

CÂNCER DA MAMA DETECTADO MAMMOGRAFICAMENTE

ANÁLISE DE 26 CASOS

Breast cancer detected mammographically Analysis of 26 cases

RACSO YULE QUEIRÓZ¹ FERNANDO MIRANDA HENRIQUES² GUSTAVO TÊDDE³

No período de 1º de setembro de 1992 a 30 de abril de 1996, foi realizado tratamento cirúrgico em 26 mulheres com câncer impalpável da mama. Todas as lesões foram detectadas mamograficamente. A idade foi de 49,5 anos. Quinze (57,7%) eram pré-menopáusicas e 11 (42,3%) eram pós-menopáusicas. Os achados mamográficos responsáveis pelo diagnóstico de câncer foram: microcalcificações agrupadas, 19 (73,1%); nódulo de limites imprecisos, 6 (23,1%); e distorção arquitetural, 1 (3,8%) caso. O tamanho do tumor variou de 2 a 40 mm (média=15,8 mm). O estadiamento TNMp foi: E.C. 0, 4 (15,4%); E.C.I, 12 (46,1%); E.C.II, 9 (34,7%); e E.C.IV, 1 (3,8%) caso. Vinte e dois carcinomas foram infiltrantes e 4 foram "in-situ". A cirurgia conservadora foi realizada em 15 (57,7%) pacientes e 11 (42,3%) submeteram-se a mastectomia. Dentre as 22 linfadenectomias axilares realizadas, 4 (18,1%) mostraram linfonodos comprometidos. O seguimento variou de 1 a 41 meses (média=15,6 meses). Não houve recidiva locorregional e ocorreu 1 óbito por disseminação metastática.

Unitermos: Câncer impalpável da mama - mamografia.

Keywords: Nonpalpable breast cancer - mammography.

Trabalho realizado no Setor de Mastologia do Hospital Santa Lúcia e Unidade de Mastologia do Hospital de Base do Distrito Federal(HBDF).

- 1 - Coordenador do Programa de Residência Médica em Mastologia do HBDF; Mastologista do Hospital Santa Lúcia; Membro do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Mastologia.
- 2 - Chefe da Unidade de Mastologia do HBDF.
- 3 - Residente (R3) em Mastologia do HBDF.

Introdução

O aumento da utilização da mamografia na prática clínica, bem como os programas de diagnóstico precoce do câncer da mama, têm resultado na detecção de um grande número de lesões impalpáveis, sendo que muitas são radiologicamente suspeitas de malignidade. A biópsia com agulha e/ou a excisão cirúrgica, com o auxílio de localização estereotática, são os procedimentos mais frequentemente utilizados para estabelecer a natureza histológica destas lesões (3, 5, 6, 14). Há relatos de que a detecção destas lesões permite a identificação de pacientes com câncer inicial da mama, acarretando uma melhora na sobrevida global (4, 12).

A finalidade deste trabalho é relatar nossa experiência com o diagnóstico e o tratamento de 26 casos de cânceres impalpáveis da glândula mamária, sendo que todas as lesões foram detectadas através de mamografia.

Material e métodos

No período de 1º de setembro de 1992 a 30 de abril de 1996, foi realizado tratamento cirúrgico em 26 mulheres com

Endereço para correspondência: Dr. Racso Yule Queiróz - Hospital Santa Lúcia - SHLS 716 - Bloco E - Sala 6 - CEP 70390-700 - Brasília - DF.

câncer impalpável da mama. Todas as lesões foram detectadas através de mamografia e biopsiadas cirurgicamente com o auxílio de localização estereotática. Em geral, o procedimento cirúrgico definitivo foi efetuado após a biópsia cirúrgica.

Foram avaliados alguns aspectos epidemiológicos, tais como idade, raça, história familiar de câncer da mama em 1º grau e história prévia de neoplasma maligno da mama. Avaliou-se também a condição menstrual. Eram consideradas pré-menopausadas todas as mulheres com ciclos menstruais regulares, aquelas cuja última menstruação foi até 12 meses antes do diagnóstico do câncer da mama e as que tinham menos de 50 anos de idade e com passado de histerectomia antes do diagnóstico de neoplasia maligna da mama (2).

