Estudos realizados pela Mayo Clinic mostram um PPV global de 34% para o exame mamográfico.

Importantes aspectos podem ser avaliados, ao serem analisados separadamente, cada tipo de alteração mamográfica.

Como pode ser verificado na tabela 1, o PPV para calcificações consideradas malignas é de 92% - bastante alto. As massas irregulares com calcificações apresentam PPV de 66%, o as torna altamente suspeitas, mais ainda do que as massas irregulares sem calcificações - 40%.

No Rio de Janeiro, tem-se utilizado muito o Índice de Suspeição Mamográfica, recomendado pelo Centro Médico São Lucas da Universidade de Chicago, através protocolo adotado pelo Centro de Mastologia do Rio de Janeiro, como publicado por Oliveira C. e colaboradores. O Índice de Suspeição Mamográfica (ISM) é dividido em três graus; alto, intermediário, e baixo.

- ISM alto:

1. massa sólida de bordas espiculadas ou muito irregulares;
2. microcalcificações lineares;
3. microcalcificações agrupadas com acentuado pleomorfismo
4. massa sólida de margem irregular, contendo microcalcificações suspeitas ou irregulares.

- ISM intermediário:

1. massa sólida com contorno parcialmente irregular ou apagado;
2. microcalcificações de caráter indeterminado.

- ISM baixo:

1. massa de contornos bem definidos com o maior eixo medindo de 0.5 a 1.5 cm;
2. opacidade assimétrica medindo de 1 a 2 cm;
3. calcificações agrupadas redondas de tamanho uniforme.

Para as lesões impalpáveis é sugerido:

- ISM baixo:

"follow-up" mamográfico

Punção aspirativa com agulha fina/" core biopsy", em pacientes ansiosas ou de grupo de risco:

1. maligno: cirurgia
2. benigno: "follow-up" mamográfico

- ISM intermediário ou alto:

punção aspirativa com agulha fina/" core biopsy"

+ localização cirúrgica pré-cirúrgica

exérese cirúrgica com margem de segurança.

A indicação de uma biópsia de mama, com a possibilidade de um resultado positivo para malignidade, induz a grande ansiedade às pacientes. Sem falar dos custos, existe, ainda, a morbidade possível em qualquer cirurgia e a possibilidade de alterações cosméticas. Necessário seria dispormos de um PPV mais apropriado, isto é, sem as variações encontradas por autores diferentes. O que, devido às nuances das lesões e do próprio parênquima mamário, nos dias atuais, continua a ser uma meta a alcançar.

McKenna sugere um questionário cujas respostas permitiriam que poucos carcinomas não fossem diagnosticados em bom tempo e que o número de biópsias realizadas se mantivesse aceitável:

1. a mamografia é de boa qualidade? existe alguma anormalidade (i.e., a alteração está presente em pelo menos duas incidências)?

2. foi utilizada compressão adequada para eliminar anormalidades arquiteturais? está indicado o uso de técnicas especiais, como magnificação ou ultrasonografia?

3. ocorreu uma super-exposição ou sub-exposição radiográfica? qual é a interpretação do radiologista?

4. a lesão é palpável? com certeza a alteração não é resultado de um artefato na pele, p.ex. É bom lembrar que o exame físico e a mamografia se complementam.

5. não seria recomendável uma consulta a um mastologista? um examinador ocasional, não possui a destreza de um especialista (importante para ginecologistas que não possuam muita experiência em mastologia);

6. pode ser realizada punção aspirativa com agulha fina acuradamente, sem provocar trauma? a punção aspirativa guiada pela estereotaxia é um procedimento cada vez mais relevante;

7. deve ser realizada uma biópsia aberta da lesão? se a suspeita de carcinoma está bem embasada, não existe substituto para a biópsia. Deve ser lembrado que pode ser necessário um processo que localize a lesão, se esta não é palpável.

Se fôssemos colocar nessa nossa revisão também os parâmetros apontados por McKenna e os de outros autores, verificamos que as opiniões de Sickles e do grupo de Mayo Clinic refletem uma posição bem aceita. Cremos que na maioria das vezes, em casos de lesões provavelmente benignas, devemos assumir um posicionamento firme, para passar às nossas pacientes a possibilidade do acompanhamento mamográfico, sem existir riscos de comprometer as suas perspectivas de vida. No dia a dia, nem sempre isto é fácil, existe, em muitas pacientes, uma ansiedade que não lhe permite conviver com a necessidade de exames periódicos. Ronda o seu íntimo a possibilidade do cân-

cer. Nesses casos, aplicam-se, como já dito, exames mais invasivos - punção e "core-biopsy". Uma revisão do perfil psicológico da paciente por psicólogo treinado pode ser necessário. Finalmente, contudo e por tudo isso, às vezes a cirurgia vem a ser indicada mais amígdica do que gostaríamos.

TABELA 1

PPV em várias lesões mamográficas não palpáveis
1989-1990 - Mayo Clinic - modificado de McKenna R., Cancer. July
1, 1994, pag. 244-255

Diagnóstico radiológico	n	% Cancer
calcificação maligna	39	92
massa irregular com calcificação	68	66
distorção arquitetural com calcificação	14	57
distorção arquitetural sem calcificação	45	47
massa irregular sem calcificação	337	40
assimetria com calcificação	7	29
calcificações indeterminadas	200	22
assimetria sem calcificação	37	3
massa lisa sem calcificação	84	1
calcificação benigna	25	nenhum
massa lisa sem calcificação	3	nenhum
total	859	34

Sumário

O autor apresenta aspectos das lesões não palpáveis, visualizadas pela mamografia e sem calcificações. Mostra, através dos resultados e da experiência de autores de reconhecido conhecimento sobre o assunto, que determinadas lesões permitem conduta expectante, pelo acompanhamento mamográfico. Bem como apresenta evidências de que esta conduta será inócua às pacientes.

