

# Revista Brasileira de **Mastologia**

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Mastologia

Volume 24, Número 2, Abr-Jun 2014

## **EDITORIAL**

**35 A pesquisa clínica e o estado de arte**

## **ARTIGOS ORIGINAIS**

**36 Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas em serviço de Mastologia do Distrito Federal**

**42 Estudo comportamental sobre a drenagem axilar no câncer de mama**

**47 Carcinoma metaplásico de mama: a importância da confirmação anatomopatológica**

**52 Expressão de receptores de estrogênio, progesterona e Ki-67 em transexuais feminino para masculino em uso de androgênios**

## **RELATO DE CASO**

**57 Tumor filóide maligno de mama bilateral: relato de caso**

## **IMAGENS EM MASTOLOGIA**

**60 Hemangioma cavernoso: curiosa apresentação na mama**



XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE  
**MASTOLOGIA**  
CURITIBA 2015  
3 A 6 DE JUNHO | EXPO UNIMED

**CÂNCER DE MAMA:**  
DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR  
AO TRATAMENTO INDIVIDUALIZADO



**INSCREVA-SE AGORA**

CIRURGIA | ONCOLOGIA CLÍNICA | RADIOTERAPIA  
GENÉTICA | PATOLOGIA | IMAGEM | ONCOPLÁSTICA

**ESPERAMOS VOCÊ EM CURITIBA!**

**SÓCIOS DA SBM, SBOC, FEBRASGO  
E SBRT TEM VALORES COM DESCONTO!**

**PÓS-ASCO NO BRASILEIRO  
DE MASTOLOGIA!**



No dia 6, o congresso reunirá convidados nacionais e internacionais que aterrissarão em Curitiba direto do Congresso Mundial

de Oncologia Clínica (ASCO), que termina em 2 de junho em Chicago/USA. Eles trarão as maiores novidades sobre o tratamento do Câncer de Mama. Será uma oportunidade única para discutir os mais quentes highlights do mais importante evento de oncologia do mundo.

### PALESTRANTES CONFIRMADOS



DRA. LUCIANE R. CAVALLI



DR. EDUARDO GONZÁLEZ



DR. EMIEL J. T. RUTGERS



DR. MICHAEL ALVARADO



DR. MARIO RIETJENS



DR. ROBERT MANSEL



DR. NICOLAS OLEA



DR. VIRGÍLIO SACHINI



DR. TERRY MAMOUNAS



DR. ROBERTO ORECCHIA

**CANCERDEMAMA2015.COM.BR**

Promoção



Sociedade Brasileira  
de Mastologia

Realização



SBM - PR  
Sociedade Brasileira de Mastologia  
Regional Paraná

Organização



JZBRASIL  
an MCI Group company



# Revista Brasileira de Mastologia

Volume 24, Número 2, Abr-Jun 2014

---

## Editor Chefe

Cesar Cabello dos Santos

---

## Editores Associados

### Mastologia

Afonso Celso P. Nazário  
Alfredo Carlos D. de Barros  
Antonio Frasson  
Cícero Urban  
Daniel Guimarães Tiezzi  
Fabrício Brenelli  
Délio Conde  
Gil Facina  
Gilberto Uemura  
Gustavo Zuca Matthes  
Jose Roberto Filassi  
José Luis Bevilacqua  
José Roberto Piato  
José Luis Pedrini  
Jurandyr Moreira Andrade  
Maira Caleffi  
Mauro Secco  
Renê Aloisio Costa vieira  
Renato Zocchio Torresan  
Regis R. Paulinelli  
Roberto Vieira  
Rodrigo Gonçalves  
Ruffo de Freitas Junior  
Sabas Carlos Vieira

### Editores Internacionais

Matthew Ellis

### Editores de Anatomia Patológica

Angela F. Logullo  
Carlos Bacchi  
Filomena Carvalho  
Helenice Gobbi

### Editores de Estatística

Helymar Machado  
Sirlei Siani

### Editor de Física Médica

Eduardo Tinóis

### Editora de Fisioterapia

Anke Bergman

### Editores de Medicina Translacional

Ana Maria A. Camargo  
Ismael Dale Cotrim Guerreiro da Silva

### Editores de Oncogenética

Bernardo Goricochea  
Dirce Maria Carrarro  
José Cláudio Casali da Rocha  
Maria Isabel Achatz

### Editores de Oncologia Clínica

Antonio Carlos Buzaid  
Arthur Katz  
Carlos Barrios  
Max Mano  
Marcelo Cruz  
Sérgio Simon

### Editores de Rádio-Oncologia

Heloisa Carvalho  
Nilceana Maya Aires Freitas  
Rodrigo Hanriot  
Robson Ferrigno  
Samir Abdullah Hanna

### Editores de Radiologia (Imagem)

Helio Amâncio Camargo  
Luciano Chala  
Simone Elias

### Epidemiologia

Edesio Martins  
Luiz Cláudio Santos Thuler  
Maria Paula Curado

## Ex-presidentes

Alberto Lima de Moraes Coutinho (1959-1961)  
Jorge de Marsillac (1962-1963)  
Eduardo Santos Machado (1964-1965)  
Carlos A. M. Zanotta (1966-1967)  
Alberto Lima de Moraes Coutinho (1968-1969)  
Adayr Eiras de Araújo (1970-1971)  
João Luiz Campos Soares (1972-1973)  
Jorge de Marsillac (1974-1975)  
Alberto Lima de Moraes Coutinho (1976-1977)  
João Sampaio Góis Jr. (1978-1982)  
Hiram Silveira Lucas (1983-1986)  
José Antonio Ribeiro Filho (1987-1989)  
Antônio S. S. Figueira Filho (1990-1992)  
Marconi Menezes Luna (1993-1995)  
Henrique Moraes Salvador Silva (1996-1998)  
Alfredo Carlos S. D. Barros (1999-2001)  
Ezio Novais Dias (2002-2004)  
Diógenes Luiz Basegio (2005-2007)  
Carlos Ricardo Chagas (2008/2010)  
Carlos Alberto Ruiz (2011-2013)



**Sociedade Brasileira  
de Mastologia**

## Sociedade Brasileira de Mastologia

Praça Floriano, 55, sala 801, Centro – 20031-050 – Rio de Janeiro (RJ)  
Tels.: (21) 2220-7711 / (21) 2220-7111  
E-mail: secretaria@sbmastologia.com.br

## EXPEDIENTE

**Revista Brasileira de Mastologia**, ISSN 0104-8058, é uma publicação trimestral da Sociedade Brasileira de Mastologia. A responsabilidade por conceitos emitidos nos artigos é exclusiva de seus autores.

Permitida à reprodução total ou parcial dos artigos, desde que mencionada a fonte.

**Fundador:** Antônio Figueira Filho

**Tiragem:** 2.000 exemplares

**Secretaria - endereço para correspondência:** Praça Floriano, 55, sala 801, Centro – Rio de Janeiro (RJ) – 20031-050

**Assinaturas nacionais e internacionais e publicidade:** Sociedade Brasileira de Mastologia - Telefone: (21) 2220-7711

## Diretoria Nacional da Sociedade Brasileira de Mastologia

**Trênio 2014-2016**

**Fundador:** Alberto Lima de Moraes Coutinho  
Presidente Ruffo de Freitas Júnior (GO)  
Vice-Presidente Nacional: Augusto Tufi Hassan (BA)  
Vice-Presidente Região Norte: José Mauro Secco (AP)  
Vice-Presidente Região Nordeste: Marcos Nolasco Hora das Neves (BA)  
Vice-Presidente Região Centro-Oeste: Juarez Antônio de Sousa (GO)  
Vice-Presidente Região Sudeste: João Henrique Penna Reis (MG)  
Vice-Presidente Região Sul: José Luiz Pedrini (RS)  
Secretário-Geral: Mônica Maria Vieira de Macedo  
Travassos J. de Araújo Jorge (RJ)  
Secretário-Adjunto: Fabio Postiglione Mansani (PR)  
Tesorero-Geral: Rafael Henrique Szymanski Machado (RJ)  
Tesorero-Adjunto: Felipe Eduardo Martins de Andrade (SP)  
Editor da Revista Brasileira de Mastologia: Cesar Cabello dos Santos (SP)  
Diretor da Escola Brasileira de Mastologia: Antonio Luiz Frasson (RS)  
Assessoria Especial: Antonio de Pádua Almeida Carneiro (CE)  
Fernanda Cristina Afonso Salum (DF)  
Paulo Roberto Pirozzi (SP)  
Roberto Kepler da Cunha Amaral (BA)  
Rosemar Macedo Sousa Rahal (GO)

## PRODUÇÃO EDITORIAL



Rua Bela Cintra, 178, Cerqueira César – São Paulo/SP - CEP 01415-000  
Zeppelini – Tel: 55 11 2978-6686 – www.zeppelini.com.br  
Instituto Filantropia – Tel: 55 11 2626-4019 – www.institutofilantropia.org.br

# SUMÁRIO

## EDITORIAL

## ARTIGOS ORIGINAIS

## RELATO DE CASO

## IMAGENS EM MASTOLOGIA

- 35** A pesquisa clínica e o estado de arte  
*José Luiz Pedrini*
- 36** Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas em serviço de Mastologia do Distrito Federal  
*Critical analysis of the diagnosis, treatment and follow-up of patients with breast cancer accompanied in a Mastology service of the Distrito Federal*  
*Fabiana Christina Araújo Pereira Lisboa, Fábio Siqueira, Simone Moura Lopes Viana, Josiane Fernandes Ferreira Rodrigues, Tayse Rabelo Nunes*
- 42** Estudo comportamental sobre a drenagem axilar no câncer de mama  
*Behavioral study of the axillary drainage in breast cancer*  
*Ruffo Freitas-Junior, Ana Flávia Ribeiro Santos Cavalcante, Leonardo Ribeiro Soares, Ana Paula Queiroz Pádua, Patricia Tavares Pereira Sousa, Luís Fernando Jubé Ribeiro, Márcia Faria Veloso*
- 47** Carcinoma metaplásico de mama: a importância da confirmação anatomopatológica  
*Metaplastic breast carcinoma: the importance of anatomopathologic confirmation*  
*Carina Meira Abrahão, Andrea Malta Ferriani, Jéssica Ribeiro Gomes, Aline da Rocha Lino, Marcelo Rocha de Sousa Cruz*
- 52** Expressão de receptores de estrogênio, progesterona e Ki-67 em transexuais feminino para masculino em uso de androgênios  
*Estrogen, progesterone and Ki-67 receptors expression in female to male transgender patients undergoing androgen therapy*  
*Ana Clara Araújo Costa, Aline Regina Nunes, Rosemar Macedo de Souza Rahal, Mariluzza Terra Silveira, Marise Amaral Rebouças Moreira, Denis Masashi Sugita, Ruffo Freitas-Junior*
- 57** Tumor filóide maligno de mama bilateral: relato de caso  
*Bilateral malignant phyllodes tumor of breast: a case report*  
*Guilherme Carvalho Ribeiro Rodrigues, Manoelly Karolina de França, Sarah Campos Valença, Bruno Pacheco Pereira, João Esberard de Vasconcelos Beltrão Neto, Carlos Eduardo Caiado Anunciação, Antônio Simões dos Santos Figueira Filho*
- 60** Hemangioma cavernoso: curiosa apresentação na mama  
*Cavernous hemangioma: curious presentation in the breast*  
*Sandra Regina Campos Teixeira, Mauricio de Souza Arruda, Juliana Azevedo, Marcia Martos Amâncio de Camargo, Júlia Yoriko Shinzato*



## A pesquisa clínica e o estado de arte

José Luiz Pedrini

O estado de arte de uma especialidade passa pela sua abrangência e pelo que ela pode oferecer de qualidade aos que dela fazem uso.

Cumprir as leis que beneficiam os pacientes é simplesmente exercício de cidadania e não um favor do gestor ou dos planos de saúde. É preciso melhorar sempre.

No caso da mastologia não é diferente. Poucas especialidades médicas sofreram tamanho impacto de mudanças nos últimos tempos como a nossa. Desde a cirurgia, passando pela clínica oncológica, radioterápica e pela recuperação e adaptação funcional.

Continuamos com respeito pelo câncer. Agora com muito menos medo dele.

Devido à sua importância e impacto na saúde feminina, estamos sempre sendo requisitados a nos posicionarmos. Ora como médicos, amigos e, não raro, como cidadãos. Afinal de contas somos responsáveis por tratar os 56 mil novos casos de câncer de mama por ano. E principalmente fazer o diagnóstico, tratamento, acompanhamento e a recuperação funcional, estética, psíquica e também a sua reinserção social.

Aquele indivíduo que chega ao nosso serviço traz consigo uma grande carga de ansiedade gerando uma expectativa muito grande pelo seu atendimento. A consulta médica é um acontecimento na vida das pessoas. Ele vai comentar o fato e guardar na memória cada gesto, cada palavra, cada olhar para o resto da sua vida. Enfim cabe a nós não desapontar.

Aprendemos a trocar o tratamento dos tumores pelo tratamento da mulher. Enxergar o que esta atrás daqueles seios. Perder o medo do câncer sem contudo perder o respeito pela doença. Conhecer a patologia, saber limites e novas estratégias estão dentro do que se exige de uma especialidade com a qualidade desejada.

Neste contexto se encaixa a pesquisa clínica com novos medicamentos. Temos que acrescentar essa prática aos serviços de mastologia. Vários centros no Brasil já têm como investigadores mastologistas, as vezes como principal investigador e noutras como co-investigadores. As CROs que representam a maioria das empresas farmacêuticas têm interesse em iniciar novos centros de pesquisa com novos investigadores no Brasil.

O que isso acrescenta? Ora, participar de estudos em que colocamos nossos pacientes em contato com as novas drogas e novas estratégias em câncer de mama, conhecer o protocolo, saber que a mesma qualidade emprestada nas outras partes do mundo estará presente no nosso dia-a-dia nos garante a segurança de realmente estarmos praticando o verdadeiro estado de arte da mastologia.

O paciente será avaliado aqui da mesma forma protocolar que nos grandes centros mundiais e com monitoria eletrônica e auditorias constantes. Critérios regidos pelo *Food and Drug Administration* (FDA), pela *European Medicines Agency* (EMA, a agência reguladora europeia) e até mesmo com a nossa engatinhante Anvisa.

Saber a farmacodinâmica e farmacocinética das drogas do câncer nos leva a entender melhor também o que fazem as outras drogas.

Cultura médica nos faz muito bem. Embora nada neste mundo substitua um bom e velho relacionamento médico-paciente

# Análise crítica do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas em serviço de Mastologia do Distrito Federal

*Critical analysis of the diagnosis, treatment and follow-up of patients with breast cancer accompanied in a Mastology service of the Distrito Federal*

Fabiana Christina Araújo Pereira Lisboa<sup>1</sup>, Fábio Siqueira<sup>2</sup>, Simone Moura Lopes Viana<sup>3</sup>, Josiane Fernandes Ferreira Rodrigues<sup>4</sup>, Tayse Rabelo Nunes<sup>1</sup>

## Descritores

Câncer de mama  
Perfil de saúde  
Saúde da mulher  
Terapia combinada  
Prognóstico  
Saúde pública

## Keywords

Breast neoplasms  
Health profile  
Women's health  
Combined modality therapy  
Prognosis  
Public health

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama do Serviço de Mastologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e verificar a adequação às recomendações preconizadas e os aspectos epidemiológicos da população estudada. **Métodos:** Estudo observacional transversal realizado no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011. Coleta de dados em livros de registro de cirurgias, revisão de prontuários e entrevista. Análise estatística pelo programa IBM/SPSS v.18.0. **Resultados:** Das 201 pacientes com suspeição para câncer de mama, 116 permaneceram na amostra. 74% tiveram tempo de espera menor do que 30 dias para a primeira consulta no HRT. O resultado anatomopatológico com menos de 30 dias foi para 57%. A espera para tratamento complementar menor do que 30 dias foi para 38%, 41% entre 30 e 60 dias e 21% maior do que 60 dias. O intervalo entre as consultas foi de 3 e 6 meses para 66,4%. 35% das biópsias foram realizadas em serviço particular, e 7,89%, em serviço público. 69,44% das pacientes com câncer de mama tiveram acesso ao estudo imuno-histoquímico. 47,2% das pacientes com câncer de mama tiveram suporte de equipe multidisciplinar. 27,8% fizeram reconstrução mamária. 83,33% das pacientes com câncer de mama amamentaram. 58,3% não apresentavam história familiar positiva para câncer de mama. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma ductal invasivo (88,9%). **Conclusão:** Este trabalho se presta como instrumento gerador de mudanças em políticas públicas para estruturação de serviços prestadores de assistência às pacientes com câncer de mama a fim de impactar o prognóstico e a sobrevida.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the diagnosis, treatment and follow-up of patients with breast cancer of the Mastology service from Hospital Regional de Taguatinga (HRT) and check the adequacy to the recommendations and the epidemiological aspects of the study population. **Methods:** Cross-sectional observational study conducted in the period of 01/01/2009 to 31/12/2011. Data collection in books of record of surgeries, review of medical records and interview. Statistical analysis by the program IBM/SPSS v. 18.0.

Trabalho realizado no Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Regional de Taguatinga (HRT) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>1</sup>Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia do HRT – Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup>Farmacêutico; Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia do HRT – Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Médica Ginecologista (Obstetra e Ecografia) do HRT – Brasília (DF), Brasil.

<sup>4</sup>Médica Mastologista do HRT – Brasília (DF), Brasil.