Em relação aos aspectos clínicos e terapêuticos, avaliou-se o tipo de achado mamográfico, a localização do tumor e o estadiamento TNMp da União Internacional contra o Câncer (13). Também foram estudados o tipo de cirurgia realizada e alguns aspectos anatomopatológicos, dentre eles o tamanho do tumor, o tipo histológico, margens cirúrgicas e o comprometimento ou não dos linfonodos axilares. A terapêutica após a cirurgia (radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia) também é relatada.

Por fim, avaliou-se o tempo de seguimento e a situação atual das pacientes, principalmente no que se refere à sobrevida global e recidiva locorregional.

Resultados

Todas as pacientes foram do sexo feminino e com idade variando de 35 a 75 anos (média de 49,5 anos). Em relação à raça, 24 eram brancas, uma amarela e uma da raça negra. Quanto à condição menstrual 15 (57,7%) eram pré-menopausadas e 11 (42,3%) pós-menopausadas.

A dosagem dos receptores de estrógeno no tumor primário foi desconhecida em 17 mulheres. Dentre as 9 que a realizaram, a positividade (RE+) ocorreu em todas. Seis pacientes faziam terapêutica de reposição hormonal (TRH) com duração acima de 1 ano, quando do diagnóstico do câncer da mama.

A história familiar de câncer da mama em 1º grau (mãe, irmã ou filha) ocorreu em 4 (15,4%) pacientes. Dentre as 26 pacientes 3 tinham antecedentes de câncer da mama contralateral (câncer bilateral metacrônico) e uma apresentou-se com tumores bilaterais (câncer bilateral sincrônico), sendo que era palpável na mama oposta.

A mama direita foi acometida em 12 (46,1%) e a esquerda em 14 (53,9%) pacientes. A localização do tumor primário foi: quadrante súpero-externo, 12; quadrante súpero-interno, 9; quadrante ínfero-externo, 2; quadrante ínfero-interno, 1; e quadrante central, 2 casos (tabela 1).

Os achados mamográficos responsáveis pelo diagnóstico de câncer foram: microcalcificações agrupadas, 19 (73,1%);

Tabela 1 - Localização do tumor primário

Localização do tumor	N=26	%=100
QSE	12	46,1
QSI	9	34,7
QIE	2	7,7
QII	1	3,8
QC	2	7,7

Tabela 2 - Achado mamográfico responsável pelo diagnóstico de carcinoma

Achado mamográfico	N=26	%=100
Microcalcificações agrupadas	19	73,3
Nódulo não-circunscrito	6	23,1
Distorção arquitetural	1	3,8

Tabela 3 - Tamanho do tumor primário

Tamanho do tumor	N=26	%=100
Tis	4	15,4
T1a	1	3,8
T1b	6	23,1
T1c	7	27,0
T2	8	30,8

lesão nodular de limites imprecisos, 6 (23,1%); e distorção arquitetural, 1 (3,8%) caso (tabela 2). Dentre os 6 casos de carcinoma detectados em lesão nodular não-circunscrita, a ultra-sonografia foi realizada em 3, tendo mostrado nódulo de limite impreciso em todos.

O tamanho do tumor variou de 2 a 40 mm (média de 15,8 mm). Observou-se que a maioria dos casos (53,8%) era T1 (tabela 2). O estadiamento TNMp foi: E.C. 0, 4 (15,4%); E.C. I, 12 (46,1%); E.C. IIa, 7 (27%); E.C. IIb, 2 (7,7%); e E.C. IV, 1 (3,8%) pacientes (tabela 4). A paciente E.C. IV apresentou-se inicialmente com metástase em fossa supraclavicular esquerda. A pesquisa do tumor primário revelou, à mamografia, microcalcificações agrupadas em quadrante súpero-interno da mama ipsilateral, sendo que a biópsia desta área mostrou carcinoma ductal infiltrante. Quanto à histologia, 4 (15,4%) neoplasmas foram "in-situ", sendo 1 lobular e 3 intraductais. Vinte e dois (84,6%) foram infiltrantes, sendo 17 ductais, 2 tubulares, 1 lobular e 1 misto (ductal e lobular).