Referências Bibliográficas

1. LIBERMAN L.; DERSHAW D.D.; ROSEN P.P.; ABRAMSON A.F.; DEUTCH B.M.; HANN L.E.. Stereotaxic 14- Gauge breast biopsy: how many core biopsy specimens are needed? Radiology 1994; 192: 793-795
2. SICKLES E.A.. Nonpalpable, circumscribed, noncalcified solid breast mass: likelihood of malignancy based on size and age of patient. Radiology 1994; 192: 439-442.
3. MCKENNA R.J.. The abnormal mammogram radiographic findings, diagnostic options, pathology, and stage of cancer diagnosis. Cancer (Sup.) 1994; 74: 244-255.
4. KOPPANS D.B.. The positive predictive value of mammography. A.J.R. 1991; 158: 521-526.
5. OLIVEIRA C., STEFON C.; ALMEIDA L.; LUNA M.. Mamografia. Em: Costa M.M. Dias E.N. Silva H.M.S.; Figueira A.S.S. Câncer de Mama para Ginecologistas. 1ª Edição. Rio de Janeiro. Edta. Revinter, 1994.
6. PARKER S.H.. Percutaneous large core biopsy. Cancer (Sup.) 1994; 74: 256-262.
7. VARAS X.; LEBORGNE F.; LEBORGNE J.H. Nonpalpable, probably benign lesions: role of follow-up mammography. Radiology 1992; 184: 409-414. ■

Endereço para correspondência: Rua Soares Cabral, 80 apto. 201
- Rio de Janeiro- RJ. Cep.: 22240-070.