Endereço para correspondência: Fabiana Christina Araújo Pereira Lisboa – Hospital Regional de Taguatinga – QND 41, Casa 16 – CEP: 72120-410 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: fabianachristinalisboa@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

**Recebido em:** 27/03/2014. **Aceito em:** 27/01/2015



**Results:** Between 201 patients with suspicion for breast cancer, 116 remained in the sample. 74% had waiting time less than 30 days for the first consultation in HRT. The result of pathologic with less than 30 days was 57%. The waiting for additional treatment less than 30 days was 38%, 41% between 30 and 60 days and 21% greater than 60 days. The interval between the medical consultations was 66.4% between 3 and 6 months. 35% of biopsies were performed in particular service and 7.89%, public service. 69.44% of patients with breast cancer have had access to immunohistochemical study. 47.2% of patients with breast cancer have had support of the multidisciplinary team. 27.8% have had the breast reconstruction. 83.33% of patients with breast cancer breastfed. 58.3% hadn't a positive family history for breast cancer. The most common histological type was invasive ductal carcinoma (88.9%). **Conclusion:** This work aims to provoke changes in public policies for structuring services providers of assistance to patients with breast cancer to impact in terms of prognosis and survival.

## Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres<sup>1</sup>, constituindo-se na doença que mais mata a população feminina no Brasil<sup>2</sup>. Apresenta incidência aumentada em países desenvolvidos e industrializados; contudo, as taxas de mortalidade diminuem gradativamente em virtude de programas eficazes de combate ao câncer<sup>3</sup>. No Brasil, o diagnóstico tardio resulta em aumento da mortalidade e menor possibilidade de tratamentos cirúrgicos conservadores<sup>4</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 70% das mortes por câncer ocorram em países em desenvolvimento em decorrência de programas de combate ao câncer ineficientes ou inexistentes<sup>5</sup>; a agência propõe quatro componentes básicos para um programa adequado de controle do câncer: prevenção (melhor serviço de saúde), detecção precoce (rastreamento populacional), diagnóstico e tratamento e cuidado paliativo (incluindo apoio psicológico)<sup>6</sup>.

A Portaria nº 530 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União no dia 27 de março de 2012, estabelece o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) com o objetivo de implementar um programa nacional de monitoramento da qualidade dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia. Os Programas de Rastreamento Mamográfico (PRMs) organizados atingem redução de mortalidade por câncer de mama em até 35%, principalmente quando submetidos a controle de qualidade efetivo<sup>7</sup>.

Além disso, para diminuir as desigualdades regionais, o Ministério da Saúde vai ampliar a área de assistência das Unidades Oncológicas Móveis para realização de mamografia. As ações previstas no PNQM estão inseridas no Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama — uma ampla estratégia lançada em março do ano passado, com investimentos do Ministério da Saúde da ordem de R\$ 4,5 bilhões, até 2014<sup>1</sup>.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) anunciou no evento “INCA no Outubro Rosa: fortalecendo laços para o controle

do câncer de mama”, no dia 27 de março de 2012, sete recomendações para controle da mortalidade do câncer de mama no Brasil<sup>8,9</sup>: o tratamento após diagnóstico confirmado deve ser iniciado o mais breve possível até o prazo máximo de três meses<sup>10,11</sup>, com prejuízo de comprometer a sobrevida da mulher; quando indicado, o tratamento complementar de quimioterapia ou hormonioterapia deve ser iniciado no máximo em 60 dias, e o de radioterapia, no máximo em 120 dias. Atrasos no início do tratamento complementar aumentam o risco de recorrência local da doença e diminuem a sobrevida<sup>12</sup> (em algumas situações de tratamento com quimioterapia, a radioterapia pode ocorrer após os 120 dias).

Toda mulher com câncer mama deve: ter seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor hormonal<sup>13</sup>; ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar especializada; receber cuidados em um ambiente acolhedor; ter direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico; todo hospital que trata câncer de mama deve ter registro hospitalar de câncer em atividade.

Por ser uma doença grave e de grande incidência e prevalência no nosso país, programas de rastreamento, diagnóstico precoce, instituição da terapêutica adequada e seguimento pós-tratamento devem ser implementados e adequadamente seguidos nos serviços públicos e privados brasileiros, de maneira a fornecer a melhor assistência para as pacientes acometidas, com a finalidade de controle do câncer de mama. A antecipação do diagnóstico de recidiva pode significar uma vantagem em termos de sobrevida e/ou qualidade de vida, após as medidas terapêuticas adequadas<sup>9,14,15</sup>, além de representar conforto psicológico para a paciente, por saber que está sendo apropriadamente acompanhada.

O presente trabalho objetivou analisar a realização do diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas no Serviço de Mastologia do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e verificar a adequação às recomendações preconizadas pelos órgãos nacionais responsáveis pelas políticas de atendimento ao câncer de mama e os aspectos

epidemiológicos e socioculturais da população estudada, com a finalidade de prestar uma assistência médica de qualidade e que possa ter impacto positivo em termos de prognóstico e sobrevida para as mulheres acometidas pelo câncer de mama.

## Métodos

Estudo observacional transversal para avaliar o diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes com câncer de mama acompanhadas no Serviço de Mastologia do HRT no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2011.

A coleta de dados consistiu em levantamento de dados em livros de registro de cirurgias realizadas para tratamento do câncer de mama no período da pesquisa, revisão de prontuários e entrevista. Critérios de inclusão: pacientes submetidos à cirurgia para tratamento de câncer de mama no HRT no período da pesquisa, independentemente do sexo e idade, e que tenham aceitado participar da pesquisa e cujo prontuário tenha sido identificado. Critérios de exclusão: pacientes que não tiveram o prontuário identificado ou adequadamente preenchido, não atenderam ao contato telefônico ou não concordaram em participar da pesquisa.

Para a compilação das informações e análise estatística, foi utilizado o programa *IBM/SPSS* v.18.0 e realizada análise descritiva das variáveis.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), sob o parecer nº 05710512.9.0000.5553.

## Resultados

No período estudado foram identificadas 201 pacientes com suspeição para câncer de mama e submetidas à biópsia, sendo que 85 não foram incluídas por não preencherem os critérios de inclusão da pesquisa. Das 116 pacientes do estudo, 59 mantiveram seguimento de acompanhamento na Mastologia do HRT (50,9%), 56 não abandonaram o acompanhamento em momentos distintos e 1 paciente foi excluída por não haver dados no prontuário suficientes para acompanhamento.

Do total de 116 pacientes, 90 foram submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama; contudo, somente 36 permaneceram na amostra. Durante o seguimento dos três anos, seis das pacientes com câncer de mama vieram a óbito por causa da doença. Apenas dois pacientes do grupo com doença eram homens.

O perfil epidemiológico das pacientes com câncer de mama atendidas mostrou idade média de 50,92 anos no ano da biópsia, idade média da menarca e menopausa, respectivamente, de 12,97 e 47 anos.

Nesta pesquisa foram verificados, para as pacientes com câncer de mama, os tempos de espera para primeira consulta na Mastologia

do HRT e no hospital terciário de referência para tratamento complementar e resultado do exame anatomopatológico. 74% das pacientes tiveram um tempo de espera menor do que 30 dias para a primeira consulta na Mastologia do HRT, 12 e 14% tiveram uma espera de 30 a 60 dias e mais de 60 dias, respectivamente.

Para as pacientes submetidas a tratamento cirúrgico, o resultado anatomopatológico foi disponibilizado com menos de 30 dias para 57% delas, 24% receberam o resultado entre 30 e 60 dias, e 19%, após 60 dias. A espera para início do tratamento complementar em hospital terciário menor do que 30 dias foi para 38% das pacientes, para espera entre 30 e 60 dias e maior do que 60 dias foi para 41 e 21% das pacientes, respectivamente. O tempo médio de espera entre a biópsia e o tratamento cirúrgico definitivo foi de 2,6 meses na Mastologia do HRT. A porcentagem do intervalo entre as consultas foi de 66,4% para entre 3 e 6 meses; 7,8% para maior do que 6 meses; 25,9% sem informação.

Das pacientes com câncer de mama, tem-se que 72,2% fizeram o estudo anatomopatológico em serviço particular; 13,9%, em serviço público; 13,9% não apresentaram informações acerca desse dado. Tem-se que 69% das pacientes com câncer de mama tiveram acesso ao estudo imuno-histoquímico (sobre as demais, 31%, não se foram encontrados dados descritos no prontuário da realização do exame).

Apenas 47,2% das pacientes com câncer de mama tiveram suporte de equipe multidisciplinar com acompanhamento em psicologia (52,8% não tiveram acesso). O serviço de psicologia direcionado para essas pacientes só está implementado em serviços terciários no Distrito Federal, não estando disponível no HRT. As pacientes que tiveram esse acompanhamento foram atendidas no serviço terciário de referência.

Das pacientes mastectomizadas, apenas 27,8% tiveram oportunidade de reconstrução mamária, 38,9% não fizeram e 33,3% não tinham dados no prontuário sobre tal informação. Em relação ao grau de satisfação com o atendimento no Serviço de Mastologia do HRT pelas pacientes com câncer de mama, tem-se que 94,4% dos pacientes informaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos e 5,6% responderam estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o serviço.

Do total de pacientes incluídas no estudo, 28,8% apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 22,5% eram portadoras de *diabetes mellitus* (DM), 6,25% negaram comorbidades e 2,6% apresentaram associação de HAS, DM e outra comorbidade, 1,25% possuíam distúrbios do humor (depressão) e 41,25% não apresentavam informações de comorbidades em seus prontuários.

Das pacientes com câncer de mama, 83,33% informaram que amamentaram seus filhos, 2,8% informaram que não amamentaram e para 13,88% não foi obtida informação sobre este item.

O número médio de gestações e parto por mulher com câncer de mama foi, respectivamente, de 3,7 e 3,0, sendo que 75,8% eram múltíparas (duas ou mais gestações), 8,1%, primigestas, e 8,1%, nulíparas. Entre as pacientes múltíparas, 51,9% tiveram

duas ou três gestações (o maior número de gestações encontrado nesta pesquisa foi de uma paciente que apresentou 9).

Das pacientes com doença, 58,3% não apresentavam história familiar positiva para câncer de mama; 41,6% apresentavam; 55,5% usaram anticoncepcional hormonal oral (ACHO) ao longo da vida; 41,7% não usaram; 2,8% não informaram. Em relação à terapia de reposição hormonal (TH), 91,66% das pacientes relataram que não fizeram uso. Sob outro ponto de vista, 55,6% nunca fizeram hormonioterapia com ACHO ou TH; 38,88% fizeram; 5,55% fizeram uso dos dois métodos em algum período da vida.

O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma ductal invasivo (88,9%), seguido por carcinoma lobular (5,6%) e carcinoma mucinoso e tumor filodes (2,8%). Entre as pacientes estudadas não foi encontrado outro tipo de tumor.

## Discussão

No presente estudo foi observada uma grande redução da amostra, por falta de adequado preenchimento dos prontuários e pela dificuldade de localizar as pacientes para entrevista por contato telefônico ou pelos prontuários no arquivo. O registro médico adequado e a existência de prontuário eletrônico são bases fundamentais para a pesquisa clínica hospitalar, devendo existir uma conscientização dos profissionais acerca da importância da anotação dos dados e aguarda-se a implementação do prontuário eletrônico em todos os serviços de saúde no Distrito Federal.

Tem-se igualmente considerável perda de seguimento de pacientes com alta suspeição para câncer de mama na Mastologia do HRT, provavelmente em virtude da inexistência de serviço de busca ativa dessa população, o que pode ter como consequência a piora do prognóstico com o avançar de uma doença maligna. Contudo, as pacientes que não mantiveram seguimento podem ter sido operadas ou acompanhadas em outra localidade.

O perfil epidemiológico da paciente com câncer de mama mostra uma paciente do sexo feminino com idade média de 50 anos ao diagnóstico e idade média de menarca e menopausa semelhante à da população brasileira em geral (também semelhante à encontrada por outros pesquisadores<sup>16,17</sup>). Entre 45–50 anos de idade é que justamente se tem as taxas mais elevadas de ocorrência de câncer de mama. Menarca precoce e menopausa tardia aumentam o risco de câncer de mama, dobrando após os 55 anos e com risco 40% maior se ocorrer antes de 35 anos<sup>18</sup>.

Metade dos casos foi ou é tabagista (não foi analisada a variável fumo passivo). Supõe-se que o fator descoberta/diagnóstico de câncer de mama seja o principal motivador para interrupção do hábito de fumar. Os estudos atuais têm mostrado que pode existir pequeno vínculo negativo entre tabagismo e câncer de mama, contudo com pouco efeito<sup>18</sup>.

As comorbidades mais prevalentes foram HAS e DM, compatível com a faixa etária<sup>19</sup>. Os distúrbios de humor, principalmente

depressão, foram pouco descritos na anamnese, mas foram revelados frequentes na entrevista, apesar de não terem sido quantificados nesse momento do estudo.

A amamentação, apesar de ser considerada fator protetor, esteve presente em 83,3% dos casos de câncer de mama, sem, contudo, ter sido avaliado o tempo total de amamentação por mulher. Evidências recentes indicam que a amamentação pode não fornecer grau significativo de proteção contra o câncer de mama<sup>18</sup>.

A média de partos e gestações das pacientes com câncer de mama no estudo foi maior do que a taxa de fecundidade no Brasil: 1,90, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>20</sup>. Em relação à paridade, as variáveis que apresentam maior risco de câncer de mama são idade acima de 35 anos na primeira gestação e nuliparidade<sup>18</sup>. No presente estudo não foi estudada a idade da primeira gestação.

A maioria não apresentava história familiar positiva para câncer de mama. Apenas 10% dos casos de câncer de mama têm predisposição genética<sup>18</sup>. Não foram questionados acerca de outros tipos de câncer. O uso de TH não se mostrou fator importante na história das pacientes com câncer de mama em virtude de poucas terem feito uso. Em usuárias de ACHO, o risco relativo de desenvolver câncer de mama é de 1,3, contudo clinicamente pouco significativo<sup>18</sup>.

O câncer de mama na população masculina apresenta comportamento similar ao na feminina; contudo, os homens frequentemente possuem receptor hormonal positivo, sendo mais sensíveis à hormonioterapia<sup>11</sup>. Em geral, é tardiamente reconhecido com piora do prognóstico<sup>12</sup>. É uma patologia rara, sendo menos de 1% de todos os tumores mamários<sup>13</sup>, o que foi compatível com o achado do presente estudo.

Faz-se notório que as pacientes com câncer de mama pouco utilizam o Serviço de Anatomia Patológica do HRT, provavelmente em função da demora para liberação do resultado em torno de 60 dias vista na prática diária. Dessa maneira, essas mulheres, em muitas situações, optam por procurar o serviço complementar de saúde para realização de exame após a biópsia/cirurgia, por ter acesso ao resultado em tempo hábil. A implementação de programa que priorize a realização de exames histopatológicos no HRT para os casos com alta suspeição favoreceria a condução dos casos e poderia até mesmo auxiliar a antecipação do tratamento cirúrgico.

As pacientes com câncer de mama têm prioridade no acesso e na marcação de consultas na Mastologia do HRT, desde que venham de forma direta ao serviço e não dependam do sistema de marcação via Posto de Saúde, mostrando adequação da triagem para recebimento de acordo com a gravidade. Todavia, apesar do fácil acesso inicial para consulta e rápido encaminhamento para tratamento cirúrgico após confirmação histológica, o tempo de espera pelo resultado anatomopatológico é um fator limitante para a fluidez do serviço.

O tempo de espera para consulta no serviço terciário para tratamento complementar foi razoável e dentro dos limites esperados de até 90 dias para quimioterapia e de até 120 dias para radioterapia.

O tempo de espera após confirmação diagnóstica e tratamento cirúrgico definitivo é adequado de acordo com as recomendações do INCA<sup>8</sup>, principalmente para um serviço público com grande demanda de pacientes e com limitações de salas cirúrgicas disponibilizadas mensalmente.

A maioria das pacientes apresentou seguimento regular, dentro do esperado de anamnese e exame físico a cada 3 a 6 meses nos 3 primeiros anos, de 6 a 12 meses no quarto ano e anual a partir de então sendo que a mamografia era realizada anualmente<sup>15</sup>. A realização de outros exames de rotina não evidencia melhoria em termos de prognóstico<sup>14</sup>.

Supõe-se que todas as pacientes com câncer de mama tiveram acesso ao estudo imuno-histoquímico, já que todas foram encaminhadas para Oncologia e que tal exame é imprescindível para o tratamento complementar, apesar de somente 69,4% terem esse dado relatado em prontuário, o que pode estar relacionado com a baixa qualidade no preenchimento dos prontuários.

O acesso a apoio multidisciplinar e, principalmente, psicológico é precário, só ocorrendo em serviço terciário de referência. A Mastologia do HRT necessita ter um serviço de psicologia estruturado que dê suporte para as pacientes com câncer de mama. Apesar disso, o grau de satisfação com o atendimento às pacientes com câncer de mama no Serviço de Mastologia do HRT foi elevado.

O carcinoma ductal invasivo foi o tipo histológico mais prevalente, corroborando os dados de frequência de ocorrência na literatura (de 70–85%), seguido de lobular (10%) e mucinoso (2–3%)<sup>21</sup>.

## Conclusão

Apesar da adequação da metodologia empregada, observou-se grande perda de dados em virtude de informações não colhidas e anamnese incompleta registrada nos prontuários. A dificuldade de localizar os prontuários físicos no arquivo médico do hospital foi outro fator limitante para ampliar a amostra. A existência de prontuário eletrônico e adequado preenchimento com dados completos favoreceria a pesquisa clínica em serviços de saúde com grande volume de pacientes e agilizaria o processo de coleta de dados, gerando informações em saúde em tempo hábil para ação imediata.

Os achados descritos permitem a confecção de um retrato de como tem sido feita a assistência às pacientes com câncer de mama atendidas em serviço público secundário mostrando as limitações, destacadamente, em suporte de anatomia patológica em tempo oportuno, disponibilidade de centro cirúrgico que dê

vazão ao fluxo de pacientes com anesthesiologistas disponíveis, equipe de Oncologia Clínica disponível e equipe multidisciplinar para acompanhamento das pacientes.