Tabela 4 - Estadiamento TNMp (UICC 1987)

Estadiamento TNMp	N=26	%=100
E.C. 0	4	15,4
E.C. I	12	46,1
E.C. IIa	7	27,0
E.C. IIb	2	7,7
E.C. IV	1	3,8

Tabela 5 - Tipo de cirurgia realizada

Cirurgia	DCIS	LCIS	Infiltrante
Ressecção segmentar	2	1	1
Ressec.segm. + linfad.axilar	1	0	10
Madden	0	0	7
Patey	0	0	3
Madden + reconstrução	0	0	1
Total	3	1	22

DCIS= carcinoma intra-ductal

LCIS= carcinoma lobular "in situ".

A cirurgia do tumor primário foi realizada em todas as pacientes (tabela 5). A conservação da mama foi obtida em 15 (57,7%) mulheres, sendo que 11 (42,3%) foram submetidas a mastectomia radical modificada (Madden ou Patey). A mastectomia foi concomitante à reconstrução mamária com o retalho miocutâneo do reto abdominal (TRAM) em 1 caso. Outra paciente realizou reconstrução mamária cerca de 3 anos após a mastectomia. Em todos os casos de carcinoma "in-situ" foi possível a feitura de cirurgia conservadora. Dentre os 22 casos de carcinoma infiltrante, a conservação foi obtida em 11 pacientes. Margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico ocorreram em todas.

A linfadenectomia axilar foi realizada em 22 pacientes, sendo 21 com carcinomas infiltrantes e uma com carcinoma intraductal. O único caso de neoplasia infiltrante, em que não se realizou a abordagem axilar, foi a paciente E.C. IV. Houve 4 (18,1%) axilas comprometidas, sendo que em uma o tumor primário era T1c e nas outras 3 eram T2. O número total de linfonodos dissecados foi de 416, perfazendo uma média de 18,9 por paciente. Dezoito (4,3%) linfonodos mostraram-se comprometidos por neoplasia maligna. Em geral, no E.C. I realizou-se a linfadenectomia axilar apenas dos níveis I e II.

A radioterapia da mama foi realizada em todos os casos com cirurgia conservadora, exceto na paciente com carcinoma lobular "in-situ". Em geral foram feitos 5000 cGY na

mama. Alguns casos fizeram dose de reforço em leito do tumor primário. A paciente E.C. IV irradiou, além da mama, a mamária interna e a fossa supraclavicular homolaterais. Dentre as 11 mastectomizadas, 5 foram submetidas a radioterapia no plastrão, que constou de 5000 cGy.

O tratamento sistêmico com finalidade adjuvante foi realizado nas 4 pacientes com axila positiva, sendo que as 2 pré-menopausadas fizeram quimioterapia com o esquema CMF (ciclofosfamida, metotrexate e fluorouracil) e as 2 pós-menopausadas realizaram hormonioterapia com tamoxifen. Dentre as 18 pacientes com axila negativa, a terapêutica sistêmica foi indicada em 14, sendo quimioterapia (CMF) 7 pré-menopausadas e hormonioterapia (tamoxifen) em 7 pós-menopausadas. Não se realizou tratamento sistêmico em nenhum caso de carcinoma "in-situ". Por ocasião do levantamento, várias destas pacientes ainda encontravam-se em vigência de terapêutica sistêmica.

As pacientes foram acompanhadas por um período que variou de 1 a 41 meses, com um tempo médio de 15,6 meses. Não houve nenhum caso de recidiva locoregional. Vinte e cinco pacientes estavam vivas, tendo ocorrido 1 óbito devido a metástases pleuropulmonares 7 meses após o término da quimioterapia adjuvante.

Discussão

Nossos resultados mostram que a mamografia pode detectar casos de câncer incipiente da mama, não diagnosticados pelo exame clínico. Letton et al. relataram 95,1% de sobrevida a 20 anos para tumores malignos detectados mamograficamente e 78% para os casos com lesão palpável (8).

As microcalcificações agrupadas foram responsáveis pelo diagnóstico da maioria dos casos de câncer em nossa série, que corresponderam a 73,1%. Em outros relatos, este achado variou de 42% a 53,3% (1, 9, 10). Tivemos também um número significativo (15,4%) de lesões "in-situ". A maior utilização da mamografia tem mostrado um aumento no diagnóstico destas lesões, que varia de 17% a 23% (7, 9, 11). Já a incidência de lesões "in-situ" em tumor palpável corresponde a aproximadamente 5% dos casos (11).