Esclerovitan® Plus

Palmitato de retinol, Cloridrato de piridoxina, Acetato de tocoferol

Esclerovitan®

Acetato de retinol, Cloridrato de piridoxina, Acetato de tocoferol

Formas farmacêuticas e apresentações: ESCLEROVITAN® PLUS Cápsulas. Embalagem contendo 30 cápsulas. Cada cápsula contém: Vitamina A (palmitato de retinol) 5000 UI, Vitamina B6 (cloridrato de piridoxina) 100mg, Vitamina E (acetato de tocoferol) 300mg. ESCLEROVITAN® DRÁGEAS Embalagem contendo 30 drágeas. Cada drágea contém: Vitamina A (palmitato de retinol) 3000 UI, Vitamina B6 (cloridrato de piridoxina) 40mg, Vitamina E (acetato de tocoferol) 70mg. **Uso oral - adulto. INFORMAÇÃO AO PACIENTE:** As embalagens devem ser protegidas contra o calor excessivo e umidade. ESCLEROVITAN® PLUS tem prazo de validade de 24 meses e ESCLEROVITAN® DRÁGEAS de 36 meses, a partir da data de fabricação indicada nas embalagens. Não utilizar os medicamentos se seus prazos de validade estiverem vencidos, pois alteram-se as concentrações de vitaminas, diminuindo sua eficácia. Recomenda-se de uma a duas cápsulas de ESCLEROVITAN® PLUS ao dia ou uma a três drágeas de ESCLEROVITAN® DRÁGEAS ao dia, durante dois a três meses. As cápsulas/drágeas devem ser ingeridas com um pouco de líquido, sem mastigar. A utilização de doses de vitamina A iguais ou superiores a 1.000.000 UI/dia, durante três dias, ou 50.000 UI/dia, durante dois ou mais meses, pode provocar intoxicações agudas ou crônicas pela vitamina A, que se manifestam por dor de cabeça, perda de apetite, enjôo, vômitos, pele seca e escamosa, queda de cabelos, boca ressecada com rachaduras nos cantos dos lábios, inchaço, cansaço, desânimo, sonolência, aumento ou diminuição das regras, sangramento (inclusive abaixo da pele), visão dupla, convulsões, dores nas articulações e sensibilidade aumentada à luz. Surgindo algum desses fenômenos, deve-se interromper imediatamente o uso de ESCLEROVITAN® PLUS / ESCLEROVITAN® e procurar o médico assistente. Considerando que a vitamina A em doses superiores a 10.000 UI/dia pode ocasionar deformações em fetos, como precaução, ESCLEROVITAN® PLUS / ESCLEROVITAN® não deve ser tomado por mulheres grávidas. Se no transcurso do tratamento, em mulheres durante a fase fértil da vida, a menstruação não aparecer, suspender imediatamente o uso de ESCLEROVITAN® PLUS / ESCLEROVITAN® e comunicar o fato ao médico assistente. ESCLEROVITAN® PLUS / ESCLEROVITAN® não deve ser tomado por pacientes parkinsonianos em uso de levodopa pura, não associada a inibidores da descarboxilase, pois a vitamina B6 inibe a ação terapêutica da levodopa isolada. Mulheres em uso de anticoncepcional devem utilizar doses menores de ESCLEROVITAN® PLUS / ESCLEROVITAN®, uma vez que esses agentes aumentam o nível sanguíneo de vitamina A. Todo medicamento deve ser mantido fora do alcance das crianças. Não tome remédio sem o conhecimento de seu médico. Pode ser perigoso para sua saúde. **INFORMAÇÃO TÉCNICA:** Mecanismo de ação: ESCLEROVITAN® PLUS / ESCLEROVITAN® associam em suas fórmulas as vitaminas A, B6 e E, necessárias às reações relacionadas com o metabolismo de lipídios e proteínas e à preservação de células e tecidos como o epitelial e o conjuntivo. A vitamina A é indispensável para a conservação da integridade funcional e estrutural das células epiteliais de todo o organismo, em especial as da retina. Segundo alguns autores, essa vitamina previne ou faz regressar alterações caracterizadas por hiperplasia e menor diferenciação celular. A deficiência de vitamina A parece aumentar a sensibilidade à carcinogênese e, por reduzir a capacidade secretora de epitélios produtores de muco, também o surgimento de processos irritativos e infecciosos. A vitamina B6 participa como coenzima em diversas reações de transformação de aminoácidos e no metabolismo de neurotransmissores. Sua carência provoca alterações na pele e mucosas (dermatite seborréica, glossite, estomatite), na hematopoiese (anemia sideroblástica) e no sistema nervoso (convulsões, neurites, diminuição na concentração dos neurotransmissores norepinefrina e 5-hidroxitriptamina). Diversos estudos conferem à vitamina E ação antioxidante e protetora das membranas celulares contra agressões por peróxidos e radicais livres. Essa vitamina atua sobre o tecido mesenquimatoso, prevenindo a esclerose do colágeno. Facilita a absorção e a utilização da vitamina A, protegendo contra efeitos decorrentes da hipervitaminose A. Essas três vitaminas influenciam também a produção e atividade dos hormônios femininos. A vitamina A pode antagonizar a produção de estrogênio pelo folículo ovariano. A vitamina B6 influencia na atividade dos hormônios esteroides, por interação com complexos esteroide-receptores e melhora do metabolismo hepático dos estrogênios. Estimulando a síntese de dopamina, inibe a produção de prolactina. A vitamina E inibe a oxidação e facilita o processo de redução do estradiol, modula o equilíbrio estrogênio/progesterona, altera o nível de androgênios supra-renais e gonadotrofinas. As ações das três vitaminas sobre os tecidos epitelial e conjuntivo e sobre o quadro hormonal justificam o uso de ESCLEROVITAN® PLUS no tratamento das displasias mamárias (mastopatias fibrocísticas), para cuja gênese se admite um desequilíbrio na relação estrogênio/progesterona, favorecendo a diferenciação epitelial e a preservação do tecido conjuntivo. ESCLEROVITAN® PLUS melhora a sintomatologia das pacientes com displasias mamárias. **Indicações:** Restabelecimento da integridade estrutural do epitélio glandular e do estroma conjuntivo das mamas. Promoção do amadurecimento e diferenciação das células epiteliais. Proteção da integridade das membranas celulares contra agentes oxidantes. Prevenção e tratamento das manifestações visuais, cutâneas, neurológicas, hematológicas, metabólicas e vasculares decorrentes da carência das vitaminas A, B6 e E. **Contra-indicações:** O produto está contra-indicado na gravidez, pois existem relatos de teratogenicidade e embriotoxicidade quando do uso de vitamina A, em doses superiores a 10.000 UI/dia, durante a gestação. Está também contra-indicado na hipervitaminose A. **Precauções:** Se durante o tratamento de mulheres na fase fértil da vida a menstruação não surgir, o uso de ESCLEROVITAN® PLUS / ESCLEROVITAN® deverá ser imediatamente descontinuado. Usar com cuidado em pacientes com deficiência renal crônica. Interações medicamentosas: Produtos à base de levodopa isolada têm sua eficácia terapêutica reduzida pela vitamina B6, o mesmo não ocorrendo com aqueles produtos em que a levodopa está associada a um inibidor da descarboxilase. Os anticoncepcionais orais podem determinar níveis sanguíneos de vitamina A mais elevados. Doses elevadas de hidróxido de alumínio diminuem a absorção de vitamina A. O uso concomitante com colestiramina, óleo mineral, neomicina oral, aumenta a necessidade de vitamina A. **Reações adversas:** O uso de doses de vitamina A iguais ou superiores a 1.000.000 UI/dia, por três ou mais dias, pode provocar hipervitaminose aguda e a utilização de doses iguais ou superiores a 50.000 UI, por 12 ou mais meses, hipervitaminose crônica. A intoxicação pela vitamina A manifesta-se por alterações cutâneo-mucosas, perda de cabelo, cefaléia, perturbações neurológicas (insônia, irritabilidade, diplopia), náuseas, vômitos, anorexia, fenômenos hemorrágicos, hipo ou hipermenorréia, crises convulsivas, aumento da fotossensibilidade, dores articulares. **Posologia e modo de usar:** ESCLEROVITAN® PLUS: De uma a duas cápsulas ao dia, ingeridas com um pouco de água, durante ou após as refeições. O tempo de tratamento é de dois a três meses. ESCLEROVITAN® DRÁGEAS: Uma drágea ao dia. Terapêutica - duas a três drágeas ao dia. As drágeas devem ser ingeridas com um pouco de água, durante ou após as refeições. O tempo de tratamento é de dois a três meses. **Conduta na superdosagem e nas reações adversas:** As reações adversas dependem fundamentalmente de superdosagem da vitamina A. Nesse caso suspender imediatamente a ingestão do medicamento. Como não existe tratamento específico, utilizar medidas sintomáticas. Alguns sinais e sintomas desaparecem em uma semana, outros podem persistir durante várias semanas ou meses. Siga corretamente o modo de usar. Não desaparecendo os sintomas, procure orientação médica.