Observa-se igualmente o grande volume de pacientes que oneram em tempo e custos o Centro Cirúrgico para realização de biópsias incisionais para diagnóstico em casos de suspeita de câncer de mama que poderiam ser realizadas de forma ambulatorial, por exemplo, se o material para *Core Biopsy* fosse disponível.

Mais estudos, em caráter de avaliação dos serviços públicos, deveriam ser feitos para se ter de forma concreta a realidade da saúde pública no Brasil em diferenciados tipos de serviço e especialidades, de maneira a se ter um projeto de mudança visando melhorias do atendimento.

Este trabalho se presta, no contexto da saúde pública, como instrumento que possibilita a geração de mudanças em políticas públicas que promovam estruturação nos serviços prestadores de assistência às pacientes com câncer de mama, tanto no âmbito local como nacional, e que possam garantir o adequado acesso e tratamento em tempo oportuno, de maneira que possam possibilitar impacto em termos de prognóstico e sobrevida.

## Agradecimentos

Agradeço ao Deus da vida, meu Senhor.

Agradecemos ao funcionário do arquivo do Hospital Regional de Taguatinga (HRT), o senhor Rosevaldo Lopes de Alencar, pela contribuição e presteza em localizar os prontuários médicos.

## Referências

1. Brasil. Saúde promove melhorias na assistência oncológica [Internet]. [cited 2012 May 18]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4579/162/saude-lanca-medidas-para-melhorar-assistencia-oncologica.html>
2. Brasil. Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Estimativa 2012 [cited 2012 May 18]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
3. Silveira DP. Perfil da incidência e da sobrevida de câncer de mama: análise a partir dos registros de câncer de base populacional e cobertura de planos privados de saúde no município de São Paulo [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
4. Buitrago F, Uemura G, Sena MCF. Fatores prognósticos em câncer de mama. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22(Sup. Esp. 1):69-81.
5. Testa L, Mano MS. Quimioterapia em câncer de mama. *Rev Bras Mast*. 2010;20(4):190-8.
6. World Health Organization (WHO). Cancer control: knowledge into action, WHO guide for effective programmes. Diagnosis and Treatment. Module 4, II Series. WHO; 2008.
7. Tsunoda AT. Estudo de indicadores de qualidade nas mulheres com câncer de mama detectado pelo programa de rastreamento mamográfico do Hospital de Câncer de Barretos [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Faculdade de Medicina; 2011.

8. Brasil. Inca renova recomendações para tratamento do câncer de mama no País [Internet]. [cited 2012 May 12]. Available from: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/inca\\_renova\\_recomendacoes\\_para\\_tratamento\\_do\\_cancer\\_de\\_mama\\_no\\_pais](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/inca_renova_recomendacoes_para_tratamento_do_cancer_de_mama_no_pais)
9. Veronesi U. Mastologia Oncológica. São Paulo: Editora MEDSI; 2002.
10. Brasil. Orientações para o atendimento à Saúde da adolescente [Internet]. Ministério da Saúde. [cited 2012 Mar 22]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_atendimento\\_adolescente\\_menina.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescente_menina.pdf)
11. Ministério da Saúde. Manual de Atenção à mulher no Climatério/ Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Caderno 9.
12. Dixon M, Sainsbury. Manual de Doenças da Mama. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2001.
13. Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Série Saúde no Brasil. [Internet] Fascículo 4:61-74. [cited 2012 Mar 22]. Available from: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil [Internet]. [cited 2012 May 27]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias\\_visualiza.php?id\\_noticia=2125&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias_visualiza.php?id_noticia=2125&id_pagina=1)
15. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobayi GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med.* 2002;137(8):678-87.
16. Araújo DB. Metástases pulmonares em homem: localização incomum do tumor primário. *J Bras Patol Med Lab.* 2008;33(2):234-7.
17. Freitas AM, Silva LLM, Toscani NV, Graudenz, MS. Perfil imunohistoquímico de carcinomas mamários invasivos em homens. *J Bras Patol Med Lab.* 2008;44(5):375-80.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso. 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Luca LA, Barbosa EM. O impacto, na sobrevida, dos exames bioquímicos e de imagem utilizados no seguimento a pacientes com Câncer de Mama. *Femina.* 2008;36(3):185-8.
20. Amorim WC, Silva LCR. Guia de bolso de Mastologia. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.
21. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, Schoen FJ. Patologia estrutural e funcional. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1996.

# Estudo comportamental sobre a drenagem axilar no câncer de mama

*Behavioral study of the axillary drainage in breast cancer*

Ruffo Freitas-Junior<sup>1</sup>, Ana Flávia Ribeiro Santos Cavalcante<sup>2</sup>, Leonardo Ribeiro Soares<sup>3</sup>, Ana Paula Queiroz Pádua<sup>4</sup>, Patrícia Tavares Pereira Sousa<sup>5</sup>, Luís Fernando Jubé Ribeiro<sup>6</sup>, Márcia Faria Veloso<sup>7</sup>

## Descritores

Câncer de mama  
Seroma  
Drenagem

## Keywords

Breast cancer  
Seroma  
Drainage

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os sentimentos e as dificuldades vivenciadas pelos pacientes durante a utilização de drenos de sucção. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal, que avaliou mulheres portadoras de câncer de mama submetidas ao tratamento cirúrgico e que permaneceram com dreno de sucção por três dias, no mínimo. Foi avaliada a dificuldade para a realização de atividades diárias, gerais e específicas, assim como os sentimentos negativos desencadeados pela utilização do dreno, por intermédio da aplicação de questionário previamente estabelecido. **Resultados:** Foram incluídas no estudo 77 pacientes, com média de idade de 49 ( $\pm 13$ ) anos. Entre a população analisada, 53 pacientes (68,8%) deixaram de realizar alguma tarefa por estar com o dreno. Entre as limitações, destacam-se as dificuldades para “vestir-se” (79,2%) e para “dormir” (87,0%). Entre os sentimentos referidos, encontrou-se prevalência de “estranheza” (76,6%) e “medo” (72,7%). **Conclusão:** Em posse dos resultados observados, o cirurgião deverá considerar para a decisão de utilizar drenos após manipulação axilar em cirurgias mamárias, de um lado, o manejo de serosidades e, de outro, as dificuldades diárias e os sentimentos negativos vivenciados pelos pacientes com a utilização desses sistemas de drenagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the feelings and the difficulties experienced by the patients during the period when they are using suction drain. **Methods:** This transversal, descriptive study evaluated women with breast cancer, submitted to surgical treatment and who used the suction drain for at least three days. The difficulties to perform specific and general daily tasks, as well as the negative feelings triggered by the drain were evaluated by means of a questionnaire specifically designed for this study. **Results:** 77 patients, with the mean age of 49 ( $\pm 13$  years). Among the sample, 53 (68.8%) of the studied patients stopped performing certain tasks because they were using the drain. Regarding limitations, the difficulty to get dressed (79.2%) and to sleep (87.0%) are the highlighted ones. Among the feelings reported there was a prevalence of “strangeness” (76.6%) and “fear” (72.7%). **Conclusion:** Having these results in mind, when the surgeon considers using the drain after axillary manipulation in breast surgery, they must take into account on one hand the handling of seroma, and on the other hand, the daily difficulties and the negative feelings experienced by the patients during the use of drains.

Trabalho realizado na Rede Goiana de Pesquisa em Mastologia – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>1</sup>Professor Adjunto e Coordenador do Programa de Mastologia da Universidade Federal de Goiás (UFG); Médico Titular do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG) – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>2</sup>Médica do Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>3</sup>Médico Residente de Ginecologia e Obstetrícia da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>4</sup>Médica do Hospital da Mulher e Maternidade Dona Íris – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>5</sup>Médica do Instituto Goiano de Medicina (IGM) – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>6</sup>Médico Titular do Hospital Araújo Jorge da ACCG – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>7</sup>Psicóloga do Programa de Mastologia da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Ruffo Freitas-Junior – Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – 1ª Avenida, s/n – Setor Universitário – CEP: 74605-050 – Goiânia (GO), Brasil – E-mail: ruffojr@terra.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 23/01/2015. Aceito em: 26/01/2015

## Introdução

O câncer de mama representa um problema de saúde pública, sendo a neoplasia de maior incidência na população feminina brasileira<sup>1-3</sup>. Nos últimos anos, a consolidação dos programas de rastreamento<sup>4-6</sup> e de novos modelos diagnósticos<sup>7-9</sup> tem permitido uma mudança na evolução temporal do câncer de mama no Brasil, com redução dos casos avançados e aumento do diagnóstico dos casos iniciais<sup>10</sup>.

O diagnóstico precoce é o principal responsável pelos avanços no tratamento cirúrgico do câncer de mama, permitindo a investigação do linfonodo sentinela e a realização de técnicas cirúrgicas de conservação mamária<sup>11-13</sup>. Apesar dos benefícios com os resultados estéticos, as taxas de morbidade pós-operatória permanecem elevadas, tanto com as técnicas conservadoras quanto com o tratamento radical<sup>12,14-16</sup>.

Entre as complicações pós-operatórias do câncer de mama, a formação de seroma permanece como a mais frequente, apresentando incidência que varia de 3 a 85%<sup>17,18</sup>. Além disso, o seroma também está associado a necrose cutânea, dificuldades para a cicatrização da ferida operatória, infecção local e linfedema de membro superior<sup>18-20</sup>.

Nessas situações, a abordagem do seroma inclui a utilização de diferentes sistemas de drenagem, que geralmente são inseridos de forma profilática durante o procedimento cirúrgico. Apesar das divergências envolvendo o tipo de drenagem, o tempo de permanência e o uso de antibióticos<sup>18-20</sup>, pouco se sabe sobre as repercussões psicossociais envolvendo o método. Assim, este estudo teve como objetivo a avaliação dos sentimentos e das dificuldades vivenciadas pelas pacientes durante a utilização de drenos de sucção.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em dois serviços de referência para o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama localizados na cidade de Goiânia (GO), Brasil.

O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência constituída por mulheres portadoras de câncer de mama submetidas ao tratamento cirúrgico no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006 e que permaneceram com dreno de sucção por três dias, no mínimo. Também foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, capacidade de compreensão das orientações fornecidas e condições físicas para a manipulação individual dos sistemas de drenagem.

Foi aplicado um questionário específico, desenvolvido em parceria com o Serviço de Psicologia do Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal

de Goiás (HC/UFG). Os questionários foram preenchidos pelos próprios entrevistadores, entre o 3º e o 10º dia de pós-operatório, após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Inicialmente, as pacientes incluídas no estudo responderam as seguintes perguntas: “Você sabe por que está utilizando esse dreno?” e “Você deixou de realizar alguma tarefa por estar com o dreno?”. Posteriormente, foi avaliada a dificuldade para a realização de atividades diárias, gerais e específicas, em decorrência da utilização do dreno, como, por exemplo, “vestir-se”, “mexer o braço” e “caminhar”. Essas variáveis foram categorizadas de acordo com o grau de intensidade da limitação: “nada”, “um pouco”, “bastante” e “muitíssimo”. Também foram avaliados os sentimentos negativos desencadeados pela utilização do dreno, como, por exemplo, “vergonha”, “insegurança” e “medo”, os quais também foram categorizados de acordo com o grau de intensidade.

As informações coletadas foram transcritas para um banco de dados específico, desenvolvido com o auxílio do programa *Microsoft Office Excel*®, versão 2003 (Microsoft, EUA). Após compilação e checagem das informações, foi realizada análise descritiva por meio de distribuição de frequências.

O estudo atual faz parte de uma linha de pesquisa desenvolvida pela Rede Goiana de Pesquisa em Mastologia, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFG.

## Resultados

Foram incluídas no estudo 77 pacientes, com média de idade de 49 ( $\pm 13$ ) anos. Os dados demográficos estão apresentados na Tabela 1 e mostram prevalência de mulheres casadas (62,3%), de religião católica (54,5%), residentes no interior do Estado de Goiás (54,5%) e com grau de instrução primário (53,2%). Em relação ao tratamento cirúrgico, 37 pacientes (48,0%) foram submetidas ao tratamento com conservação mamária (quadrantectomia), e 40 pacientes (52,0%), à mastectomia.

Entre a população analisada, 55 pacientes (71,4%) desconheciam o motivo pelo qual estavam utilizando o sistema de drenagem. Além disso, 53 pacientes (68,8%) deixaram de realizar alguma tarefa por estar com o dreno.

A Tabela 2 evidencia as limitações que as pacientes enfrentaram em diferentes situações por estar com o dreno, incluindo as dificuldades para “vestir-se” (79,2%), para “realizar tarefas diárias” (77,9%), bem como para “dormir” (87,0%).

Já a Tabela 3 evidencia os sentimentos referidos pelas pacientes durante a utilização de drenos, no pós-operatório de cirurgias para o tratamento do câncer de mama, mostrando prevalência de “estranheza” (76,6%), de “medo” (72,7%) e de “insegurança” (71,4%).

**Tabela 1.** Distribuição das características sociodemográficas da população analisada (n=77)

Variáveis	n	%
<b>Estado civil</b>		
Solteira	9	11,7
Casada	48	62,3
Viúva	13	16,9
Divorciada	7	09,1
<b>Grau de instrução</b>		
Analfabeta	15	19,5
Ensino fundamental	41	53,2
Ensino médio	19	24,7
Ensino superior	2	2,6
<b>Religião</b>		
Católica	42	54,5
Evangélica	29	37,7
Espírita	3	3,9
Ausente	1	1,3
Outras	2	2,6
<b>Residência</b>		
Goiânia	18	23,4
Interior de Goiás	42	54,5
Outros Estados	17	22,1
<b>Cirurgia</b>		
Quadrantectomia	37	48,0
Mastectomia sem reconstrução	39	50,7
Mastectomia com reconstrução	1	1,3

## Discussão

Os sistemas de drenagem representam o principal método no manejo dos seromas relacionados a cirurgias mamárias, ainda que pese a associação entre utilização dos drenos e maior taxa de infecção local, entre outros desfechos negativos<sup>20,21</sup>. Nesse contexto, diversos estudos avaliaram a redução das complicações cirúrgicas por intermédio de uma abordagem menos agressiva, incluindo as técnicas de investigação do linfonodo sentinela<sup>12,13,22</sup>. Tais técnicas, associadas à redução das taxas de linfadenectomias, contribuíram para a redução das complicações pós-operatórias relacionadas à abordagem axilar, em especial para as pacientes obesas, que apresentam maior incidência de deiscência e de formação de seromas<sup>18,23</sup>. No estudo atual, todas as pacientes foram submetidas à linfadenectomia. Portanto, as dificuldades e os sentimentos relacionados aos sistemas de drenagem devem ser fonte de novos estudos, em vista dos recentes avanços na investigação axilar do câncer de mama e na esperada redução das complicações cirúrgicas.

A movimentação cuidadosa e precoce do braço ipsilateral após a cirurgia está associada a melhor resolução de seromas, com menor número de punções e menor volume puncionado<sup>24</sup>. No entanto, a mobilidade exagerada do membro pode contribuir para a maior incidência de hematomas e seromas<sup>18</sup>.

**Tabela 2.** Dificuldades relacionadas à utilização de sistemas de drenagem vivenciadas por portadoras de câncer de mama submetidas ao tratamento cirúrgico

Atrapalha	Não		Um pouco		Bastante		Muitíssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vestir-se	16	20,8	35	45,5	9	11,7	17	22,1
Comer	67	87,0	7	9,1	2	2,6	1	1,3
Sentar-se	57	74,0	13	16,9	6	7,8	1	1,3
Higiene diária	20	26,0	27	35,1	19	24,7	11	14,3
Sair em público	36	46,8	14	18,2	12	15,6	15	19,5
Mexer o braço	29	37,7	24	31,2	12	15,6	12	15,6
Caminhar	57	74,0	17	22,1	3	3,9	0	0
Realizar tarefas diárias	17	22,1	21	27,3	20	26,0	19	24,7
Dormir	10	13,0	18	23,4	19	24,7	30	39,0

**Tabela 3.** Sentimentos relacionados à utilização de sistemas de drenagem vivenciados por portadoras de câncer de mama submetidas ao tratamento cirúrgico

Sentimentos	Não		Um pouco		Bastante		Muitíssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vergonha	56	72,7	10	13,0	6	7,8	5	6,5
Nojo	54	70,1	10	13,0	5	6,5	8	10,4
Irritação	47	61,0	15	19,5	8	10,4	7	9,1
Raiva	59	76,6	10	13,0	3	3,9	5	6,5
Insegurança	22	28,6	20	26,0	16	20,8	19	24,7
Tristeza	50	64,9	14	18,2	8	10,4	5	6,5
Medo	21	27,3	20	26,0	16	20,8	20	26,0
Invasão	37	48,1	20	26,0	15	19,5	5	6,5
Estranheza	18	23,4	22	28,6	22	28,6	15	19,5
Dor	25	32,5	34	44,2	7	9,1	11	14,3



No atual estudo, 48 pacientes (62,3%) relataram algum grau de dificuldade para “mexer o braço” durante a utilização do dreno, eventualmente podendo comprometer o manejo dos seromas, assim como gerar dificuldade na realização adequada da radioterapia.

A limitação para realizar tarefas diárias, como “dormir” e “vestir-se”, pode interferir de forma negativa na evolução do processo saúde-doença, comprometendo a motivação e até mesmo a aderência ao tratamento médico proposto. Essas dificuldades também podem reduzir a qualidade de vida no período pós-operatório, conforme evidenciado por outros estudos, em situações semelhantes<sup>21,25</sup>.

