19º CONGRESSO BRASILEIRO E 12ª JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA

SÃO PAULO **2016**

4º SCIENTIFIC INTERCHANGE MEETING

Grupo Oncoclínicas & Dana-Farber Cancer Institute

Abstract Book

Comissão Organizadora

Adriana Akemi Yoshimura
Carlos Alberto Ruiz
Fabio Bagnoli
Flora Finguermann
Guilherme Novita
Ivo Carelli Filho
João Bosco Ramos Borges
Juvenal Motolla Jr.
Paulo Pirozzi
Rubens Murilo de A. Prudencio
Ruffo de Freitas Júnior
Vicente Tarricone Jr.
Vilmar Marques de Oliveira

Comissão Científica

Cícero Urban
Fábio Bagnoli
Marcelo Sampaio
Alfredo Barros
Carlos Ruiz
Eduardo Pessoa
Régis Paulinelli
Antônio Frasson
Eduardo Millen
Renato Torresan
Luiz Henrique Gebrim
André Mattar
Juvenal Mottola
Fabrício Brenelli
Rubens Prudêncio

Comissão de Poster e Tema Livre

Presidente:
Adriana Akemi Yoshimura
Membros:
Odair Ferraro
Cristiane Nimir
Fabio Mansani
Darley Ferreira Filho.

Índice

9	Quimioterapia neoadjuvante: impacto sobre a terapia cirúrgica no câncer de mama localmente avançado em amostra do Hospital e Maternidade Celso Pierro
10	Conhecimento dos fatores de risco e adoção de prática preventiva para o câncer de mama em mulheres acima de 40 anos na cidade de Marília-SP
11	Alcohol Consumption as a Risk Factor for Breast Cancer Development: A Case-Control Study in Brazil.
12	Linfoma Não-Hodgkin de Tipo B Primário de Mama.
14	Relato de caso: aplicação de toxina botulínica A guiada por ecografia para controle de espasmos do músculo peitoral maior após mastectomia e reconstrução imediata com prótese.
16	Esclerodermia acometendo a mama: um relato de caso
17	Apresentação clínica anômala com aspecto hemangiomatoso em um caso de carcinoma ductal invasivo
18	Clipagem do leito cirúrgico para radioterapia em câncer de mama
18	Implicações prognósticas dos tumores triplo negativo basal e não basal em pacientes com câncer de mama do Hospital Barão de Lucena –Recife-PE
19	Identificação In Silico de Stratifina (SFN) como um novo gene putativo hidroximetilado no câncer de mama
20	Tumor Phyllodes com evolução agressiva - Relato de caso
20	Avaliação clínica e diagnóstica da mastite granulomatosa – doença em aparente ascenção.
21	Mastite granulomatosa idiopática corticóide dependente – A propósito de dois casos.
22	Estadiamento clínico das pacientes diagnosticadas com câncer de mama no Serviço de Mastologia da Universidade Federal do Ceará.
23	O papel da quimo e radioterapia neoadjuvante concomitante em câncer de mama localmente avançado refratário à terapia de primeira linha - conversão para operabilidade – Experiência da MEAC e CRIO (FORTALEZA- CE)
24	Achados incidentais em pacientes jovens com câncer de mama submetidas à cirurgia oncoplástica
24	Dermatofibrosarcoma Protuberans: Relato de um caso na mama masculina.
25	Correlação das características ultrassonográficas com o perfil imunoistoquímico dos tumores mamários malignos
26	Câncer de mama triplo-negativo (metaplásico): Recidiva contralateral 4 anos pós-tratamento em paciente de 29 anos.
27	Relato de caso - Tumor Phyllodes Maligno com componente heterologo de Lipossarcoma
27	Impacto de uma campanha de Screening de Câncer de mama na zona leste de São Paulo - 2015
28	Avaliacao de resposta clinica e patologica apos tratamento com quimioterapia neoadjuvante em paciente