MERCK

MERCK S.A. Indústrias Químicas
Entrada dos Bandeirantes - 1096
Cep 22710-57 - Rio de Janeiro RJ

Detecção Precoce do Câncer de Mama

Nassif Alexandre Galeb Junior

*Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - São Paulo.
Membro da Comissão de Detecção Precoce do Ca. de
Mama da Sociedade Brasileira de Mastologia.*

Apesar dos vários avanços no tratamento do câncer de mama, a mortalidade para um mesmo estadio da doença continua muito semelhante aos resultados conseguidos com a cirurgia clássica do início do século, com a discreta diminuição da mortalidade utilizando o tratamento adjuvante quando indicado.

Com o objetivo de diminuir a mortalidade do câncer de mama, o caminho encontrado por vários países do mundo foi a detecção precoce, visto que a curabilidade dos tumores é diretamente proporcional ao diâmetro do tumor que é muito alta mesmo em tumores palpáveis (80 % de sobrevida em 10 anos para tumores entre 1,5 e 2 cm de diâmetro). Resta-nos saber quais os métodos que devem ser utilizados; o valor de cada um deles e o cálculo da relação custo x benefício.

A análise destes métodos é baseada em diversos tipos de estudos, entretanto é muito difícil se tirar conclusões quando não se tem estudos controlados e com menos de 10 anos de seguimento. Entende-se por estudos controlados quando este é programado de maneira que aleatoriamente se divide uma população de mulheres e cada grupo é submetido a condutas diferentes, o resultado deve ser analisado estatisticamente e o seguimento de todas as pacientes deve ter no mínimo 10 anos, visto que em câncer de mama a curva de mortalidade só se torna semelhante a da população em geral após este período, principalmente em tumores pequenos.

Podemos citar 4 métodos que tem sido utilizados e analisados:

- Conscientização da Mulher
- Auto Exame da Mama (AEM)
- Exame Clínico
- Mamografia

Conscientização:

Consiste em ensinar à população feminina que, quando encontrar uma tumoração ou retração de pele ou descarga papilar espontânea, deve procurar um

serviço especializado, o mais breve possível, para esclarecimento do diagnóstico e eventual tratamento. Para explicar o valor da conscientização da mulher foi realizado análise do grupo controle (que não realizou mamografia de rotina ou exame clínico anual) em vários estudos.

No estudo Sueco (S2 C) concluiu-se que 65% das mulheres que tiveram câncer de mama no grupo controle ficaram curadas (sobrevida em 10 anos). Neste estudo realizado na década de 70 não foi especificado a proporção de mulheres que realizavam auto exame de mama. Um estudo semelhante realizado nos EUA na década de 60 (HIP) mostrou que apenas 50% das mulheres do grupo controle ficaram curadas (sobrevida em 10 anos). A diferença (50% para 65% provavelmente é devido ao fato de que as mulheres têm melhorado o seu grau de conscientização através dos últimos anos e obviamente populações diferentes apresentam variações na mortalidade conforme o seu grau de conscientização.

O Brasil se encontra em uma das posições mais baixas, quanto ao grau de conscientização sobre câncer de mama nas mulheres, razão pela qual temos um baixo índice de cura mesmo nas regiões mais desenvolvidas. Esta atitude da nossa população se traduz por um elevadíssimo índice de tumores avançados que chegam aos nossos hospitais assistenciais (60% em São Paulo em 1992). Este estadio do tumor praticamente inexistente hoje nas cidades mais desenvolvidas do mundo, o que prova que o câncer avançado pode ser evitado com o desenvolvimento cultural.

Diante do exagerado número de tumores avançados em nosso meio foi realizado um trabalho de pesquisa na população feminina da cidade de São Paulo, com o objetivo de se avaliar o grau de conscientização da mulher paulistana. A população deste estudo (1500 mulheres entre 35 e 60 anos de idade) foi dividida em níveis culturais e econômicos. Entre outras conclusões notamos que a nossa população não acredita na alta incidência do câncer de mama e nem na sua cura. Acreditamos, pois, que qualquer esclarecimento ou campanha de conscientização da nossa população deve explicar didaticamente estes dois tópicos.

Auto Exame das Mamas (AEM)

Consiste em ensinar as técnicas de auto exame com o objetivo de se detectar tumores pequenos.

Classicamente é composto de 4 tempos

1. Deslizar a mão sobre as mamas ensaboadas durante o banho
2. Fazer a inspeção com os braços erguidos em frente ao espelho
3. Deitada palpar detalhadamente a Mama Direita com a mão esquerda e vice-versa.
4. Expressão dos mamilos

Quanto a sua eficácia não existem trabalhos controlados, mas estudos que comparam pacientes com Ca. de mama que faziam ou não o AEM nos levam a concluir que esta diferença na cura é pequena (ao redor de 5%) a favor do AEM comparado a um grupo de população com alto grau de conscientização.