Outro aspecto psicossocial comprometido durante o tratamento do câncer de mama é a percepção feminina acerca da imagem corporal, o que pode gerar redução da autoestima, complexo de inferioridade e medo de rejeição por parte do parceiro<sup>26</sup>. Acredita-se que os sistemas de drenagem, principalmente nos casos de permanência prolongada, possam interferir de forma negativa na autoimagem das pacientes, e, conseqüentemente, no seu posicionamento como mulher diante da sociedade.

Em relação aos sentimentos negativos, evidenciou-se no presente estudo a prevalência de “estranheza”, “medo” e “insegurança”. Da mesma forma, representações pessoais de “dor”, “raiva”, “nojo” e “vergonha” também foram associadas à utilização dos drenos, o que reforça a relevância do suporte psicológico aos portadores de câncer de mama. Esses sentimentos têm sido negligenciados pelos recentes estudos sobre a utilização de drenos após cirurgias mamárias, que priorizam os aspectos físicos em detrimento aos aspectos biopsicossociais.

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo que quantificou a prevalência dos sentimentos vivenciados pelos pacientes durante a utilização de sistemas de drenagem, com avaliação dos diferentes graus de intensidade apresentados. Em posse dos resultados observados, o cirurgião deverá considerar para a decisão de utilizar drenos após manipulação axilar em cirurgias mamárias, de um lado, o manejo de serosidades e, de outro, as dificuldades diárias e os sentimentos negativos vivenciados pelos pacientes durante a utilização desses sistemas de drenagem.

## Referências

- Freitas-Junior R, Gonzaga CMR, Freitas NMA, Martins E, Dardes RCM. Disparities in female breast cancer mortality rates in Brazil between 1980 and 2009. *Clinics*. 2012;67(7):731-7.
- Gonzaga CMR, Freitas-Junior R, Souza MR, Curado MP, Freitas NMA. Disparities in female breast cancer mortality rates between urban centers and rural areas of Brazil: Ecological time-series study. *The Breast*. 2014;23(2):180-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância [Internet]. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [cited 2014 Dez 20]. Available from: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2014/>
- Corrêa RS, Freitas-Junior R, Peixoto JE, Rodrigues DCN, Lemos MEF, Martins LAP, et al. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1757-67.
- Corrêa RS, Freitas-Junior R, Peixoto JE, Rodrigues DCN, Lemos MEF, Dias CM, et al. Efetividade de programa de controle de qualidade em mamografia para o Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:769-76.
- van Luijt PA, Fracheboud J, Heijnsdijk EA, den Heeten GJ, de Koning HJ; National Evaluation Team for Breast Cancer Screening in Netherlands Study Group (NETB). Nation-wide data on screening performance during the transition to digital mammography: observations in 6 million screens. *Eur J Cancer*. 2013;49(16):3517-25.
- Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol*. 2014;5(3):465-77.
- Minamimoto R, Senda M, Jinnouchi S, Terauchi T, Yoshida T, Inoue T. Detection of Breast Cancer in an FDG-PET Cancer Screening Program: Results of a Nationwide Japanese Survey. *Clin Breast Cancer*. 2014 [Epub ahead of print].
- Paulinelli RR, Freitas-Junior R, de Lucena CE, Moreira MA, de Moraes VA, Bernardes-Júnior JR, et al. Sonobreast: predicting individualized probabilities of malignancy in solid breast masses with echographic expression. *Breast J*. 2011;17(2):152-9.
- Nunes RD, Martins E, Freitas-Junior R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC. Estudo descritivo dos casos de câncer de mama em Goiânia, entre 1989 e 2003. *Rev Col Bras Cir*. 2011;38(4):212-6.
- Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347(16):1227-32.
- Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, Meijnen P, van de Velde CJ, Mansel RE, et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Oncol*. 2014;15(12):1303-10.
- Paulinelli RR, de Oliveira VM, Bagnoli F, Chade MC, Alves KL, Freitas-Junior R. Oncoplastic mammoplasty with geometric compensation-a technique for breast conservation. *J Surg Oncol*. 2014 Aug 13 [Epub ahead of print].
- Blumenschein AR, Freitas-Junior R, Tuffanin AT, Blumenschein DI. Lipoenxertia nas mamas: procedimento consagrado ou experimental? *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(4):616-22.
- Valinote SPA, Freitas-Junior R, Martins KA, Pereira AC, Pereira CE, Martins E. Alterações venosas e linfáticas em mulheres com linfedema após linfadenectomia axilar no tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(4):171-7.
- Mastrella AS, Freitas-Junior R, Paulinelli RR, Soares LR. Incidence and risk factors for winged scapula after surgical treatment for breast cancer. *J Clin Nurs*. 2014;23(17-18):2525-31.
- Kumar S, Lal B, Misra MC. Post-mastectomy seroma: a new look into the aetiology of an old problem. *J R Coll Surg Edinb*. 1995;40(5):292-4.
- Srivastava V, Basu S, Shukla VK. Seroma formation after breast cancer surgery: what we have learned in the last two decades. *J Breast Cancer*. 2012;15(4):373-80.

19. Degnim AC, Hoskin TL, Brahmbhatt RD, Warren-Peled A, Loprinzi M, Pavey ES, et al. Randomized trial of drain antisepsis after mastectomy and immediate prosthetic breast reconstruction. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(10):3240-8.
20. Okada N, Narita Y, Takada M, Kato H, Ambo Y, Nakamura F, et al. Early removal of drains and the incidence of seroma after breast surgery. *Breast Cancer*. 2015;22(1):79-83.
21. Thomson DR, Sadideen H, Furniss D. Wound drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;10:CD006823.
22. Andeweg CS, Schriek MJ, Heisterkamp J, Roukema JA. Seroma formation in two cohorts after axillary lymph node dissection in breast cancer surgery: does timing of drain removal matter? *Breast J*. 2011;17(4):359-64.
23. Pan XF, Huan JL, Qin XJ. Potential risk factors for the development of seroma following mastectomy with axillary dissection. *Mol Clin Oncol*. 2015;3(1):222-6.
24. Gozzo TO, Almeida AM, Sanches MP, Brito LGO, Carrara HHA. Estudo comparativo da eficácia da movimentação precoce do braço no controle do seroma pós-linfadenectomia axilar em mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Mastol*. 2008;18(2):58-62.
25. Yuste-Sánchez MJ, Lacomba MT, Sánchez BS, Merino DP, da Costa SP, Téllez EC, et al. Health related quality of life improvement in breast cancer patients: Secondary outcome from a simple blinded, randomised clinical trial. *Breast*. 2014 Dec 10 [Epub ahead of print].
26. Prates ACL, Zanini DS, Veloso MF. Investimento corporal e o funcionamento sexual em mulheres no pós-cirúrgico de câncer de mama. *Rev SBPH*. 2012;15(1):264-78.

# Carcinoma metaplásico de mama: a importância da confirmação anatomopatológica

## *Metaplastic breast carcinoma: the importance of anatomopathologic confirmation*

Carina Meira Abrahão<sup>1</sup>, Andrea Malta Ferriani<sup>2</sup>, Jéssica Ribeiro Gomes<sup>1</sup>, Aline da Rocha Lino<sup>1</sup>, Marcelo Rocha de Sousa Cruz<sup>3</sup>

### Descritores

Neoplasias da mama  
Neoplasias de mama triplo negativas  
Metaplasia

### Keywords

Breast neoplasms  
Triple negative breast neoplasms  
Metaplasia

### RESUMO

**Objetivo:** Comparar o diagnóstico inicial, geralmente a partir de serviços de patologia geral, com o laudo médico definitivo do serviço de patologia certificada. **Métodos:** Análise retrospectiva de pacientes em uma instituição com diagnóstico final de câncer de mama metaplásico (CMM) foi realizada entre janeiro de 2008 e janeiro de 2014. **Resultados:** Um total de 18 pacientes com diagnóstico de CMM do sexo feminino e idade média de 49,8 anos foi reportado. O tamanho tumoral foi menor do que 3,0 cm em 52,9% das pacientes. Linfadenopatia axilar não estava presente inicialmente em 72,2% das pacientes e, em nenhum caso, foi identificada metástase a distância ao diagnóstico. Diagnóstico prévio de carcinoma ductal invasivo (CDI) foi descrito em 60% dos casos. Cerca de 80% foram tratadas com quimioterapia neoadjuvante e apresentaram progressão. Apenas um caso com diagnóstico de CMM antes do início da terapia recebeu quimioterapia neoadjuvante com platina e apresentou resposta clínica. **Conclusão:** Devido às características histopatológicas de triplo-negativos, o CMM pode ter sido subdiagnosticado em serviços de patologia geral. Nos casos de ausência de resposta ou progressão da doença frente ao tratamento tradicional, o diagnóstico de CMM deve ser considerado e o laudo médico deve ser revisado.

### ABSTRACT

**Objective:** To compare the initial diagnosis, usually from community pathology services, with the final pathology report from certified pathology service. **Methods:** A retrospective analysis of patients in an institution with final diagnosis of metaplastic breast cancer (MBC) was conducted from January 2008 to January 2014. **Results:** There were 18 female patients diagnosed with MBC. Median age was 49.8 years old; 52.9% of the patients had a tumor size less than 3.0 cm; 72.2% had no axillary lymphadenopathy at diagnosis. None of them had distant metastases at presentation. Initial diagnosis of invasive ductal carcinoma (IDC) occurred in 60% of patients. Eighty percent of patients were treated with neo-adjuvant chemotherapy and presented progression. Only one case with diagnosis of MBC prior to therapy was submitted to neo-adjuvant chemotherapy with a platinum-based regimen and presented clinical response. **Conclusion:** Due to the triple-negative histopathology features, MBC might have been underdiagnosed in community pathology services. In cases of non-response or progression of the disease regarding the traditional treatment, MBC diagnosis should be considered and the medical report must be reviewed.

Trabalho realizado no Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes da Real e Benemerita Instituição Portuguesa de Beneficência, São Paulo (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Residente de Oncologia Clínica do Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes da Real e Benemerita Instituição Portuguesa de Beneficência – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Oncologista Clínica Assistente do Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes da Real e Benemerita Instituição Portuguesa de Beneficência – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Oncologista Clínico Titular do Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes da Real e Benemerita Instituição Portuguesa de Beneficência – São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 28/09/2014. Aceito em: 01/10/2014

## Introdução

Carcinomas mamários metaplásicos são muito raros e representam menos de 1% de todos os carcinomas invasivos da mama. A idade média ao diagnóstico é de 47 anos<sup>1</sup>, e mais de 50% das pacientes desenvolvem doença metastática em 5 anos do diagnóstico<sup>2</sup>. A maioria dos casos se manifesta clinicamente com uma massa palpável de crescimento rápido, sem necessariamente ter envolvimento de gânglios linfáticos, uma vez que a metástase para os linfonodos axilares é incomum, com uma incidência que varia de 6 a 25%<sup>3</sup>.

Radiologicamente, a apresentação do carcinoma metaplásico é semelhante à do carcinoma ductal invasivo (CDI). Histologicamente, porém, apresenta algumas diferenças, sendo um tumor heterogêneo contendo células de carcinoma ductal entremeadas com áreas fusiformes, além de elementos escamosos, condroides ou adenoescamosos, provavelmente devido à sua origem mioepitelial<sup>4</sup>.

A imunoistoquímica (IH) evidencia reatividade para a queratina, antígeno da membrana epitelial (EMA), proteína S-100, sendo geralmente negativa para receptores de estrogênio (RE) e de progesterona (RP)<sup>5</sup>. Rosen et al. observaram que a não reatividade aos RE e aos RP decorre da ausência de componentes glandulares nesses tumores. Aproximadamente 70 a 80% dos carcinomas metaplásicos expressam o receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR). Assim, algumas pacientes podem se beneficiar de novas terapias com inibidores de tirosina quinase anti-EGFR<sup>6</sup>.

Como fatores de mau prognóstico, podem-se citar: tumores volumosos, metástase linfonodal, tumores pouco diferenciados, celularidade difusa da matriz estromal e metaplasia cartilaginosa atípica<sup>3,6</sup>. O tratamento cirúrgico é indicado (mastectomia ou cirurgia conservadora da mama), mas não parece interferir com a sobrevida livre de doença ou sobrevida global, como descrito por Tseng e Martinez<sup>7</sup>.

Apesar do menor acometimento de linfonodos axilares no carcinoma metaplásico, o risco de doença metastática é maior. Isso ratifica o conceito de que o câncer de mama metaplásico (CMM) é um tumor agressivo com um alto risco de recorrência após o tratamento inicial. Em geral, radioterapia e quimioterapia têm eficácia limitada no tratamento da doença metastática. Atualmente, não existe padronização de agentes quimioterapêuticos no tratamento de carcinoma metaplásico<sup>8</sup>.

Embora a experiência com tratamento sistêmico para o câncer metaplásico seja limitada, aparentemente ele apresenta menor sensibilidade ao tratamento com regimes convencionais utilizados para os carcinomas ductais de mama. Assim, a quimioterapia neoadjuvante convencional parece ser ineficaz na redução da carga tumoral e da progressão de doença<sup>9</sup>. Recentemente, Tanabe et al.<sup>10</sup> também reportaram maiores taxas de progressão de doença para pacientes com tumores metaplásicos durante quimioterapia neoadjuvante com esquema de tratamento utilizando

antraciclina e taxanos em dose densa<sup>10</sup>. A eficácia na doença metastática também é limitada, como ilustrado no estudo de Cardoso et al.<sup>1</sup>, onde a taxa de resposta foi de 16,7% nesse grupo de pacientes. Chen et al. relataram uma taxa de progressão de 83% em pacientes que receberam quimioterapia neoadjuvante, com resposta parcial em apenas 17,6% com o uso de taxanos<sup>11</sup>.

Portanto, não é incomum observar pacientes com diagnóstico inicial de carcinoma ductal de mama triplo-negativo apresentando pouca resposta à quimioterapia neoadjuvante, com divergência nas análises da patologia quando o material da biópsia é revisado, sugerindo tratar-se, na verdade, de um carcinoma metaplásico.

O presente estudo avaliou retrospectivamente os casos de carcinomas metaplásicos de mama, comparando o diagnóstico patológico inicial de serviços de patologia geral com os resultados de revisão anatomopatológica de laboratórios com maior experiência em oncologia mamária.

## Pacientes e métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, uni-institucional, realizado por meio da revisão dos prontuários médicos eletrônicos de pacientes atendidas no Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes, Beneficência Portuguesa de São Paulo. Foram incluídas no estudo pacientes portadoras de câncer de mama, com resultado anatomopatológico confirmando o diagnóstico de carcinoma metaplásico, atendidas entre janeiro de 2008 e janeiro de 2014.

Os carcinomas metaplásicos dessa série apresentaram pelo menos 50% de elementos heterólogos na amostra da ressecção (tumorectomia ou mastectomia), incluindo componente sarcomatoide, ósseo, escamoso, condroide e carcinosarcoma.

O painel padrão de IH utilizado para definir os subtipos moleculares incluiu RE, RP, receptor do fator de crescimento epidérmico humano (HER-2), citoqueratina 5/6 e EGFR.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Real e Benemerita Instituição Portuguesa de Beneficência em São Paulo.

## Resultados

Identificamos 18 pacientes com diagnóstico de CMM (Tabela 1). As pacientes tinham uma idade mediana de 49,8 anos (27 a 79 anos), sendo 44% com idade superior a 50 anos. Aproximadamente 53,3% das pacientes encontravam-se na pré-menopausa ao diagnóstico e 47% eram nulíparas, com média de um filho por mulher (0 a 4 filhos).

Com relação às características do tumor no momento do diagnóstico, 52,9% tinham um tamanho inferior a 3,0 cm, 10% entre 3,1 e 6,0 cm e 16% tinham tamanho superior a 6,0 cm. A maioria das pacientes não apresentava envolvimento linfonodal

axilar à apresentação (72,2%) e apenas uma paciente possuía acometimento de 4 linfonodos. Nenhuma paciente apresentou metástase a distância ao diagnóstico. Todas tinham características IH de triplo-negativo, sendo que, em 11 pacientes (61%), o diagnóstico inicial era de CDI (classificação atual: de tipo não especial) triplo-negativo.

De 18 pacientes, 14 foram submetidas a algum tratamento cirúrgico. Realizou-se quadrantectomia em seis pacientes, com dissecação axilar em apenas uma delas. Além disso, oito pacientes foram submetidas a mastectomia radical modificada, sendo que, em 6, associou-se a dissecação axilar.

Quinze pacientes foram submetidas a quimioterapia: 6 (40%) em caráter neoadjuvante e 9 no tratamento adjuvante. Uma paciente não realizou tratamento sistêmico porque apresentava doença em estadio inicial, e duas pacientes não continham dados adequados para análise nos seus registros de quimioterapia por terem realizado tratamento fora de nossa instituição.

A radioterapia foi realizada em 50% dos casos, sendo 40% nos submetidos a terapia adjuvante e em todas as pacientes submetidas a tratamento neoadjuvante.

**Tabela 1.** Características das pacientes

Idade (média)	27–79 anos (49,8)
Tamanho do tumor (cm)	0,6–12
Tamanho do tumor (cm)	
<1	1
1–2	4
2–3	1
3–4	4
>4	5
NA	3
Linfonodos	
Negativo	13
Positivo	5
Estadio	
I	5
II	8
III	5
Cirurgia	
Lumpectomia	8
Mastectomia	7
NA	2
Patologia prévia com carcinoma ductal invasivo	11
Quimioterapia	
Neoadjuvante	6
Adjuvante	10
NA	2
Radioterapia	
Sim	9
Não	1
NA	7

NA: não avaliado.

