



Diagnóstico no câncer de mama: lesão impalpável

03





1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior incidência entre as mulheres no Brasil (excetuando-se os tumores de pele não melanoma). São esperados, por ano, no triênio de 2020 a 2022, 66.280 novos casos da doença^{1,2}. A neoplasia maligna da mama ascendeu ao topo da pirâmide em incidência no mundo em 2020, representando 11,7% de todos os cânceres, ultrapassando o câncer de pulmão como o mais incidente e representando 24,5% das neoplasias malignas, somente entre as mulheres³. Entre os fatores responsáveis pelo aumento da incidência nas últimas décadas, destacam-se o avanço na expectativa de vida da população, a urbanização, o estilo de vida ocidental e a ampliação dos programas de rastreamento do câncer de mama, associada a métodos de imagem mais modernos.

Os exames de rastreamento se prestam primordialmente a detectar lesões suspeitas antes de serem clinicamente evidentes pelo exame físico. A mamografia é um exame valioso na prevenção secundária do câncer de mama. Ela não impede o aparecimento da doença, mas proporciona detectá-la precocemente, antes de ser palpável no exame físico. O rastreamento mamográfico colaborou para a redução na mortalidade por câncer de mama nos Estados Unidos justamente por permitir o diagnóstico das lesões ainda em fase pré-clínica da doença.

A incidência do carcinoma ductal *in situ* (CDIS), que, em 90% das vezes se apresenta na mamografia como uma calcificação geralmente impalpável, saltou de 5,8 em 100 mil mulheres em 1970 para 32,5 por 100 mil mulheres em 2014⁴⁻⁶. Nos Estados Unidos, 17,68% dos cânceres de mama são CDIS⁷. No Brasil, aproximadamente 23,2% dos cânceres de mama são diagnosticados no estágio I, no qual as lesões têm maior chance de serem subclínicas⁸. É importante que, diante de um exame de imagem com lesão subclínica e suspeita para malignidade, se prossiga com a propedêutica, indicando a biópsia. A avaliação histopatológica é fundamental para o diagnóstico e para o tratamento.

Existem algumas possibilidades para se fazer o diagnóstico das lesões subclínicas: a biópsia cirúrgica, em que o material é obtido por meio de uma intervenção cirúrgica; a biópsia por agulha grossa, procedimento menos invasivo, em o que o material é obtido por agulhas de diferentes diâmetros e que pode ser realizado em nível ambulatorial; e a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), que se presta principalmente para a avaliação citológica.



Para guiar as biópsias das lesões impalpáveis, utilizamos os exames radiológicos disponíveis, como a mamografia, a ultrassonografia e a ressonância magnética. O exame de escolha deverá aliar melhor visualização da lesão, maior conforto ao paciente e menor custo. Recomenda-se que a ultrassonografia seja o método escolhido quando a lesão é bem identificada por ela, porque é tecnicamente mais simples para o profissional médico, realizada em tempo real e mais confortável para o paciente.

Em geral, nódulos são bem visualizados na ultrassonografia. Já as calcificações são mais bem visualizadas pela mamografia. A ressonância magnética fica reservada como método guia da biópsia para os achados não identificados pelos outros exames. Em seguida, descreveremos os principais métodos diagnósticos das lesões impalpáveis.

2. BIÓPSIAS PERCUTÂNEAS

Os métodos de biópsias por agulha são atualmente os mais empregados para diagnóstico de lesões suspeitas, sejam palpáveis ou impalpáveis. A maioria delas possibilita amostras satisfatórias para o diagnóstico histopatológico e evitam cirurgias desnecessárias, como em algumas lesões benignas. Além disso, permitem o planejamento terapêutico nas lesões malignas, como indicação de cirurgia ou tratamento sistêmico neoadjuvante. É de fundamental importância nas biópsias por agulha a correlação anatomorradiológica para se evitar resultados falso-negativos. Os métodos de biópsia percutânea são a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), a *core* biópsia (biópsia percutânea com agulha grossa) e a biópsia assistida a vácuo (mamotomia).

Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)

É um exame de baixo custo e fácil execução. Foi inicialmente utilizada por Hayes na década de 1930 e difundida por Franzén e Zajinek. Quando a mamografia estereotáxica foi introduzida na Suécia em 1976, possibilitou a punção de lesões impalpáveis. Hoje, a PAAF também pode ser realizada sob a orientação da ultrassonografia. Entre as indicações da PAAF em lesões suspeitas, se destaca a punção de cistos e de linfonodos axilares suspeitos para neoplasia.

É preciso material para assepsia, lâminas de vidro, fixador, agulhas de fino calibre (20G, 22G ou 23G) e seringa para aspiração. Pode ser utilizado também dispositivo em forma de pistola para fixar a seringa.

Figura 1. PAAF de lesão de mama guiada por ultrassonografia



Fonte: tese de doutorado do Dr. Rafael Henrique Szymanski Machado⁹

A sensibilidade do método varia entre 82% e 100% e a acurácia, entre 81% a 98%. As taxas de falso-negativos oscilam entre 15% a 32% a depender dos estudos e os resultados de falso-positivos não chegam a 1%¹⁰⁻¹⁵. A taxa de amostras inadequadas pode atingir 37% a 47%^{11,15}.

Como a análise do material se faz primordialmente pela citologia, é preciso um citopatologista experiente e, mesmo assim, por vezes, o material é insuficiente para o diagnóstico. Além disso, quando é positivo para a neoplasia, não diferencia o carcinoma entre invasor e *in situ*. As complicações mais frequentes são hematoma e equimose.

Core biópsia

Método mais amplamente utilizado para biópsia de lesões mamárias palpáveis e impalpáveis. Utiliza-se uma pistola especial com agulha mais grossa (14G), o que permite a retirada de material suficiente para análise histológica. O procedimento deve ser precedido de anestesia local na topografia de inserção da agulha (figura 2). Nas lesões impalpáveis, a biópsia pode ser orientada por mamografia ou ultrassonografia. Após disparo da pistola, a agulha progride de 1,2cm a 2,2cm ou 1,5cm a 2,5cm na lesão, dependendo do dispositivo utilizado. O material retirado deve ser colocado em formol para posterior análise histopatológica.

Figura 2. Core biópsia orientada por ultrassonografia



Fonte: tese de doutorado do Dr. Rafael Henrique Szymanski Machado⁹

A *core* possui entre 95% e 97% de correspondência com o resultado de espécimes cirúrgicos¹⁴⁻¹⁷. Como a *core* biópsia obtém fragmentos da lesão para estudo histopatológico, é possível diferenciar carcinoma infiltrante de *in situ*, sendo viável realizar o estudo imuno-histoquímico nos fragmentos da lesão, o que é fundamental para a programação terapêutica¹⁸.

Quando é realizada em calcificações, geralmente orientada por estereotaxia, o material retirado deve ser radiografado para documentar que o procedimento atingiu o local adequado. Entre as complicações inerentes do procedimento, destacam-se o hematoma, a equimose e, mais raramente, o pneumotórax.

Biópsia assistida a vácuo (mamotomia)

A biópsia assistida a vácuo utiliza material semelhante à *core* biópsia, porém acoplado a um sistema de aspiração a vácuo, no qual a agulha faz rotação sobre seu eixo, ressecando e aspirando o material. Permite fragmentos maiores, pois utiliza agulhas mais grossas (9G e 11G, por exemplo). O sistema de biópsia faz todo o procedimento em incursão única, não precisando ser retirado para a abertura e a remoção do fragmento, como é feito na *core* biópsia.

Veja esse conteúdo na íntegra
acessando a OC Academia:
<http://ocacademia.com>