Quando se ensina as mulheres que devem procurar um médico logo que encontrar um tumor na mama pois tumores pequenos são curáveis, a primeira pergunta que surge na mente destas mulheres é: "Como encontro um tumor pequeno na minha mama", razão pela qual o ensino do AEM faz parte do trabalho de conscientização.

Apesar de ser ensinada nos países desenvolvidos desde a década de 50, apresenta pouca aceitação mesmo após repetidas campanhas, provavelmente devido a sua complexidade, razão pela qual, existe uma tendência a se eliminar o item "expressão do mamilo" e dar ênfase ao "exame no banho", propondo-se a "palpação deitada" somente em casos de mamas grandes. É aconselhável ensinar o valor da retração da pele. Esta simplificação provavelmente pouco irá influenciar na curabilidade e provocará maior aceitação por parte da população.

Exame Clínico (EC)

Consiste em realizar o exame clínico (EC) das mamas anualmente seja por médicos ou pessoal paramédico.

Não existe estudo controlado comparando EC com outro método. Entretanto o EC faz parte do estudo controlado juntamente com a mamografia, e sua eficácia foi analisada separadamente no primeiro estudo controlado (HIP) revelando que o EC foi capaz de diagnosticar cerca de 80% dos tumores. Esta eficácia foi muito mais evidente no grupo de mulheres abaixo de 50 anos de idade, quando somente com o exame clínico foi possível detectar grande parte dos tumores. Esta diferença foi muito menor em estudos posteriores quando se usou mamografias de melhor padrão. Apesar da aparente eficácia do EC neste estudo (HIP), outras avaliações comparando EC anual com um grupo controle bem conscientizado, não encontram diferen-

ças evidentes na sobrevida.

Durante um programa que realizava EC em mulheres assintomáticas na periferia da cidade de São Paulo notou-se uma evidente diminuição dos casos avançados em nosso hospital.

Mamografia

Consiste em realizar o exame radiológico das mamas em intervalos de 1 a 3 anos.

Existem 3 estudos controlados (comparam com grupo controle) com mais de 10 anos de seguimento. O primeiro é americano (HIP) realizado na década de 60 que comparou o grupo controle com um grupo de mulheres acima de 40 anos que foram submetidas anualmente a exame clínico e mamografia. Neste estudo se concluiu que houve diferença (+/- 30%) entre grupo controle e o estudado em todas as faixas etárias. Entretanto nas mulheres abaixo de 50 anos o papel da mamografia não foi muito importante.

O segundo estudo foi realizado na Suécia na região de Malmö e concluiu que não houve diferença de mortalidade abaixo dos 50 anos e uma pequena vantagem no grupo que fez mamografia nas mulheres acima de 50 anos.

O terceiro estudo foi realizado também na Suécia denominado S2C e realizou mamografias com uma só incidência (médio lateral) em intervalo de 2 anos até os 50 anos e 3 anos após os 50 anos. Este estudo concluiu que não houve diferença da mortalidade até 50 anos e houve uma vantagem de 20% após os 50 anos no grupo que fez mamografia.

Existem vários outros estudos não controlados entre eles o BCDDP que foi realizado nos EEV depois do HIP e revelou um aumento da eficácia da mamografia.

As críticas sobre estes estudos são vários, mas principalmente a qualidade de imagem e a qualidade dos radiologistas são melhores hoje comparada a década de 70 e estes dois fatores melhorariam a sobrevida visto que em todos os estudos os tumores detectados apenas pela mamografia tiveram a melhor sobrevida.

A dificuldade de se visualizar pequenos tumores pela mamografia é proporcional a intensidade da densidade do parênquima mamário. Em mamas gordurosas "geralmente idosas", facilmente se detecta tumores menores que 0,5cm. E a densidade do parênquima mamário quando é intensa (geralmente em pacientes mais jovens) frequentemente não permite a visualização dos tumores já palpáveis.

É preciso lembrar que além do custo da mamografia existem, também, as cirurgias desnecessárias (tumores benignos) que variam muito dependendo da qualidade e experiência dos diversos serviços.

Tanto a mamografia quanto o exame clínico quando comparados a um grupo controle de baixo grau

de conscientização apresentam grande benefício, mas quando comparados a uma população com alto grau de conscientização, seus benefícios são muito melhores.

Conclusões:

A conscientização de população acrescida do AEM e se possível um exame clínico anual deve resultar em cerca de 70% de cura (sobrevida em 10 anos) nas mulheres acima de 40 anos.

Os programas de conscientização da nossa população devem explicar didaticamente o conceito de cura de incidência do câncer de mama.

A mamografia não melhorou a sobrevida das mulheres até 50 anos de idade nos estudos controlados. Todavia com a melhor imagem dos aparelhos modernos pode-se aumentar um pouco a sobrevida neste grupo etário com mamografias anuais.

A mamografia anual é talvez a cada 2 anos resultam em cerca de 85% a 90% de cura (sobrevida em 10 anos) nas mulheres acima de 50 anos de idade.

Estes resultados presumem que o médico que atende uma paciente, com pequena alteração mamária, tenha o preparo suficiente para realizar o diagnóstico diferencial, e que, as mamografias realizadas tenham uma boa qualidade.

A indicação da mamografia como screening é dependente não somente da relação custo-benefício mas também da disponibilidade de um bom serviço de diagnóstico precoce.