Como regime inicial de quimioterapia, o esquema com taxano foi realizado em combinação com outros agentes: antraciclina em oito pacientes (três no tratamento neoadjuvante e cinco no adjuvante); carboplatina em duas pacientes; em um caso, a paciente recebeu inicialmente doxorubicina neoadjuvante com progressão de doença e, após revisão anatomopatológica que constatou tratar-se de CMM, recebeu carboplatina com taxano adjuvante. Outros esquemas utilizados foram: carboplatina e paclitaxel em 6%, como tratamento neoadjuvante; 5-fluorouracil, doxorubicina e ciclofosfamida (FAC) em 2 pacientes (13,3%); e docetaxel e ciclofosfamida (TC) em 6%, em regime adjuvante. Em um caso, iniciou-se antraciclina neoadjuvante, mas a paciente apresentou progressão de doença, tendo, então, recebido docetaxel, carboplatina e trastuzumabe adjuvantes.

Em 80% dos casos de terapia neoadjuvante, houve progressão de doença (Tabela 2). Em apenas um caso, obteve-se resposta clínica completa, sendo que esse era o único caso que apresentava diagnóstico revisado de carcinoma metaplásico antes de iniciar a quimioterapia, a qual incluiu um agente platinante (carboplatina).

O tempo médio para recidiva foi de 16 meses (4 a 36 meses). Em 60% dos casos submetidos a quimioterapia, o esquema foi de taxano e antraciclina. Os sítios mais comuns de metástases foram os linfonodos (axilar, subclávia e carinal), seguidos de plastrão e ossos. Em 40% dos casos, a quimioterapia de resgate incluiu cisplatina associada a gencitabina ou combinação de gencitabina com taxano.

A revisão da patologia foi discordante em 60% dos casos, sendo 45% dos pacientes na terapia neoadjuvante. Todas essas pacientes não apresentavam reatividade na IH para RE, RP e para proteína HER-2.

## Discussão

O CMM é caracterizado como um tumor de comportamento agressivo, uma vez que corresponde a um grupo heterogêneo, consistindo de adenocarcinoma com padrões de diferenciação escamosa, células fusiformes e/ou mesenquimais. São classificados de acordo com o fenótipo de apresentação, conforme Wargotz e Norris: escamosos, células fusiformes, produtores de matriz e carcinossarcoma adenoescamoso<sup>12</sup>. Em análise

**Tabela 2.** Pacientes que receberam terapia neoadjuvante

Paciente com diagnóstico inicial - CDI TN	n=6
Resposta completa*	1
Progressão ou não resposta**	5

\*Com adição de carboplatina ao paclitaxel semanal; \*\*com quimioterapia baseada em antracíclico e taxano.

CDI TN: carcinoma ductal invasivo triplo negativo.

multivariada, carcinossarcoma está associado a pior sobrevida global (HR: 1,52; IC95% 1,13–2,04,  $p=0,005$ ) e sobrevida doença-específica (HR: 1,63; IC95% 1,16–2,31,  $p=0,005$ ), o que reflete a diferença biológica entre os elementos não epiteliais sarcomatosos encontrados nos carcinossarcomas em comparação com os componentes não epiteliais de outras variantes histológicas<sup>9,6</sup>.

Essas variações na histologia determinam um alto risco de recorrência após o tratamento inicial, porque podem determinar resistência à quimioterapia padrão, resultando em pior sobrevida<sup>9</sup>. A maioria dos tumores metaplásicos não apresenta expressão por IH dos receptores hormonais e HER-2, com um comportamento biológico pior do que os carcinomas ductais com expressão de receptores hormonais ou mesmo os carcinomas triplo-negativos<sup>6,13</sup>.

Sabe-se que o resultado anatomopatológico é de extrema importância para o oncologista e serve como base para definir a terapia. Encontramos uma diferença de resultados na ordem de 60% entre a patologia inicial, reportando tratar-se inicialmente de CDI triplo-negativo, e a patologia do centro de referência. Apesar de a literatura sobre esse problema ser escassa, um estudo publicado no *MD Anderson Cancer Center* mostrou uma discrepância de 25% entre as patologias, sendo que, em 6,2%, a mudança no diagnóstico poderia afetar o tratamento da paciente<sup>14</sup>.

A porcentagem de pacientes com acometimento linfonodal é consistente com a literatura. De acordo Pezzi et al.<sup>15</sup>, envolvimento linfonodal estava presente em 22% dos casos, como demonstrado por Tseng e Martinez<sup>6</sup> e não houve diferença com dissecação linfonodal ou biópsia do linfonodo sentinela em pacientes com carcinoma metaplásico em comparação com aqueles com CDI<sup>9,16</sup>.

Com relação ao tratamento, a maioria dos pacientes foi submetida à mastectomia radical com dissecação axilar. De acordo com Tseng e Martinez<sup>6</sup> e Dave et al.<sup>17</sup>, não houve diferença em sobrevida livre de doença ou sobrevida global em relação ao tipo de cirurgia de mama realizada.

Em nosso estudo, todas as pacientes com doença linfonodal metastática foram submetidas à radioterapia adjuvante de mama. A literatura a respeito de radioterapia em carcinoma metaplásico é escassa, porém, de acordo com Tseng et al., radioterapia em mulheres submetidas à mastectomia pode reduzir em 33% o risco de morte por qualquer causa. Contudo, pacientes com tumores menores do que 5,0 cm e menos do que 4 linfonodos axilares acometidos não se beneficiam de tratamento local<sup>6,9</sup>.

O melhor regime de quimioterapia para carcinoma metaplásico não é conhecido, por se tratar de uma doença rara e, muitas vezes, refratária aos regimes padrões. Um estudo mostrou que o carcinoma metaplásico apresenta apenas 10% de taxa de resposta patológica completa, obtida com esquema FAC 20, além de ter uma histologia heterogênea, dificultando a padronização de agentes antineoplásicos<sup>2,8</sup>.

Assim, a quimioterapia para o carcinoma metaplásico ainda é a mesma utilizada para carcinomas ductais, e as baixas taxas de resposta podem ser explicadas pela quimiorresistência, relatada em estudos genéticos, pelos subclones com fenótipos distintos e pela heterogeneidade do tumor<sup>6,16</sup>.

Em nosso estudo, apenas um paciente apresentou resposta completa após a terapia neoadjuvante ao receber esquema com carboplatina e paclitaxel. Um estudo da Clínica Mayo com 27 pacientes tratados durante 20 anos, com 10 diferentes regimes de quimioterapia, também resultou em apenas uma resposta parcial. O esquema utilizado nesse paciente continha platina e, como a maioria dos carcinomas metaplásicos são classificados como tumores *basal-like*, possivelmente a resposta desse paciente foi devido ao sinergismo dos taxanos com platinantes<sup>6</sup>.

Uma estratégia a ser realizada é a utilização de quimioterapia específica para o componente não epitelial do carcinoma metaplásico, tal como ifosfamida para o componente de carcinossarcoma, assim como foi realizado em uma paciente do nosso estudo<sup>18</sup>.

## Conclusão

O CMM é uma entidade pouco conhecida e estudada, provavelmente devido à escassa quantidade de casos diagnosticados ou aos casos erroneamente interpretados como carcinoma ductal triplo-negativo. Este estudo, apesar de conter um pequeno número de pacientes, demonstrou a importância da confirmação do diagnóstico por um laboratório de patologia central de referência, a fim de se utilizar um esquema de quimioterapia sistêmica que proporcione maior taxa de resposta, menos recorrência e maior chance de sobrevida.

## Referências

1. Cardoso F, Bedard PL, Winer EP, Pagani O, Senkus-Konefka E, Fallowfield LJ, Kyriakides S, Costa A, Cufer T, Albain KS; ESO-MBC Task Force. International guidelines for management of metastatic breast cancer: combination vs sequential single-agent chemotherapy. *J Natl Cancer Inst.* 2009;101(17):1174-81.
2. Amini A, Kakkis J, Reitherman R, Ibarra J, Sanati H. Near-complete pathological response with preoperative chemotherapy in a patient with metaplastic breast carcinoma. *Anticancer Drugs.* 2013;24(7):765-8.
3. Bhosale SJ, Kshirsagar AY, Sulhyan SR, Sulhyan SR, Jagtap SV. Matrix-producing metaplastic breast carcinoma – a rare malignancy. *Am J Case Rep.* 2013;14:213-5.
4. Esbah O, Turkoz FP, Turker I, Durnali A, Ekinci AS, Bal O, et al. Metaplastic breast carcinoma: case series and review of the literature. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(9):4645-9.
5. Catroppo JF, Lara JF. Metastatic metaplastic carcinoma of the breast (MCB): an uncharacteristic pattern of presentation with clinicopathologic correlation. *Diagn Cytopathol.* 2001;25(5):285-91.

6. Rayson D, Adjei AA, Suman VJ, Wold LE, Ingle JN. Metaplastic breast cancer: prognosis and response to systemic therapy. *Ann Oncol.* 1999;10(4):413-9.
7. Tseng WH, Martinez SR. Metaplastic breast cancer: to radiate or not to radiate? *Ann Surg Oncol.* 2011;18(1):94-103.
8. Yilmaz KB, Pak I, Irkkan C, Ozaslan C, Atalay C. Metaplastic carcinoma of the breast: clinicopathological features and immunohistochemical analysis. *J BUON.* 2011;16(4):652-6.
9. Shah DR, Tseng WH, Martinez SR. Treatment options for metaplastic breast cancer. *ISRN Oncol.* 2012;2012:706162.
10. Tanabe Y, Tsuda H, Yoshida M, Kinoshita T, Kodaira M, Yunokawa M, et al. Histopathologic and immunohistochemical findings in triple-negative breast cancers showing clinical progressive disease during neoadjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol.* 2014;32:5s.
11. Chen IC, Lin CH, Huang CS, Lien HC, Hsu C, Kuo WH, et al. Lack of efficacy to systemic chemotherapy for treatment of metaplastic carcinoma of the breast in the modern era. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;130(1):345-51.
12. Wargotz ES, Norris HJ. Metaplastic carcinomas of the breast. I. Matrix-producing carcinoma. *Hum Pathol.* 1989;20(7):628-35.
13. Jung SY, Kim HY, Nam BH, Min SY, Lee SJ, Park C, et al. Worse prognosis of metaplastic breast cancer patients than other patients with triple-negative breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2010;120(3):627-37.
14. Middleton LP, Feeley TW, Albright HW, Walters R, Hamilton SH. Second-opinion pathologic review is a patient safety mechanism that helps reduce error and decrease waste. *J Oncol Pract.* 2014;10(4):275-80.
15. Pezzi CM, Patel-Parekh L, Cole K, Franko J, Klimberg VS, Bland K. Characteristics and treatment of metaplastic breast cancer: analysis of 892 cases from the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol.* 2007;14(1):166-73.
16. Beatty JD, Atwood M, Tickman R, Reiner M. Metaplastic breast cancer: clinical significance. *Am J Surg.* 2006;191(5):657-64.
17. Dave G, Cosmatos H, Do T, Lodin K, Varshney D. Metaplastic carcinoma of the breast: a retrospective review. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006;64(3):771-5.
18. Brown-Glaberman U, Graham A, Stopeck A. A case of metaplastic carcinoma of the breast responsive to chemotherapy with Ifosfamide and Etoposide: improved antitumor response by targeting sarcomatous features. *Breast J.* 2010;16(6):663-5.

# Expressão de receptores de estrogênio, progesterona e Ki-67 em transexuais feminino para masculino em uso de androgênios

*Estrogen, progesterone and Ki-67 receptors expression in female to male transgender patients undergoing androgen therapy*

Ana Clara Araújo Costa<sup>2</sup>, Aline Regina Nunes<sup>1</sup>, Rosemar Macedo de Souza Rahal<sup>2</sup>, Mariluz Terra Silveira<sup>1</sup>, Marise Amaral Rebouças Moreira<sup>3</sup>, Denis Masashi Sugita<sup>3</sup>, Ruffo Freitas-Junior<sup>2</sup>

## Descritores

Transexuais  
Marcadores biológicos  
Androgênios

## RESUMO

**Introdução:** Os homens transexuais (TX) fazem uso de androgênios por uso prolongado, eventualmente, de forma indiscriminada. Sabe-se que os androgênios endógenos têm efeito inibitório no tecido mamário, enquanto a testosterona exógena pode exercer efeito indireto na mama ao ser convertida em estrogênio pela aromatização, colaborando, assim, para aumentar o risco de câncer de mama. **Objetivos:** Avaliar a expressão dos receptores de estrogênio, progesterona e Ki-67 no tecido mamário de transexuais feminino para masculino, mulheres biológicas e homens com ginecomastia. **Material:** Estudo de série de casos que incluiu 17 pacientes, sendo 5 transexuais submetidos à adenomastectomia, que fazem acompanhamento no Ambulatório de Transexualismo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), 4 mulheres que realizaram mamoplastia redutora e 8 homens biológicos submetidos à cirurgia para correção de ginecomastia. Os espécimes cirúrgicos foram avaliados por imuno-histoquímica. **Resultados:** Os transexuais apresentaram menor taxa de reatividade dos receptores de estrogênio e progesterona, quando comparados com mulheres e homens biológicos, e todos os pacientes em uso de androgênio tiveram expressão do Ki-67  $\leq 1\%$ . A maior taxa de expressão do Ki-67 encontrada foi de 4,18% em homem com ginecomastia. **Conclusão:** A reatividade dos receptores de estrogênio e progesterona é menor nos pacientes transexuais feminino para masculino que fizeram uso de androgênios do que em mulheres e homens biológicos. A taxa de expressão do Ki-67 também é menor nos transexuais.

## ABSTRACT

**Introduction:** The female to male transsexual patients use androgens for a prolonged period and often without any medical supervision. Endogenous androgens have inhibitory effects on breast tissue, while exogenous testosterone may exert an indirect effect on the breast because of its aromatization into estrogen and it may even increase the risk of breast cancer. The Ki-67 is one of the most used antibodies for evaluation of cell proliferation. **Objectives:** Evaluate the expression of estrogen and progesterone receptors and Ki-67 expression in breast tissue of female to male transsexuals, biological women and men with gynecomastia. **Methods:** The study consists of a case series of 17 patients, 5 transgender submitted to adenomastectomy as part of their treatment at the Service to Transgenders provided by the

## Keywords

Transgendered persons  
Biological markers  
Androgens

Trabalho conduzido no Serviço de Transexualidade, no Programa de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, e no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>1</sup>Serviço de Transexualidade no Programa de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

<sup>3</sup>Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da UFG – Goiânia (GO), Brasil.

Endereço para correspondência: Ruffo Freitas-Junior – Programa de Mastologia do Hospital das Clínicas (UFG) – 1ª Avenida, s/n – Setor Leste Universitário – CEP: 74605070 – Goiânia (GO), Brasil – E-mail: ruffojr@terra.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 25/01/2015. Aceito em: 27/01/2015



*“Hospital das Clínicas” of the Federal University of Goiás, 4 women who underwent breast reduction and 8 biological men that underwent surgery for gynecomastia. All surgical specimens were evaluated by immunohistochemistry. Results: The transsexuals had a lower rate of expression of estrogen and progesterone receptors compared with biological men and women, and in all patients using androgen the expression of Ki-67 was  $\leq 1\%$ . The highest rate of expression of Ki-67 was 4.18% in a man with gynecomastia. Conclusion: The expression of estrogen and progesterone receptor is lower in female to male transsexual patients who used androgens in relation to biological men and women. The rate of expression of Ki-67 is also lower in transsexuals.*

## Introdução

O transexualismo é conceituado como uma condição na qual uma pessoa com diferenciação somática de um gênero está convencida de que ele ou ela é membro do sexo oposto<sup>1</sup>. Tal convicção é acompanhada por um desejo irresistível de viver no outro gênero, o que requer adaptações hormonais, legais, psicossociais e anatômicas<sup>2</sup>, sendo que as alterações anatômicas objetivando a aquisição das características sexuais secundárias do outro gênero são essenciais no processo de redesignação sexual<sup>3</sup>.

Em estudo com transexuais masculino para feminino evidenciou-se que o núcleo do leito da estria terminal, que corresponde à área de diferenciação sexual do cérebro, segue um padrão feminino<sup>4,5</sup>, sugerindo, dessa forma, uma condição de desordem intersexo, em que a diferenciação sexual do cérebro não é consistente com o padrão cromossômico, assim como com o sexo gonadal<sup>6</sup>.

O diagnóstico de transexualismo foi introduzido no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-III), em 1980, para os indivíduos com gênero disfórico que demonstrassem durante, pelo menos, dois anos um interesse contínuo em transformar o sexo do seu corpo e o *status* do seu gênero social<sup>7</sup>. Sua incidência é de 1:11.900 homens e de 1:30.400 mulheres<sup>8</sup>.

O transexualismo é um tema ainda pouco estudado e por isso permanecem vários questionamentos em aberto na literatura. No Brasil, são poucos os serviços especializados. Em estudo avaliando serviços de saúde que fornecem atendimento aos transexuais no país foram identificados dez centros especializados, sendo que somente quatro eram credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) como Centros de Referência para o atendimento interdisciplinar a usuários transexuais e recebiam recursos para realização de procedimentos cirúrgicos<sup>9</sup>. Consequentemente, grande parte desses indivíduos chega a um serviço de redesignação sexual já em uso prolongado e indiscriminado de hormônios sexuais. Ressaltando que pouco se sabe sobre os efeitos colaterais e as consequências em médio e longo prazo de tal prática.

A ação dos hormônios esteroides sobre o tecido mamário está bem estabelecida. Sabe-se que o estrogênio e a progesterona atuam na promoção do crescimento e desenvolvimento mamário assim como o androgênio endógeno tem efeito inibitório.

Mulheres transexuais castradas submetidas à terapia estrogênica exibem histologia mamária feminina, ou seja, desenvolvimento lobular e acinar completo<sup>10</sup>.

Além disso, há uma grande quantidade de estudos que mostram que a terapia hormonal com estrogênio e progesterona tem papel importante na iniciação, promoção e progressão do câncer de mama<sup>11-13</sup>.