A nossa taxa de conservação da mama (57,7%) é considerada baixa, quando comparada a outros 2 relatos, onde ocorreu em 80% e 85,6% dos casos (1, 9). Atribuímos este fato ao grande número de casos com multifocalidade, multicentricidade e/ou componente intraductal extenso. Em nossa casuística, a porcentagem de pacientes com axila positiva foi de 18,1%, a qual mostrou-se inferior a outros 2 trabalhos, onde este achado foi de 20,7% e 38% (9, 10).

Finalizando, acreditamos que a detecção e o tratamento do câncer da mama, antes que se torne palpável, é a melhor forma de controle desta doença nos dias atuais.

Summary

From September 1992 to April 1996, 26 women with nonpalpable breast cancer were submitted to surgical treatment. All the lesions were detected mammographically. The median age was 49,5 years. Fifteen (57,7%) were premenopausal, and 11 (42,3%) were postmenopausal. Carcinoma was diagnosed in the following mammographic signs: clustered microcalcifications, 19 (73,1%); tumor with irregular borders, 6 (23,1%); and architectural distortion, 1 (3,8%) case. The tumor size ranged 2 to 40 mm (median=15,8 mm). TNM classification was: E.C. 0., 4 (15,4%); E.C. I, 12 (46,1%); E.C. II, 9 (34,7%); and E.C. IV, 1 (3,8%) case. Twenty-two carcinomas were infiltrating, and 4 were without infiltration. In 15 (57,7%) patients a conservative surgical procedure was done, and in 11 (42,3%) a modified radical mastectomy was done. Axillary dissection was performed in 22 patients, and nodal metastases were found in 4 (18,1%) cases. The median follow-up was 15,6 months (range, 1 to 41 months). None recurred locally. There was 1 death caused by metastatic disease.

Referências bibliográficas

- 1 - ALLEN, M. J. et al. - Management of nonpalpable breast lesions detected mammographically. *Br J Surg.*, 8: 543-5, 1994.
- 2 - BONADONNA, G. et al. - Adjuvant cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in node-positive breast cancer: the results of 20 years of follow-up. *N Engl J Med.*, 332: 901-6, 1995.
- 3 - ELVECROG, E. L.; LECHNER, M. C.; NELSON, M. T. - Nonpalpable breast lesions: correlation of stereotaxic large-core needle biopsy and surgical biopsy results. *Radiology*, 188: 453-5, 1993.
- 4 - FEIG, S. A. - Decreased breast cancer mortality through mammographic screening: results of clinical trials. *Radiology*, 167: 659-65, 1988.
- 5 - KAELIN, C. M. et al. - Safety, accuracy, and diagnostic yield of needle localization biopsy of the breast performed using local anesthesia. *J Am Coll Surg.*, 179: 269-72, 1994.
- 6 - KOPANS, D. B. - Review of stereotaxic large-core needle biopsy and surgical biopsy results in nonpalpable breast lesions. *Radiology*, 189: 665-6, 1993.
- 7 - LAGIOS, M. D. - Duct carcinoma in situ: pathology and treatment. *Surg Clin North Am.*, 70: 853-71, 1990.
- 8 - LETTON, A. H.; MASON, E. M.; RAMSHAW, B. J. - Twenty-year review of a breast cancer screening project: ninety-five percent survival of patients with nonpalpable cancers. *Cancer*, 77: 104-6, 1996.
- 9 - LUINI, A. et al. - Preoperative localization and surgical approach in 344 cases of nonpalpable breast lesions. *Eur J Surg Oncol.*, 17: 480-4, 1991.
- 10 - MILLER, R. S. et al. - The early detection of nonpalpable breast carcinoma with needle localization: experience with 500 patients in a community hospital. *Am Surg.*, 58: 193-8, 1992.
- 11 - SLOANE, J. P. - Borderline lesions detected by breast screening. *Br J Surg.*, 81: 481-3, 1994.
- 12 - TABAR, L.; DEAN, P. B. - The control of breast cancer through mammography screening. *Radiol Clin North Am.*, 25: 993-1005, 1987.
- 13 - TNM classification of malignant tumours. 4 ed. Geneva, UICC, 1987.
- 14 - YULE, R. et al. - Localização pré-operatória e biópsia cirúrgica de lesões impalpáveis da mama. *Acta Oncol Bras.*, 14: 213-6, 1994.