Referências Bibliográficas:

- ANDERSON, I.; ASPEGREN, K.; JANZON, L. LANDLBERG, T.; LIN-DHOLM, K.; LINEL, F.; LJUNGBERG, O.; RANSTAM, J. AND SIGFUSSON, B. – Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. *Br Med J*, 297:943-948, 1988.
- BAINES, C.J. – Breast Self – Examination. *Cancer Supplement*, 69:1942-1946, 1992, 7.
- BAINES, C.J.; MILLER, A.B.; KOPANS, D.B.; MOSKOWITZ M., SANDERS, D.E.; SICKLES, E.A.; TO T. AND WALL C. – Canadian National Breast Screening Study: Assessment of Technical Quality by External Review. *A.J.R.*, 155:743-747, 1990.
- BASSETT, L.W. E GOLD, R.H. – The Evolution of Mammography. *A.J.R.*, 150:493-498, 1988.
- BRISSON, J.; MORRISON, A.S.; KHALID, N. – Articles: Mammographic Parenchymal, Features and Breast Cancer in the Breast Cancer Detection Demonstration Project. *JNCI*, 80:1534-1540, 1988, 19.
- CHAMPION, V. – The role of Breast Self-Examination in Breast Cancer Screening. *Cancer Supplement*, 69:1985-1991, 1992, 7.
- CHARLSON, M.E. – Delay in the Treatment of Carcinoma of the

- Breast. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 160:393-399, 1985.
- CIATTO, S.; CECCHINI, S.; IOSSA, A.; GRAZZINI, G.; BRAVETTI, P.; TURCO, M.R.D.; CATALIOTTI, L.; CARDONA, G. AND BIANCHI, S. – Prognosis of Nonpalpable Infiltrating Carcinoma of the Breast. *Surgery Gynecology & Obstetrics*, 170:61-64, 1990, 1.
- DAY, P.J. AND O'ROUKE, M.G.E. – The diagnosis of breast cancer: a clinical and mammographic comparison. *Med J Aust*, 152:635-639, 1990, 12.
- DUPONT, W.D. – Evidence of Efficacy of Mammographic Screening for Women in Their Forties. *Cancer*, 74:1204-1206, 1994, 4.
- FEING, S.A. – Should Breast Self-Examination Be Included in a Mammographic Screening Program? Recent Results in Cancer Research, 119:L151-164, 1990.
- GALEB JR., N.A. E COLS. – Grau de Conscientização da Mulher Paulistana sobre o Câncer de Mama. IX Congresso Brasileiro de Mastologia, Minascentro de 2 a 6 de agosto, 1992, Belo Horizonte - MG.
- HABBEMA, J.D.F.; OORTMARSEM, G.J.V.; PUTTEN, D.J.V.; LUBBE, J.T. AND MAAS, P.J.V.D. – Age-Specific Reduction in Breast Cancer Mortality by Screening: An analysis of the Results of the Health Insurance Plan of Greater New York Study. *JNCI*, 77:317-320, 1986, 2.
- JR., R.S.F.; WORDEN, J.K.; COSTANZA, M.C. AND SOLOMON, L.J. – Clinical Breast Examination and Breast Self – Examination. *Cancer Supplement*, 69:1992-1998, 1992, 7.
- KOPPANS, D.B.; HALPERN, E. AND HULKA, C.A. – Statistical Power in Breast Cancer Screening Trials and Mortality Reduction among Women 40-49 years of Age with Particular Emphasis on the National Breast Screening Study of Canada. *Cancer*, 74:1196-1203, 1994, 4.
- LE GEYTE, M.; MANT, D.; VESSEY, M.P.; JONES L. & YUDKIN, P. – Breast self examination and survival from breast cancer. *Br Med J*, 66:917-918, 1992, 5.
- LOPES, E.R.; DE ABREU, E.; GADELHA, M.I.P. – A Detecção do Câncer de Mama: Atualização e Recomendações, Instituto Nacional do Câncer, 1-17, Rio de Janeiro, 1993.?
- MILLER, A.B. – Early Detection of Breast Cancer, Harris.; Hellman, S.; Henderson, I.C.; Kinne, D.W.; Breast Diseases, 2ª ed., 215-228; E.U.A.; J.B. Lippincott Company, 1991.?
- MILLER, A.B.; BAINES, C.J.; TO, T.; WALL, C. – Canadian national Breast Screening Study: 1. Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. *Can Med Assoc J*, 147:1459-1498, 1992, 10.
- MILLER, A.B.; BAINES, C.J.; TO, T. AND WALL, C. – Canadian National Breast Screening Study: 2. Breast cancer detection and death rates among women aged 50 to 59 years. *Can Med Assoc J*, 147:1477-1488, 1992, 10.
- MORRISON, A.S.; BRISSON, J. AND KHALID, N. – Breast Cancer Incidence and Mortality in the Breast Cancer Detection Demonstration Project. *JNCI*, 80:1541-1547, 1988, 19.
- MOSKOWITZ, M. – Breast Cancer: Age-Specific Growth Rates and Screening Strategies. *Radiology*, 16:37-42, 1986, 1.
- MOSKOWITZ, M. – Guidelines for screening for Breast Cancer: is a Revision Order? *The Radiologic Clinics of North America*, 30:221-223, 1992, 1.
- SENTE, R. T.; LESSER, M.; KINNE D.W. AND ROSEN, P.P. – Method of Tumor Detection Influences Disease-Free Survival of Women with Breast Carcinoma. *Cancer*, 73:1666-1672, 1994, 6.
- SHAPIRO, S. – Periodic Breast Cancer Screening in Seven Foreign Countries. *Cancer Supplement* 69:1919-1924, 1992, 7.
- TABAR, L.; FAGERBERG G.; DUFFY, S.W.; DAY, N.E.; GAD, A. AND GRONTOFT O. – Update of the Swedish Two Country Program of Mammographic Screening for Breast Cancer. *The Radiology Clinics of North America*, 30:187-210, 1992, 1.
- WINCHESTER, D.P. – Physical Examination of the Breast. *Cancer*, 69:1947-1949. 1992, 7. ■