Já os androgênios têm importantes efeitos fisiológicos nas mulheres não só por serem precursores na produção de estrogênios, mas também porque agem diretamente por meio dos receptores de andrógenos em diferentes tecidos<sup>14</sup>. No tecido mamário a testosterona exógena pode exercer tanto efeito direto, pela ação mediada pelos receptores de androgênios, como indireto, ao ser convertida em estrógenos, podendo, com isso, aumentar o risco de câncer de mama<sup>15</sup>.

A ação desses hormônios sabidamente se dá pela ligação aos receptores hormonais, os quais podem ser dosados pela imunohistoquímica. Os receptores de estrogênio  $\alpha$  e  $\beta$ , progesterona e androgênios estão presentes tanto no tecido mamário normal como em linhagens de células do câncer de mama, exercendo papel importante na evolução dessa neoplasia<sup>16,17</sup>.

Os ensaios de imunohistoquímica também se aplicam na dosagem do Ki-67, que consiste em um anticorpo utilizado na avaliação da proliferação celular. O Ki-67 reage com uma proteína (antígeno) localizada no núcleo, presente em todas as fases ativas do ciclo celular, ou seja, G1, S, G2 e M, mas ausente na fase G0. Além disso, ele tem meia-vida muito curta, de uma hora ou até menos após a mitose<sup>18</sup>, o que garante que células que já saíram do ciclo não apresentem o antígeno, e sua marcação resulta numa avaliação bastante aproximada da fração de crescimento de uma população celular<sup>19</sup>. Tem aplicabilidade clínica como fator prognóstico na proliferação celular do carcinoma de mama<sup>20</sup>.

Apesar da riqueza de conhecimento sobre o tecido mamário feminino, são escassos os dados da literatura sobre o tecido mamário de indivíduos transexuais feminino para masculino, ou seja, homens transexuais (TX), submetidos à terapia hormonal. Considerando esse aspecto, conduziu-se o presente estudo com o objetivo de quantificar a expressão de receptores de estrogênio e progesterona, bem como a taxa de proliferação celular

pela expressão do Ki-67 nos pacientes transexuais masculinos em uso de terapia hormonal com androgênios, comparando-os com os dados do tecido mamário de homens com ginecomastia e mulheres submetidas à mamoplastia redutora.

## Pacientes e Métodos

Trata-se de um estudo de série de casos conduzido no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e no Departamento Patologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), Goiânia, Brasil, para o qual coletou-se material histológico oriundo de espécime cirúrgico de tecido mamário de 17 pacientes.

Analisou-se tecido mamário de cinco TX submetidos à adenomastectomia. No programa TX-HC-UFG seis pacientes foram submetidos à cirurgia para redesignação sexual; no entanto, um foi excluído pois a adenomastectomia realizada foi por lipoaspiração, não havendo tecido para estudo. Todos esses pacientes fizeram uso de androgênios por um período mínimo de um ano antes de serem submetidos à adenomastectomia. O androgênio prescrito foi Durateston® na dose de uma ampola intramuscular de 21 em 21 dias. Cada ampola de Durateston® contém: Propionato de testosterona 30 mg, Fenilpropionato de testosterona 60 mg, Isocaproato de testosterona 60 mg e Decanoato de testosterona 100 mg.

De forma aleatória foi selecionado material oriundo de mamoplastia de quatro mulheres que realizaram mamoplastia redutora e de oito homens submetidos à cirurgia para correção de ginecomastia.

Os espécimes cirúrgicos foram submetidos à avaliação imunohistoquímica no que diz respeito a receptores de estrogênio, progesterona e Ki-67. Foram utilizados anticorpos primários monoclonais de camundongo antirreceptores de estrogênio da marca Novocastra®, clone 6F11, na diluição de 1:500. Para análise dos receptores para progesterona, foi empregado o kit de detecção à base de polímeros Mach1 HPR-Polímero Kit® (Biocare Medical, EUA), utilizando-se para imunodeteção anticorpo primário dirigido ao receptor de progesterona (RP), marca Novocastra®, clone 16, na diluição de 1:500. Na avaliação do Ki-67 foi utilizado anticorpo primário monoclonal de camundongo da marca Novocastra®, clone MM1, na diluição de 1:400. A recuperação antigênica das reações do estrógeno e do Ki-67 deu-se por calor por meio de *Electric Pressure Cooker*, segundo o kit *MACH 1 Universal HRP-Polymer Detection*, da marca Biocare Medical® e da progesterona; os cortes foram submetidos à incubação com o reagente pós-primário e com os anticorpos secundários polimerizados, respectivamente, *Mach1 Probe®* e *Mach1 Polímero-HRP Universal®* (Biocare Medical, EUA). A revelação da reação foi feita com o cromógeno tetra-hidroclorato de 3-3' diaminobenzidina (DAB).

No estudo das lâminas foram contadas 200 células em cada, identificadas as células positivas e calculada a porcentagem de positividade dos receptores de estrogênio e de Ki-67. Para avaliação dos receptores de progesterona, em cada caso, contou-se 40 núcleos em cada 10 campos de grande aumento (objetiva de 40x), totalizando 400 núcleos. Obtinha-se então a porcentagem de núcleos positivos nas amostras e a reatividade para progesterona classificada como negativa ou positiva.

A positividade dos receptores de estrogênio e progesterona foi graduada em forte, moderada e fraca de acordo com a intensidade de coloração.

## Resultados

A média de idade entre TX, mulheres biológicas e homens com ginecomastia foi, respectivamente, de 29,6, 37,1 e 32,6 anos.

A intensidade da expressão dos receptores para estrogênio variou de 13,2 a 44%, 11 a 36% e <1 a 72,4%, respectivamente, nos pacientes transexuais, mulheres biológicas e homens com ginecomastia (Tabela 1).

A reatividade dos receptores de estrogênio foi fraca, moderada e forte, respectivamente, em 25, 12,5 e 62,5% dos casos de homens com ginecomastia. Nas mulheres biológicas a reatividade foi forte em todos os casos; nos transexuais a reatividade foi fraca em 60%, moderada em 20% e forte em 20% dos casos (Gráfico 1).

Em relação aos receptores de progesterona, a intensidade da expressão variou de 17,5 a 36%, 11 a 36,25% e 26,25 a 46,25%, respectivamente, em TX, mulheres e homens com ginecomastia (Tabela 2).

Na avaliação dos receptores de progesterona nos pacientes transexuais a reatividade foi fraca em 40%, moderada em 40% e forte em 20% dos casos. Nas mulheres a reatividade foi fraca,

**Tabela 1.** Intensidade da expressão dos receptores de estrogênio por grupo

Intensidade da expressão RE (%)	Grupo T	Grupo M	Grupo G
0-10	0	0	1 (12,5%)
10,1-20	2 (50%)	1 (25%)	0
20,1-30	1 (25%)	0	1 (12,5%)
30,1-40	0	3 (75%)	2 (25%)
40,1-50	1 (25%)	0	0
50,1-60	0	0	1 (12,5%)
60,1-70	0	0	2 (25%)
70,1-80	0	0	1 (12,5%)
Total	4 (100%)	4 (100%)	8 (100%)

T: transexuais masculinos; M: mulheres; G: homens com ginecomastia; RE: receptor estrogênio.

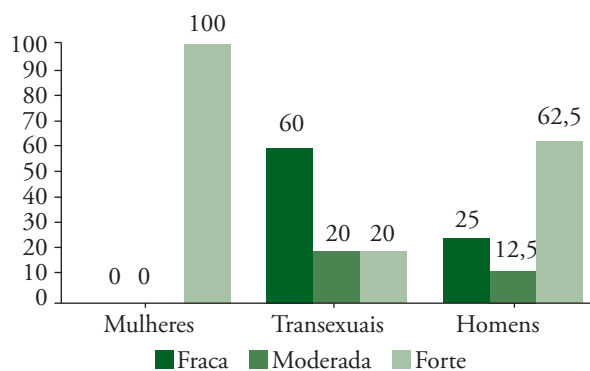


Gráfico 1. Reatividade dos receptores de estrogênio de acordo com o grupo

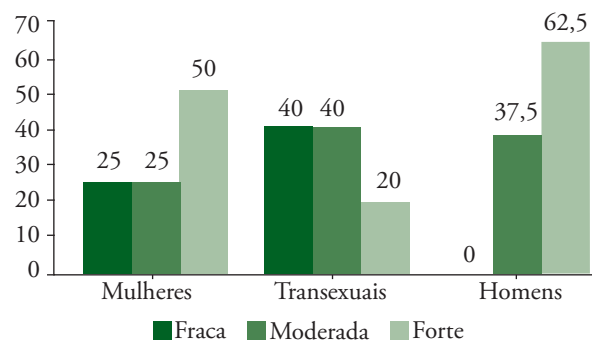


Gráfico 2. Reatividade dos receptores de progesterona de acordo com o grupo

Tabela 2. Intensidade da expressão dos receptores de progesterona por grupo

Intensidade da expressão RP (%)	Grupo T	Grupo M	Grupo G
0-10	0	0	0
10,1-20	2	2	0
20,1-30	1	1	2
30,1-40	1	1	2
40,1-50	0	0	2
50,1-60	0	0	2
Total	4 (100%)	4 (100%)	8 (100%)

T: transexuais masculinos; M: mulheres; G: homens com ginecomastia; RP: receptor progesterona.

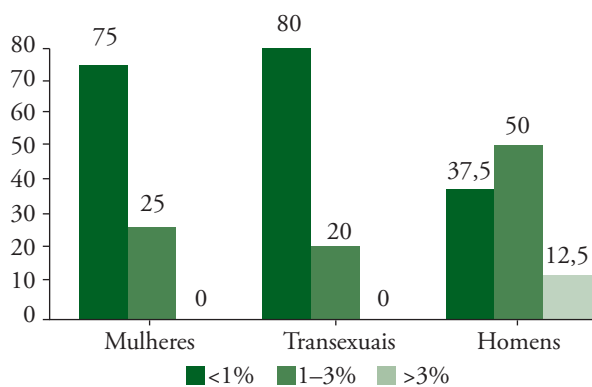


Gráfico 3. Expressão do Ki-67 de acordo com o grupo

moderada e forte em 25, 25 e 50% dos casos, respectivamente. Já nos homens biológicos os índices foram de reatividade moderada em 37,5% e forte em 62,5% dos casos (Gráfico 2).

Ao avaliar os índices do Ki-67 foram verificados índices de proliferação de <1 a 2% nas mulheres, de <1 a 4,18% nos homens com ginecomastia e nos transexuais o maior índice foi de 1% (Gráfico 3).

## Discussão

Poucos são os dados disponíveis na literatura avaliando os efeitos do uso dos androgênios no tecido mamário; com esta pesquisa foi possível obter informações sobre os achados imuno-histoquímicos dos espécimes cirúrgicos de adenomastectomia de TX em uso de terapia androgênica.

No presente estudo evidenciou-se menor reatividade dos receptores de estrogênio e progesterona em TX que fizeram uso de terapia com androgênios, quando comparados às mulheres biológicas e aos homens com ginecomastia. Esses dados são condizentes com estudo de Burgess e Shousha<sup>21</sup> que comparou a taxa de receptores de estrogênio e progesterona em TX, mulheres biológicas e homens com ginecomastia e evidenciou

maior expressão dos receptores de estrogênio e progesterona nos pacientes com ginecomastia, mas não foi significativa a diferença da expressão dos receptores no tecido mamário dos TX e das mulheres. Devido à pequena amostragem de pacientes disponível para análise e também pelo curto período de observação não foi possível concluir se essa redução da reatividade dos receptores hormonais implicará na redução ou no aumento da incidência do câncer de mama nesses pacientes. Na literatura existe relato de câncer de mama em um homem transexual com adenectomia bilateral após 10 anos de tratamento com testosterona<sup>22</sup>.

Na mama normal o Ki-67 é pobremente expressado, sendo relatadas expressões abaixo de 3% em mamas não patológicas e no tecido mamário circunjacente a um fibroadenoma<sup>23</sup>, o que condiz com os dados encontrados no estudo, em que a expressão do Ki-67 variou de <1 a 4,18%, sendo o maior valor de proliferação encontrado em paciente com ginecomastia, e embora os valores de expressão do Ki-67 tenham sido menores nos TX, eles são bem próximos dos valores encontrados nas mamas não patológicas das mulheres submetidas à mamoplastia redutora.

No presente estudo não foi possível estabelecer se o uso de androgênios altera de forma significativa a expressão dos receptores hormonais e a proliferação celular na mama nos pacientes

transexuais, devido ao pequeno número de pacientes disponíveis para análise. Contudo, o trabalho mostrou modificações no tecido mamário dos pacientes transexuais, despertando a atenção para linhas de pesquisas que possam compreender as modificações imuno-histoquímicas e as implicações clínicas que a terapia hormonal em longo prazo com andrógenos podem acarretar no tecido mamário de indivíduos transexuais. Este trabalho também suportou, em parte, os achados de que mesmo a utilização dos esteroides sexuais não parece aumentar o risco para câncer de mama em longo prazo em transexuais<sup>24</sup>.

## Conclusão

A terapia hormonal com uso de androgênios levou à redução da reatividade dos receptores hormonais para estrogênio e progesterona, bem como da taxa de proliferação celular avaliada por meio do Ki-67 no tecido mamário dos pacientes transexuais, quando comparados com mulheres biológicas e homens com ginecomastia.

## Referências

- Hembree WC1, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ 3rd, Spack NP, Tangpricha V, Montori VM; Endocrine Society. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3132-54.
- Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93:19-25.
- Mueller A, Gooren L. Review: Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol.* 2008;159(3):197-202.
- Zhou J-N, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature.* 1995;378:68-70.
- Kruijver FPM, Zhou J-N, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(5):2034-41.
- Gooren L. The biology of human psychosexual differentiation. *Horm Behav.* 2006;50(4):589-601.
- Athayde AVL. Transexualismo Masculino. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001;45(4):407-14.
- Bakker A, Van Kesteren PJ, Gooren LJ, Bezember PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;87:237-8.
- Arán M, Murta D. Transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral. Instituto de Medicina Social da UERJ. Edital MCT – CNPq/MS-SCTIE – Nº 26/2006 [Internet]. [cited 2011 Oct 21]. Available from: [http://pdfc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-deapoio/publicacoes/direitos-sexuais-rereprodutivos/direitoslgbtt/Relatorio\\_Preliminar\\_set\\_20092.pdf](http://pdfc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-deapoio/publicacoes/direitos-sexuais-rereprodutivos/direitoslgbtt/Relatorio_Preliminar_set_20092.pdf)
- Kanhai RC, Hage JJ, Van Diest PJ, Bloemena E, Mulder, JW. Short-term and long-term histologic effects of castration and estrogen treatment on breast tissue of 14 male-to-female transsexuals in comparison with two chemically castrated men. *Am J Surg Pathol.* 2000;24(1):74-80.
- Anothaisintawee T, Wiratkapun C, Lerdsitthichai P, Kasamesup V, Wongwaisayawan S, Srinakaran J, et al. Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Public Health.* 2013;25(5):368-87.
- Thorbjarnardottir T, Olafsdottir EJ, Valdimarsdottir UA, Olafsson O, Tryggvadottir L. Oral contraceptives, hormone replacement therapy and breast cancer risk: a cohort study of 16 928 women 48 years and older. *Acta Oncol.* 2014;53(6):752-8
- Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, Rodabough RJ, Gilligan MA, Cyr MG, Thomson CA, Khandekar J, Petrovitch H, McTiernan A; WHI Investigators.. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative randomized trial. *JAMA.* 2003;289(24):3243-53.
- Simpson E, Rubin G, Clyne C, Robertson K, O'Donnell L, Jones M, et al. The role of local estrogen biosynthesis in males and females. *Trends Endocrinol Metab* 2000;11:184-8.
- Somboonporn W, Davis SR. Testosterone Effects on the Breast: Implications for Testosterone Therapy for Women. *Endocr Rev.* 2004;25(3):374-88.
- Zhou J, NG S, Adesanya-Famuiya O, Anderson K, Bondy CA. Testosterone inhibits estrogen-induced mammary epithelial proliferation and suppresses estrogen receptor expression. *FASEB J.* 2000;14:1725-30.
- Dimitrakakis C, Zhou J, Bondy CA. Androgens and mammary growth and neoplasia. *Fertil Steril.* 2002;77:S26-33.
- Bruno S, Darzynkiewicz Z. Cell cycle dependent expression and stability of the nuclear protein detected by Ki-67 antibody in HL-60 cells. *Cell Prolif.* 1992;25:31-40.
- Marinho LPF, Graudenz M, Recktenvald M, Meirelles RMR, Caleffi M. Expressão dos fatores de proliferação celular PCNA e Ki-67 e receptores de estrogênio e progesterona em tecido mamário normal de mulheres na pós-menopausa submetidas a dois esquemas de terapia de reposição hormonal. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003;47(1):37-48.
- Goodson WH 3rd, Moore DH, Ljung BM, Chew K, Florendo C, Mayall B, et al. The functional relationship between in vivo bromodeoxyuridine labeling index and Ki-67 proliferation index in human breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 1998;49:155-64.
- Burgess HE, Shousha S. An immunohistochemical study of the long-term effects of androgen administration on female-to-male transsexual breast: a comparison with normal female breast and male breast showing gynaecomastia. *J Pathol.* 1993;170(1):37-43.
- Burcombe RJ, Makris A, Pittam M, Finer N. Breast cancer after bilateral subcutaneous mastectomy in a female-to-male transsexual. *Breast.* 2003;12:290-3.
- Urruticoechea A, Smith IE, Dowsett M. Proliferation Marker Ki-67 in Early Breast Cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23(28):7212-20.
- Gooren LJ. Management of female-to-male transgender persons: medical and surgical management, life expectancy. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2014;21(3):233-8.