REV. BRASIL. DE MASTOLOGIA - NORMAS EDITORIAIS

1. INFORMAÇÕES GERAIS

A REVISTA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA é um periódico destinado a publicação de matéria de interesse médico, desde que aprovada por seus Editores e Conselho Editorial.

Os conceitos emitidos nos artigos e comunicações são de total responsabilidade dos autores.

Os artigos devem ser destinados exclusivamente à REVISTA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. A Editora não se responsabiliza por implicações jurídicas conseqüentes a publicação em outro periódico de matéria a ele remetida. Na eventualidade de republicação de trabalhos nacionais ou estrangeiros, é exigida autorização formal do autor bem como do periódico detentor do copyright.

Os trabalhos submetidos devem acompanhar-se de carta do autor responsável autorizando a publicação.

A Redação, quando for o caso, adaptará automaticamente os artigos aceitos às normas de publicação adiante descritas, inclusive suprimindo ilustrações consideradas excessivas ou redundantes.

A REVISTA BRASILEIRA DE MASTOLOGIA não aceita matéria paga em seu espaço redatorial, nem remunera os autores sob qualquer pretexto.

Nome abreviado para citação R. Bras. Mast.

2. NORMAS PARA PREPARAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os originais devem ser datilografados em espaço duplo em uma só face das laudas, que deverão conter de 20 a 25 linhas, com margens de 2 a 3 cm e numeradas consecutivamente no ângulo superior direito. Iniciar cada uma das seções a seguir, em páginas separadas: página de rosto; resumo e "unitermos"; texto; títulos em inglês, "summary" e "key words"; agradecimentos; referências; tabelas; ilustrações; legendas.

Primeira página - deve conter:

- Título do artigo: conciso, mas informativo. Evitar abreviações;
- Nome(s) do(s) autor(es) e título(s) principal(ais);
- Nome do Serviço(s) ou Instituição(ões) onde foi realizado o trabalho;
- Nome e endereço do autor responsável, para correspondência.

Resumo e Unitermos — na segunda página, e no máximo em 200 palavras, resumir os propósitos do estudo, sua metodologia, os resultados obtidos — se possível, mencionando significância estatística — e as conclusões principais. Obs.: somente utilizar abreviaturas reconhecidas pelo Sistema Internacional de Medidas ou aquelas consagradas nas publicações médicas.

Abaixo do resumo, enumerar, até um máximo de cinco as palavras ou expressões indicativas do conteúdo do trabalho ("unitermos") de preferência com base no **Index Medicus**.

Texto — os artigos de pesquisas observam, em sua maioria, a seqüência, **Introdução, Métodos (Material e Métodos), Resultados e Discussão**. Dependendo entretanto da natureza e do conteúdo do trabalho, podem ser necessários subtítulos - principalmente em "Resultados" e "Conclusões", quando se trata de trabalho longo ou outra estruturação, como nos casos de "Relatos de Casos", "Artigos de Revisão", etc.

— **Introdução:** esclarecer com clareza o objetivo do trabalho, relacionando-o com outros do mesmo campo e apresentando de forma sucinta a situação atual da matéria investigada. O vocabulário "Introdução" não deve constar do texto.

— **Métodos:** descrever com clareza os critérios de seleção de pacientes, voluntários sadios ou animais de laboratório, inclusive dos grupos-controles. Identificar os procedimentos, técnicas e equipamentos (declarar, entre parênteses, nome e endereço do fabricante, de modo a permitir que os outros investigadores reproduzam os resultados). Técnicas já descritas em outros trabalhos serão apenas referidas, exceto se substancialmente modificadas. Estudos conduzidos no homem devem respeitar os padrões éticos da instituição em que foram realizados, bem como o estabelecimento na Declaração de Helsinque (1975). Identificar precisamente as drogas empregadas, incluindo nome(s) genérico(s), dosagem(ens) e via(s) de administração. Evitar menção aos nomes comerciais das drogas. Referir os procedimentos estatísticos adotados.

— **Resultados:** devem ser apresentados em seqüência lógica, tanto no texto como nas tabelas e ilustrações. Não repetir no texto dados completos das ilustrações: enfatizar ou resumir apenas as observações mais significativas. Os pacientes não devem ser referidos por nomes, iniciais ou registros hospitalares, nem serem identificados em fotos, a menos que dêem consentimento escrito, que, neste caso deve acompanhar o manuscrito.

— **Discussão:** deve restringir-se aos resultados obtidos, relacionando as novas contribuições aos conhecimentos anteriores. Evitar hipóteses ou generalizações não fundamentadas nos resultados do trabalho. Não reproduzir detalhadamente os dados mencionados em "Resultados".