## RELATO DE CASO

# Tumor filoide maligno de mama bilateral: relato de caso

## *Bilateral malignant phyllodes tumor of breast: a case report*

Guilherme Carvalho Ribeiro Rodrigues<sup>1</sup>, Manoelly Karolina de França<sup>2</sup>, Sarah Campos Valença<sup>3</sup>, Bruno Pacheco Pereira<sup>4</sup>, João Esberard de Vasconcelos Beltrão Neto<sup>5</sup>, Carlos Eduardo Caiado Anunciação<sup>6</sup>, Antônio Simões dos Santos Figueira Filho<sup>7</sup>

### Descritores

Tumor filoide  
Saúde da mulher  
Quimioterapia  
Neoplasias da mama  
Metástase

### Keywords

Phyllodes tumor  
Women's health  
Chemotherapy  
Breast neoplasms  
Metastasis

### RESUMO

O tumor filoide da mama é uma entidade rara, responsável por menos de 1% dos tumores de mama, 2 a 3% dos tumores fibroepiteliais e o sarcoma mais frequente na mama, tendo máxima incidência aos 35–55 anos e acometimento bilateral somente em 3% desses casos. Por conta de sua semelhança macroscópica ao fibroadenoma, exames de imagem são insuficientes para o diagnóstico pré-operatório. O tratamento usual do tumor é a ressecção cirúrgica com margens livres de segurança, se estendendo a mastectomia em casos de tumores borderline, malignos ou recorrentes. O tratamento adjuvante deve ser considerado principalmente nos casos de tumores recorrentes, malignos ou após metástase, entretanto sua efetividade não está comprovada. Este trabalho relata o caso de uma paciente do sexo feminino, 47 anos, encaminhada ao serviço do Hospital Universitário Oswaldo Cruz após tumorectomia em mama direita e diagnóstico anatomopatológico de tumor filoide maligno, sendo realizada mastectomia simples de mama direita. Cerca de um ano e meio de pós-operatório, houve evolução com recidiva local e tumor filoide maligno na mama contralateral, e a paciente foi submetida novamente a tratamento cirúrgico, mas agora seguida por quimio e radioterapia adjuvantes. Após seis meses do tratamento, ela evoluiu com metástases em tórax, abdome e cabeça, seguindo em tratamento paliativo.

### ABSTRACT

*The phyllodes tumor of the breast is a rare entity that accounts for less than 1% of breast tumors, 2 to 3% of fibroepithelial tumors and the most common sarcoma in the breast, with peak of incidence at 35–55 years, and only in 3% of cases there is bilateral. Because of macroscopic similarity to the fibroadenoma, imaging exams are insufficient to preoperative diagnosis. The usual treatment of PT is surgical resection with free safety margins, extending mastectomy in cases of borderline tumors, malignant or recurrent. The adjuvant treatment should be considered in recurrent tumors, malignant or after metastasis, however its effectiveness is unproven. This paper reports the case of a female patient,*

Trabalho realizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>1</sup>Acadêmico de Medicina pela Universidade de Pernambuco; Mestre em Biotecnologia Industrial pela Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Acadêmico de Medicina pela Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil. <sup>3</sup>Médica Residente no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>4</sup>Médico Oncologista Preceptor da Residência Médica de Mastologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>5</sup>PhD em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro–Rio de Janeiro (RJ); Chefe da Residência Médica em Mastologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>6</sup>Médico Mastologista Preceptor da Residência Médica em Mastologia no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>7</sup>PhD em Cirurgia Clínica e Experimental pela Universidade de Pernambuco; Diretor da Faculdade de Ciências Médica na Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Guilherme Carvalho Ribeiro Rodrigues – Rua Henrique Capitulino, 137 – Boa Viagem – CEP: 51111-210 – Recife (PE), Brasil. E-mail: rodrigues.gcr@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 09/12/2014. Aceito em: 28/01/2015

*47 years-old, sent to the service of University Hospital Oswaldo Cruz after lumpectomy in right breast and pathological diagnosis of malignant phyllodes tumor, being held simple mastectomy right breast. About a year and a half after surgery, there was local recurrence and malignant phyllodes tumor in the contralateral breast, and the patient was resubmitted to surgery, but now followed by adjuvant chemotherapy and radiotherapy. After six months of treatment, patient developed metastases in the chest, abdomen and head, following in palliative treatment.*

## Introdução

O tumor filóide (TF) da mama é uma entidade rara, responsável por menos de 1% dos tumores de mama, 2 a 3% dos tumores fibroepiteliais e o sarcoma mais frequente na mama, tendo máxima incidência aos 35–55 anos e acometimento bilateral em somente 3% desses casos<sup>1,2</sup>.

Os TF foram classificados pela Organização Mundial de Saúde em três categorias: benignos, borderlines e malignos, de acordo com o grau de atipia, atividade mitótica, características das margens tumorais e a presença de desenvolvimento estromal. Por ser agressivo localmente e ter alta taxa de recorrência, o tratamento inicial preferível é o cirúrgico. Além disso, o TF é o único tumor benigno da mama capaz de malignizar-se, o que ocorre em até 20% dos casos, desenvolvendo-se como sarcoma de mama. Entretanto, mesmo quando maligno, o TF apresenta baixa taxa de metástase (<20%)<sup>3</sup>.

Este relato de caso disserta sobre o diagnóstico e o tratamento de um tumor filóide maligno de acometimento bilateral em uma mulher saudável de 47 anos, provavelmente o primeiro descrito em literatura.

## Relato de caso

R.M.S., 47 anos, solteira, G2P1A1, nega uso de drogas, comorbidades, alergias e antecedentes familiares de câncer.

Em junho de 2011, após exames de mamografia (MMG) e ultrassonografia (USG), a paciente foi diagnosticada com um nódulo em mama esquerda (0,9 cm) e três nódulos irregulares em mama direita (3,6 cm; 2,3 cm; 2,1 cm) de categoria 3, passando por nodulectomia em mama direita (MD), que confirmou TF maligno por meio do exame anatomopatológico (AP). Por conta desse diagnóstico, a paciente foi encaminhada ao serviço especializado em mastologia oncológica, no Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

Em novembro 2011, após confirmação de TF maligno por meio de teste imunohistoquímico (IHQ) e ausência de sinais de disseminação em USG de abdome total e raio X de tórax, foi realizada mastectomia simples (MS) de MD e pesquisa de linfonodo sentinela (LS). O AP confirmou TF com margem

livres e LS negativo. A paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial sem tratamento adjuvante.

Após um ano de seguimento, foi detectado à MMG massa no quadrante superolateral (1,1–2,0 cm), regular de contornos pouco definidos em ME, sem evidência de linfonodomegalia axilar (BI-RADS 0). A USG de ME demonstrou cisto simples (1,3 cm) às 3h. O exame físico não revelou alterações. A paciente seguiu em acompanhamento semestral.

Em julho de 2013, a paciente relatou tumoração em plastrão direito. A MMG evidenciou imagem nodular densa em quadrante superolateral (QSL) e calcificações de aspecto benigno em mama esquerda (ME) (BI-RADS 0). À USG, foram detectadas presença de um nódulo (1,7 cm) em plastrão direito e três nódulos em QSL de ME (1,1 cm; 1,9 cm; 4,0 cm) com fluxo ao doppler, sendo o maior deles heterogêneo e de contorno irregular, que ao exame físico demonstrou-se endurecido e pouco móvel. A conduta determinada foi biópsia excisional em plastrão direito e *core biopsy* em ME, que confirmaram TF recidivante à direita e TF maligno em ME.

Em agosto de 2013, foi realizada MS+LS em ME e ampliação de plastrão mamário à direita. O AP não detectou neoplasia residual na ampliação doplastrão direito, entretanto a IHQ confirmou TF maligno recidivado. Da axila esquerda foram retirados quatro linfonodos hipertrofiados, o maior medindo 2,2x1,0 cm, todos com ausência de neoplasia metastática. Em ME, o AP evidenciou tumoração nodular abaixo da pele, com características de sarcoma pleomórfico com foco de diferenciação condrossarcomatosa e extensa área de necrose. A IHQ da ME confirmou TF maligno com diferenciação heteróloga lipossarcomatosa.

A paciente foi submetida à tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome que não detectaram presença de disseminação metastática. Após os exames, foram iniciadas quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) adjuvantes, utilizando-se os mesmos esquemas para sarcoma de partes moles, Epirubicina+ Ifosfamida por cinco ciclos.

Cerca de seis meses de seguimento pós-QT, a paciente evoluiu com diversas alterações radiológicas e clínicas sugestivas de implantes metastáticos. Ao exame físico: múltiplos nódulos em plastrão mamário e região axilar bilaterais; ptose e estrabismo divergente à direita. Em TC de tórax: múltiplos nódulos pulmonares, o maior deles cavitado em segmento apical do LID (5,5x3,8 cm); um nódulo intracístico (1,8 cm) no

leito do músculo retromamário; pequenos nódulos em ambos os plastrões mamários. Em TC do abdome: lesões hepáticas expansivas hipodensas em lobo esquerdo; líquido livre na pelve; espondilose lombar e lesão nodular no folheto superior do músculo reto abdominal à direita (2,0x1,4 cm). Em TC de crânio com contraste: espessamento do ventre muscular reto superior à direita (área de 1,2 cm<sup>2</sup>).

Foi dado início ao tratamento quimioterápico, mas sem resposta, o qual foi suspenso, e então iniciada terapia paliativa.

## Discussão

O tumor filóide não apresenta sinais patognomônicos aos exames de imagem, como mamografia e ultrassonografia. No exame mamográfico, é comum a presença de massa volumosa (>5 cm) isodensa no parênquima mamário, circunscrito com a presença ou não de calcificações. Ao ultrassom, usualmente é referido como nódulo sólido, lobulado, com contornos bem definidos, podendo estar ou não associado a componentes císticos<sup>4</sup>.

Por suas características macroscópicas, margens bem delimitadas sem invasão do tecido mamário (benigno), o principal diagnóstico diferencial do tumor filóide se faz com o fibroadenoma (FA), principalmente em jovem e em tumores de menor porte<sup>5</sup>.

Por conta de sua semelhança macroscópica ao FA, a ultrassonografia e a mamografia são consideradas inadequadas para o diagnóstico do TF. Microscopicamente, o TF apresenta hiperplasticidade estromal, tornando a *core biopsy* o exame mais confiável no pré-operatório<sup>6</sup>.

O tratamento usual do TF é a ressecção cirúrgica, com margens livres de segurança, se estendendo à mastectomia em casos de tumores borderline, malignos ou recorrentes. A efetividade do tratamento adjuvante não está comprovada, mas deve ser considerada caso a caso por conta do risco de recorrência (20–40%) e, quando maligno, de metástase. Após metástase, o padrão utilizado é o mesmo para sarcoma em razão de suas características semelhantes<sup>7,8</sup>.

As metástases são raras nos casos de TF; mesmo quando histologicamente maligno, em 75% dos casos não há metástase. Os sítios comuns de implante são pulmões (66%), ossos (28%) e cérebro (9%). A metástase desenvolve-se independente

de recorrência local, preferencialmente por via hematogênica, raramente acometendo linfonodos (<1%). Esse padrão de disseminação torna pertinente a pesquisa de linfonodos sentinelas e, se necessária, a mastectomia, e o esvaziamento axilar nos casos de malignidade. Apesar de raro, quando há presença de metástase, o prognóstico de sobrevida do paciente é pobre<sup>3</sup>.

## Conclusão

Por ser um tumor extremamente raro e de difícil diagnóstico, o tratamento adjuvante do TF maligno ainda não está bem estabelecido, sendo essa uma causa do mal prognóstico desse câncer após o estabelecimento de metástase. Este relato trouxe um caso no qual foram abordados todos os procedimentos necessários descritos em literatura, entretanto sem êxito. Isso só demonstra a necessidade de mais estudos para o tratamento mais eficiente do tumor filóide maligno.

## Referências

1. Barros MRC, Diniz MC, Simões JC. Cistossarcoma filóides maligno: revisão de literatura e relato de caso. *Revista do Médico Residente*. 2008;10:4.
2. Mrad K, Driss M, Maalej, Rondhane KB. Bilateral cystosarcoma phyllodes of the breast: A case report of malignant form with contralateral benign form. *Ann Diagn Pathol*. 2000;4:370-2.
3. Mishra SP, Tiwary SK, Mishra M, Khanna AK. Phyllodes tumor of breast: a review article. *ISRN Surg*. 2013;2013:361469.
4. Goel NB, Knight TE, Pandey S, Riddick-Young M, Paredes ES, Trivedi A. Fibrous lesions of the breast: imaging-pathologic correlation. *Radiographics* 2005;25:1547-59.
5. Ibáñez R, Gladys MG, Andrés JB, Jaime GG, Jorge AP, Patricio TN, et al. Tumor filóides de la mama. *Revista chilena de cirugía*. 2010;62(2):119-24.
6. Jacklin RK, Ridgway PF, Ziprin P, Healy V, Hadjiminas D, Darzi A. Review: Optimising preoperative diagnosis in phyllodes tumor of the breast. *J Clin Pathol*. 2006;59:454-9.
7. Boff RA, Wisintainer F, Amorim G. Manual de diagnóstico e terapêutica em mastologia. 2ª ed. Caxias do Sul: Mesa Redonda; 2008. p. 219-20.
8. Burstein Harold J, Harris JR, Morrow M. Cancer of the breast. In: *Cancer: Principles and practice of oncology*. 8th. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p.1853.

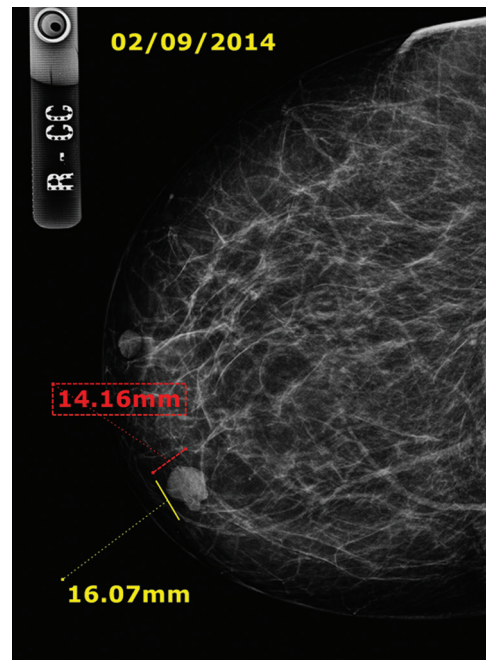
## Hemangioma cavernoso: curiosa apresentação na mama

*Cavernous hemangioma: curious presentation in the breast*

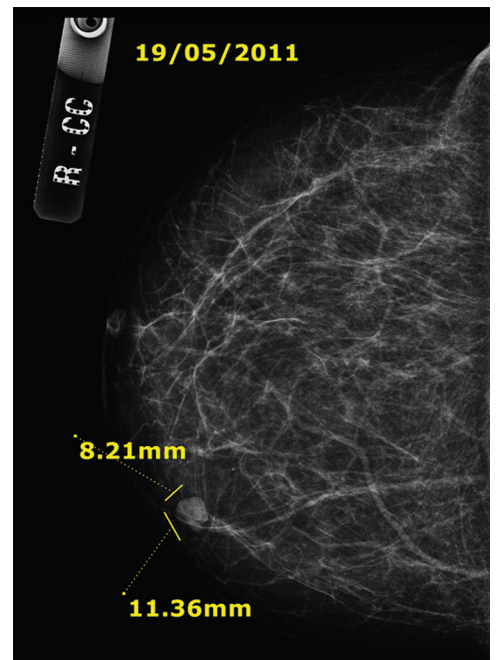
Sandra Regina Campos Teixeira<sup>1</sup>, Maurício de Souza Arruda<sup>2</sup>, Juliana Azevedo<sup>3</sup>,  
Marcia Martos Amâncio de Camargo<sup>4</sup>, Júlia Yoriko Shinzato<sup>5</sup>

Hemangiomas são tumores vasculares benignos, respondendo por cerca de 0,4% de todos os tumores mamários<sup>1,2</sup>, com rara malignização. Tem difícil diagnóstico por imagem por ausência de características específicas, podendo ser confundido com tumor maligno<sup>1,3,4</sup>.

O crescimento da lesão apresentada nas Figuras 1 a 3 após longa estabilidade pode ter sido em decorrência de sangramento, comum principalmente quando essa patologia acomete outros órgãos.



**Figura 1.** Paciente 71 anos, assintomática. Mamografia de 2 de setembro de 2014: nódulo circunscrito de 1,6 x 1,4 cm na mama direita (D), descrito em 2011 como estável desde 2007



**Figura 2.** Mamografia de 2011. Na ocasião não foi encontrada correlação ecográfica. Exames não disponíveis entre 2011 e 2014 (paciente não lembra se fez ou os perdeu). A comparação com este exame mostra aumento significativo da lesão

Trabalho realizado na Clínica CDE Diagnóstico por Imagem, especializada em diagnóstico mamário – Campinas (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Médica Radiologista da Clínica CDE Diagnóstico por Imagem – Campinas (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Médico Ultrassonografista e Mamografista da Clínica CDE Diagnóstico por Imagem; Mestre e Doutor pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Médica Ultrassonografista e Mamografista da Clínica CDE Diagnóstico por Imagem – Campinas (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Médica Ultrassonografista da Clínica CDE Diagnóstico por Imagem – Campinas (SP), Brasil.