— **Títulos em Inglês, "summary" e "Key Words".**

— **Agradecimentos:** quando necessário devem ser feitos somente às pessoas e/ou entidades que, de alguma forma, contribuíram substancialmente para a efetivação do estudo.

— **Referências:** devem ser numeradas consecutivamente através de números elevados, na ordem de menção no texto.

3. O autor receberá carta acusando o recebimento do trabalho; depois, se houver exigências e alterações no texto, estas serão requisitadas. Dentro do possível, os trabalhos serão publicados na ordem que forem recebidos, caso o Conselho Editorial aprove a sua publicação.



Terapia Endócrina

N
O
V
O

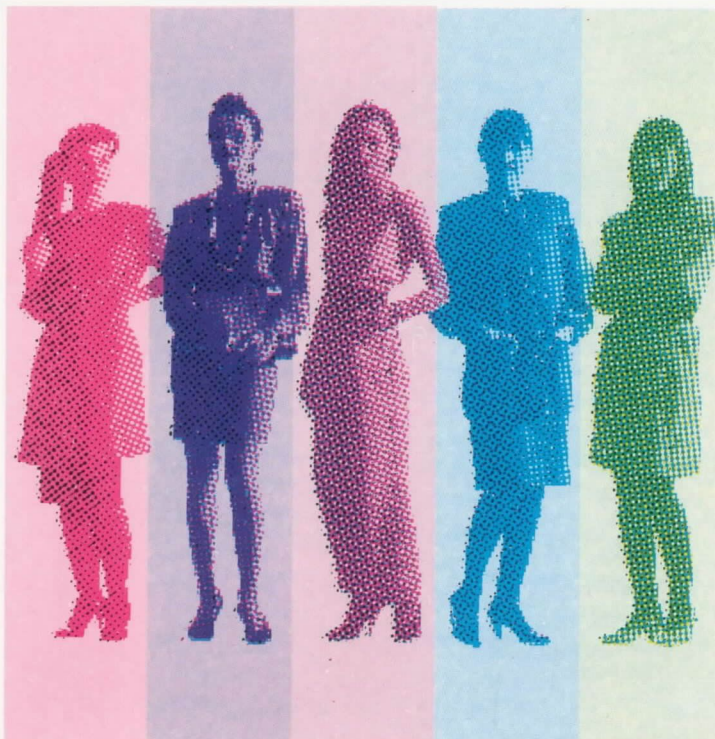
- Nos casos de
- déficit de dopamina
 - altos níveis de prolactina

DOPERGIN[®]

Lisurida 0,2 mg

O mais potente inibidor da prolactina

Dopergin[®] agonista da dopamina inibidor da prolactina. **Composição:** 1 comprimido de Dopergin contém 0,2 mg de hidrogenomaleato de lisurida. **Indicações:** inibição da lactogênese e da lactopese (quando houver indicação médica); mastites; galactorrêia; redução da produção excessiva de leite (galactosestase pós-parto); amenorréia induzida pela prolactina; outros transtornos do ciclo menstrual ocasionados pela prolactina (por exemplo, insuficiência lútea); esterilidade feminina devido a prolactina; transtornos hiperprolactinêmicos da libido ou da potência no homem (por exemplo, como consequência de tumores hipofisários); doenças pré-menstruais, sempre que estiverem relacionadas com níveis elevados de prolactina (por exemplo, mastodinia; acromegalia). **Apresentação:** Caixas com 28 comprimidos. Para maiores informações, consulte nossos impressos mais detalhados ou por carta ou telefone com Schering do Brasil Química e Farmacêutica Ltda. Rua Cançãoiro de Evora, 225 - Tel. 9(011) 536-4611. Schering AG, República Federal da Alemanha.



**Maior eficácia
com a
menor dose**

**Outra importante contribuição da pesquisa
Schering à Ginecologia do futuro.**

O TRATAMENTO DA
MASTOPATIA FIBROCÍSTICA
É TÃO PRÁTICO QUANTO A
VIDA DA MULHER MODERNA



A VITAMINOTERAPIA PRÁTICA, EFICAZ E
SEGURA DAS MASTOPATIAS FIBROCÍSTICAS

Esclerovitan® Plus

Benefícios da associação das vitaminas A, B6 e E.

EFICÁCIA

- A eficácia das doses adequadas de vitamina E, reforçada pelas vitaminas A e B6 no tratamento das mastopatias fibrocísticas se traduz pela queda acentuada da intensidade da dor, espontânea ou à palpação, e do desconforto mamário.

SEGURANÇA

- ESCLEROVITAN PLUS não apresenta os riscos comuns dos tratamentos com hormônios e similares porque contém em sua fórmula exclusivamente doses terapêuticas das vitaminas A, B6 e E.

ESCLEROVITAN PLUS é a certeza de tratamento eficaz e seguro, pois apresenta concentrações adequadas de seus componentes.

Vitamina A.....	5.000 UI
Vitamina B6.....	100 mg
Vitamina E.....	300 mg

ESCLEROVITAN PLUS ainda pode ser associado ao tratamento hormonal, permitindo reduzir as doses de hormônios.

- Uma cápsula 2 vezes ao dia
- Embalagem com 30 cápsulas

MERCK

MERCK S.A. Indústrias Químicas
Estrada dos Bandeirantes, 1099
CEP 22270-571 - Rio de Janeiro - RJ