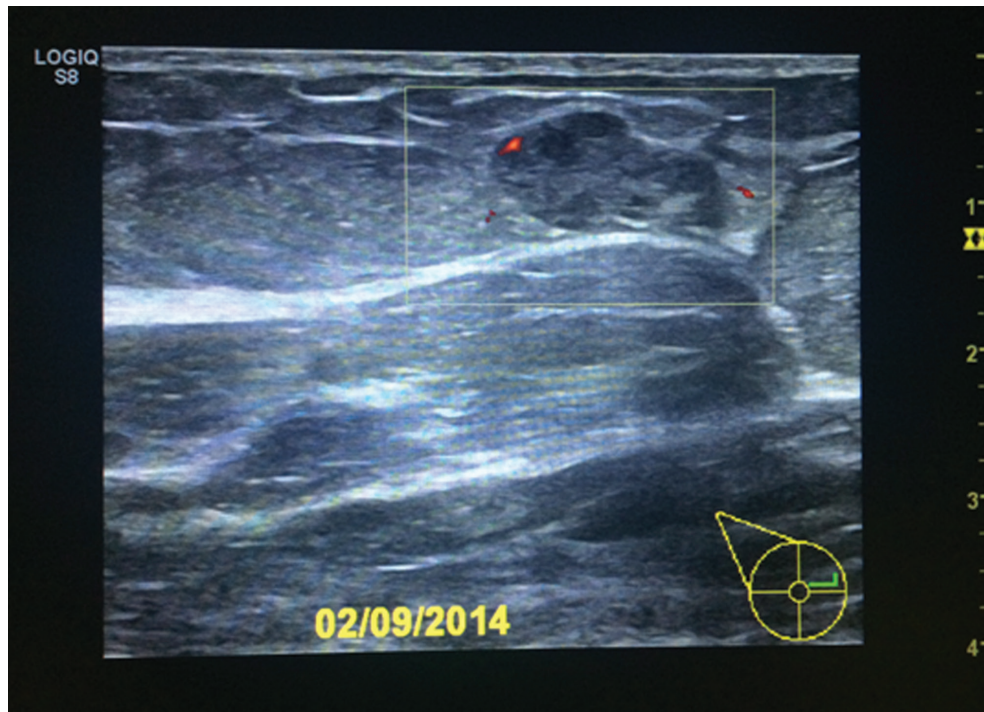
<sup>5</sup>Professora Doutora Assistente do Departamento de Tocoginecologia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM/UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Sandra Regina Campos Teixeira – Rua Lauro Vannucci, 851, casa 16 – Santa Cândida – CEP: 13080-548 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: santx@icloud.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

**Recebido em:** 09/12/2014. **Aceito em:** 28/01/2015





**Figura 3.** Ultrassonografia: nódulo sólido de 1,7 x 1,1 x 1,3 cm, lobulado, heterogêneo, com microáreas císticas e sinal vascular leve ao Doppler (suspeito por crescimento BI-RADS 4). Biópsia de fragmento: hemangioma cavernoso

## Referências

1. Funamizu N, Tabei I, Sekine C, Fuke A, Yabe M, Takeyama H, et al. Breast hemangioma with difficulty in preoperative diagnosis: a case report. *World J Surg Oncol.* 2014;12:313.
2. Smythe FW. Brief Communication: Intramammary Hemangioma. *Ann Surg.* 1942;115(4):716-9.
3. Vieira SC, Silva SJ, Madeira EB, França JCQ, Martins Filho SN. Hemangioma de mama simulando metástase no PET-CT. *Radiol Bras.* 2011;44(6):401-2.
4. Puerta AF WC, Rodríguez PA, Romero JA. Mammographic, ultrasonographic and histopathological appearances of cavernous hemangioma of the breast: one case report. *Rev Argent Radiol.* 2011;75(2):119-22.

# INSTRUÇÕES AOS AUTORES

## Instruções aos autores

A Revista Brasileira de Mastologia (Rev Bras Mastologia) – ISSN 0140-8058 é o órgão de publicação científica da Sociedade Brasileira de Mastologia e se propõe a divulgar artigos que contribuam para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da prática, da pesquisa e do ensino da Mastologia e de especialidades afins. Todos os manuscritos, após aprovação pelos Editores serão avaliados por dois ou três revisores qualificados (peer review), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou que não se enquadrem na política editorial da revista serão rejeitados não cabendo recurso. Os comentários dos revisores serão devolvidos aos autores para modificações no texto ou justificativa de sua conservação. Somente após aprovações finais dos revisores e editores, os manuscritos serão encaminhados para publicação. O manuscrito aceito para publicação passará a ser propriedade da Revista e não poderá ser editado, total ou parcialmente, por qualquer outro meio de divulgação, sem a prévia autorização por escrito emitida pelo Editor Chefe.

Todas as pesquisas, tanto as clínicas, como as experimentais, devem ter sido executadas de acordo com a *Declaração de Helsinque* (1996). Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96).

A Revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.

Os artigos publicados na Revista Brasileira de Mastologia seguem os requisitos uniformes proposto pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizado em outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

## Apresentação e submissão dos manuscritos

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

A Revista Brasileira de Mastologia recebe para publicação as seguintes categorias de manuscritos: Artigo Original, Artigo de Revisão, Artigo de Atualização, Relatos de Caso, Cartas e Editoriais.

**Artigo Original:** descreve pesquisa experimental ou investigação clínica - prospectiva ou retrospectiva, randomizada ou duplo cego. Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo ilustrações (tabelas, figuras [máximo de 5]) e referências [máximo de 30]. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original terão prioridade para publicação. Todos manuscritos devem apresentar: Título em português/inglês, Resumo estruturado, Palavras-chave, Abstract, Keywords, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências.

**Artigo de Revisão:** Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, de modo a conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados para a revisão, bem como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão máxima deve ser de 4.000 palavras e o número máximo de referências bibliográficas de 40. A seleção dos temas é baseada em planejamento estabelecido pelo Editor Chefe e Editores Associados. Os artigos desta categoria são habitualmente encomendados pelos editores a autores com experiência comprovada na área. Contribuições espontâneas poderão ser aceitas. O número de autores das revisões poderá variar entre um e três, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Deve apresentar Título, Resumo/Abstract (sem necessidade de estruturação), Descritores/Keywords, Texto (com ou sem subtítulos) e Referências. As instruções gerais para figuras, tabelas e referências são as mesmas dos artigos originais.

**Artigo de Atualização:** Revisões do estado-da-arte sobre determinado tema, escrito por especialista a convite dos Editores. Deve ter: Resumo, Palavras-chave, Título em Inglês, Abstract, Keywords e Referências

**Relato de Caso:** São manuscritos relatando casos clínicos inéditos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Devem observar a estrutura: Introdução, Relato do caso (com descrição do paciente, resultados de exames clínicos, seguimento, diagnóstico), Discussão (com dados de semelhança na literatura) e Conclusão. Devem apresentar: Resumo (não estruturado), Palavras-chave, Título em Inglês, Abstract (não estruturado) e Keywords e no máximo 20 Referências

**Cartas ao Editor:** têm por objetivo comentar ou discutir trabalhos publicados na revista ou relatar pesquisas originais em andamento. Serão publicadas a critério dos Editores, com a respectiva réplica quando pertinente. Não devem ultrapassar 600 palavras e 5 referências

**Editorial:** escritos a convite, apresentando comentários de trabalhos relevantes da própria revista, pesquisas importantes publicadas ou comunicações dos editores de interesse para a especialidade.

## Preparo do Manuscrito:

A) Folha de rosto:

- Título do artigo, em português e inglês, contendo entre 10 e 12 palavras, sem considerar artigos e preposições. O Título deve ser motivador e deve dar idéia dos objetivos e do conteúdo do trabalho;
- nome completo de cada autor, sem abreviaturas;
- indicação do grau acadêmico e afiliação institucional de cada autor, separadamente. Se houver mais de uma afiliação institucional, indicar apenas a mais relevante;
- indicação da Instituição onde o trabalho foi realizado;
- nome, endereço, fax e e-mail do autor correspondente;
- fontes de auxílio à pesquisa, se houver;

- declaração de inexistência de conflitos de interesse.

B) Segunda folha

**Resumo e Descritores:** Resumo, em português e inglês, com no máximo 250 palavras. Para os artigos originais, deverá ser estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusões), ressaltando os dados mais significativos do trabalho. Para Relatos de Caso, Revisões ou Atualizações e Nota Prévia, o resumo não deverá ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no no máximo dez descritores (Keywords) que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DECS – Descritores em ciências da Saúde – disponível no endereço eletrônico <http://www.decs.bvs.br>

C) Texto

Deverá obedecer rigorosamente a estrutura para cada categoria de manuscrito.

Em todas as categorias de manuscrito, a citação dos autores no texto deverá ser numérica e seqüencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos.

As normas a serem seguidas foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* disponível também para consulta no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

## Apresentação do texto

Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word®.

Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar e não usar negrito. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas Referências Bibliográficas. Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez em que forem mencionadas no texto.

## Resumo

O Resumo deverá conter as informações relevantes, permitindo ao leitor ter uma idéia geral do trabalho. Todos os artigos submetidos deverão ter resumo em português ou espanhol e em inglês (*abstract*), entre 150 e 250 palavras. Para os Artigos Originais, os resumos devem ser estruturados incluindo objetivos, métodos, resultados e conclusões. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas preferencialmente com as mesmas informações. Não devem conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS – [www.bireme.br](http://www.bireme.br)), quando acompanharem os resumos em português ou espanhol, e do *Medical Subject Headings* - MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>), quando acompanharem o "Abstract". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

## Introdução

Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

## Métodos

Iniciar esta seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não, etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identifique os equipamentos e reagentes empregados. Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada anteriormente, dê as referências, além da descrição resumida do método. Descreva também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. Nos Relatos de Casos, as seções Material e Métodos e Resultados são substituídas pela descrição do caso, mantendo-se as demais.

## Resultados

Deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações e comparações. Apresentar os resultados em seqüência lógica, com texto, tabelas e figuras.

## Discussão

Deve explorar adequada e objetivamente os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura, realçando as informações novas e originais obtidas na investigação. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Compare e relacione as observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças que ocorrerem. Explique as implicações dos achados, suas limitações e faça as recomendações decorrentes. A Discussão deve culminar com as conclusões, indicando caminhos para novas pesquisas ou implicações para a prática profissional. Para Relatos de Casos, basear a Discussão em ampla e atualizada revisão da literatura.

## Agradecimentos

Devem ser incluídas colaborações de pessoas, instituições ou agradecimento por apoio financeiro, auxílios técnicos, que mereçam reconhecimento, mas não justifica a inclusão como autor.

## Referências

As referências devem ser listadas ao final do artigo, numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver (consultar: "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" [[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)]). Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: aceito e aguardando publicação, ou "in press" indicando-se o periódico, volume e ano.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Quando em número maior, citar os seis primeiros autores seguidos da expressão et al. Exemplos:

### Artigos de Periódicos ou Revistas:

Del Giglio A, Pinhal MA. Perfilamento genético no câncer de mama: uma breve revisão para o mastologista. Rev Bras Mastologia. 2005;15(1):45-50.

### Livros:

Montoro AF. Mastologia. São Paulo: Sarvier, 1984.

### Capítulos de Livro:

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005. Chapter 39, Multifetal gestation. p. 911-43.

### Com autoria:

Von Hoff DD, Hanauske AR. Preclinical and early clinical development of new anticancer agents. In: Kufe DW, Bast RC Jr, Hait WN, Hong WK, Pollock RE, Weichselbaum RR, et al. editors. Holland-Frei cancer medicine. 7th ed. Hamilton (ON): BC Decker Inc.; 2006. p. 600-16.

### Dissertações e Teses:

Steinmacher DI. Avaliação da biópsia percutânea por agulha grossa com propulsor automático na propedêutica de lesões palpáveis e não palpáveis da mama [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2005.

### Publicações eletrônicas

Henrique MA, Cosiski MHR. Mammographic density as risk factor for breast cancer. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2007[cited 2008 Feb 27]; 29(10):493-6.

**Tabelas e Figuras:** A apresentação desse material deve ser em preto e branco, em folhas separadas, com legendas e respectivas numerações impressas ao pé de cada ilustração. No verso de cada figura e tabela deve estar anotado o nome do manuscrito e dos autores. Todas as tabelas e figuras também devem ser enviadas em arquivo digital, as primeiras preferencialmente em arquivos Microsoft Word® e as demais em arquivos Microsoft Excel®, Tiff ou JPG. As grandezas,

unidades e símbolos utilizadas nas tabelas devem obedecer a nomenclatura nacional. Fotografias de cirurgia e de biópsias onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais, serão consideradas para impressão colorida, sendo o custo adicional de responsabilidade dos autores.

**Legendas:** Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a suas citações no texto.

**Abreviaturas e Siglas:** Devem ser precedidas do nome completo quando citada pela primeira vez no texto. Nas tabelas, figuras devem ser conter seu significado abaixo da tabela.

Se as ilustrações já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor ou editor, constando a fonte de referência onde foi publicada.

O texto digitado no programa "Word for Windows, com espaço duplo, com letras de tamanho que facilite a leitura (recomendamos as de nº 14). Deve ser submetido eletronicamente por meio do endereço: [revistabrasileirademastologia@gmail.com](mailto:revistabrasileirademastologia@gmail.com)

A Revista Brasileira de Mastologia reserva o direito de não aceitar para avaliação os artigos que não preencham os critérios acima formulados.

## Submissão do manuscrito

O manuscrito enviado deverá ser acompanhado de carta assinada por todos os autores, autorizando sua publicação, declarando que o mesmo é inédito e que não foi, ou está sendo submetido a publicação em outro periódico.

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria do manuscrito e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado apenas por contribuições substanciais durante: (1) concepção, planejamento, execução, análise e interpretação dos resultados, (2) redação ou revisão do manuscrito de forma intelectualmente importante e, (3) aprovação final da versão a ser publicada. Os Editores podem solicitar justificativa para a inclusão de autores durante o processo de revisão, especialmente se o total de autores exceder seis.

### Deverão ser enviados ainda:

- Declaração de Conflito de Interesses, quanto pertinente, A Declaração de Conflito de Interesses, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais.
- Certificado de Aprovação do Trabalho pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição em que o mesmo foi realizado.
- Informações sobre eventuais fontes de financiamento da pesquisa.
- Artigo que trata de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração de que os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre Informado. Os trabalhos deverão ser submetidos por meio do endereço eletrônico: [revistabrasileirademastologia@gmail.com](mailto:revistabrasileirademastologia@gmail.com)



### 3º Curso de Oncoplástica/Vale dos Vinhedos Bento Gonçalves/RS

#### Evidências, Consenso e Controvérsias.

Oncoplástica Vale dos Vinhedos chega à sua terceira edição com grandes novidades. A sua vocação, desde o início, sempre foi oferecer uma imersão nas principais técnicas oncoplásticas e reconstrutivas mamárias, em um ambiente interativo e descontraído. Sem perder o foco nas diferentes técnicas, agora ampliamos os debates interativos para o universo das evidências científicas, das controvérsias e do consenso. Assim, a SBM reunirá especialistas para elaborar um Guideline específico para reconstrução mamária.

E além de tudo isto, o magnífico Vale dos Vinhedos em Bento Gonçalves, no Hotel SPA do Vinho, traduz perfeitamente o espírito oncoplástico. Esperamos por vocês!

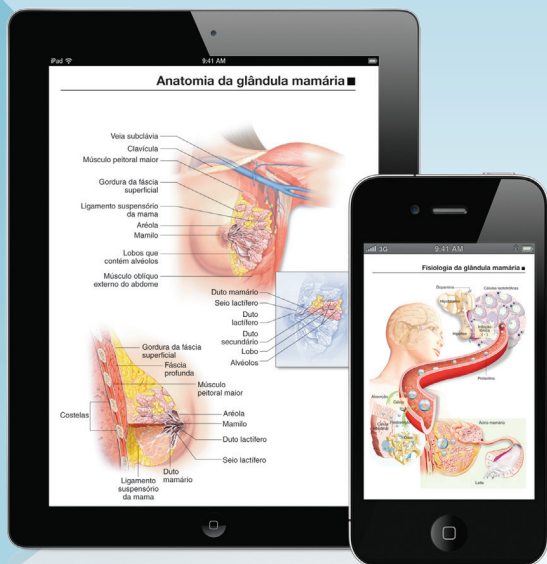
Programação preliminar e maiores informações no site:

<http://www.sbmastologia.com.br/oncoplastica>

## Câncer de Mama.

Saúde ao seu toque.

A **Novartis** tem o orgulho de apresentar sua mais nova ferramenta no auxílio do tratamento de Câncer de Mama. Um **exclusivo aplicativo** que traz um incrível acervo de dados para mantê-lo atualizado, com conhecimento sempre às mãos e constantemente informado sobre os avanços no tratamento da doença.



Aplicativo para iPhone, iPad e Android

- ▶ Banco de imagens
- ▶ Biblioteca de vídeos
- ▶ Artigos científicos
- ▶ Guias de consulta rápida



Disponível  
gratuitamente em:



Material destinado exclusivamente à classe médica

2014 - © - Direitos reservados - Novartis Biociências S/A. Proibida a reprodução total ou parcial não autorizada. Material destinado exclusivamente à classe médica. Produzido em Junho/2014.

 **NOVARTIS**  
ONCOLOGY

Novartis Biociências S.A.  
Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90  
São Paulo, SP - CEP 04636-000  
www.novartis.com.br  
www.portal.novartis.com.br

SIC Oncologia  
Serviço de informação ao Cliente  
sic.onco@novartis.com  
0800 888 3003 (ramal 4)  
www.responde.novartis.com.br

*O tratamento não pode ser  
fixo e imutável, mas o teste deve ser.*



mammaprint®

Sem resultados intermediários

«MammaPrint é o único teste com certificado FDA em tecido fresco e parafinado»

**SYMPHONY™**

Perfil Genômico Personalizado de Câncer de Mama

Entre em contato pelo telefone 19 3849-9524  
ou visite o nosso site [www.symphony.net.br](http://www.symphony.net.br)