28	Reconstrucao mamaria de paciente com siliconose extensa
29	Pigmento de tatuagem em linfonodos axilares: ensaio pictorial
30	Dermatofibrossarcoma protuberante - relato de caso na mama
30	Câncer de mama bilateral com diferentes respostas a hormonioterapia: desafios em terapia endócrina neoadjuvante.
31	Relato de caso: seroma tardio após 10 anos de mamoplastia com colocação de prótese bilateral com finalidade cosmética
32	Recidiva axilar em pacientes com câncer de mama e biópsia de linfonodo sentinela negativa – pn0(ls)
33	Mastite Granulomatosa Idiopática x Mastite Tuberculosa: Relatos e Comparação de Casos
34	Duplo bloqueio em Câncer de mama HER2 positivo: Relato de caso
35	Avaliação retrospectiva de 176 casos de resposta patológica completa em tumores triplo negativos pós quimioterapia primária
36	Relato de caso: Diagnóstico diferencial entre carcinoma mucinoso écrino de couro cabeludo e carcinoma mucinoso da mama
37	Avaliação da Incidência de complicações em cirurgia conservadora oncoplástica e cirurgia conservadora clássica no tratamento do câncer de mama.
38	CDIS em paciente com Síndrome de Peutz-Jeghers: relato de caso.
39	Cirurgia para tumores localmente avançados sem resposta ao tratamento neoadjuvante
41	Carcinoma escamoso metastático de axila em paciente grande queimado
42	Sarcoma de Ewing se manifestando como massa mamária
43	Carcinoma inflamatório da mama: seguimento a longo prazo
44	Câncer de mama gestacional até a terceira década de vida: experiência de 2008 a 2015 em hospital oncológico.
45	Quimioterapia neoadjuvante e câncer de mama em mulheres jovens: Resposta Patológica Completa (RCP) como indicador de desfecho favorável.
46	Mastite eosinofílica não relacionada a doença sistêmica: relato de caso e revisão de literatura
47	Carcinoma adenóide cístico: um relato de caso
48	Câncer de mama em mulheres até 30 anos: experiência de 148 casos em serviço de mastologia oncológica.
49	Relato de caso: Síndrome de Cowden com diagnóstico de dois tumores em idades muito jovens.
50	Quadrantectomia central: uma abordagem neglicenciada?
51	Correlação do BI-RADS em achados da ultrassonografia com o anatomopatológico em pacientes de mastologia do Hospital Santa Marcelina Itaquera.
52	Rabdomiossarcoma embrionário - relato de caso.
53	Características do tratamento e de pacientes com idade menor que 50 anos em hospital CACON da zona leste de São Paulo.
54	Manejo multidisciplinar de sarcoma primário de mama.

55	Câncer de mama e Síndrome de Klippel-Trenaunay
57	Segurança dos Métodos de Imagem para o Estadiamento do Câncer de Mama durante a Gestação e a Lactância.
58	Biópsia de microcalcificações mamárias guiada por ultrassonografia com uma nova técnica de processamento de imagem: ensaio pictórico.
59	Fibromatose do Tipo Desmóide da Mama.
60	Fatores associados ao comprometimento neoplásico do linfonodo sentinela em mulheres com câncer de mama em estádios clinicamente iniciais
61	Fatores associados à positividade dos linfonodos do restante da axila em mulheres com câncer de mama com linfonodo sentinela positivo submetidas a linfadenectomia axilar
61	Mastite puerperal complicada com abscesso e necrose: relato de caso
63	Avaliação das taxas de cirurgias reconstrutivas pós-mastectomias com a implantação da Lei 12.802/2013 e a criação do serviço de Cirurgia Reparadora em hospital público universitário
64	Relação entre a reabsorção do tecido adiposo e o fármaco anastrozol na lipoenxertia autóloga
65	Carcinoma seroso de ovário com metástase em mama e axila: relato de caso
66	Contribuição da lipoenxertia/lipofilling na reconstrução mamária de paciente com Síndrome de Poland
67	Tratamento de Tuberculose Mamária no Serviço de Mastologia Fundação Cecon: Um Relato de Caso
68	Transferência de retalho linfonodal associado a anastomose linfovenosa para tratamento de linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama
69	Comparação da mamografia digital e ressonância magnética(RM) versus mamografia com contraste de dupla energia (CESM) na avaliação de imagens suspeitas para tumores mamários
70	Dermatofibrossarcoma Protuberante da Mama: Relato de Caso.
71	Carcinoma metaplásico com desarticulação de membro superior esquerdo 05 anos após mastectomia radical modificada por carcinoma ductal invasivo: Relato de caso
72	Câncer de mama masculino: epidemiologica, clínica e tratamento
73	Miofibroblastoma mamário multicêntrico
74	Relato de caso de angiolipoma gigante em mama de paciente do sexo masculino.
76	Caso de recidiva local de câncer de mama após reconstrução com tecido autólogo – papel da mamografia no rastreamento e diagnóstico.
77	Metástases Cutâneas em Câncer de Mama: Revisão Bibliográfica e Relato de Caso
78	Carcinoma mamário coexistente com tuberculose extrapulmonar: relato de caso
79	Relato de caso: Comparação da mamografia digital e ressonância magnética(RM) versus mamografia com contraste de dupla energia (CESM) na avaliação um caso de carcinoma oculto das mamas.
80	Comparação da mamografia digital e ressonância magnética(RM) versus mamografia com contraste de dupla energia (CESM) na avaliação de imagens suspeitas para tumores mamários
81	Hiperplasia pseudoangiomatosa do estroma – Relato de Caso

82	Linfoma primário de mama: relato de caso
83	Sarcoma mamário primário: relato de caso
84	Câncer de mama masculino bilateral sincrônico e multifocal: um relato de caso
85	Gingantomastia gestacional: Relato de caso e revisão da literatura.
86	Tratamento do carcinoma oculto primário de mama com linfadenectomia axilar e preservação mamária: levantamento de casos de um hospital universitário.
87	Casuística de câncer de mama masculino no hospital ASCOMCER – Juiz de Fora / MG.
88	Correlação entre os aspectos morfológicos ultrassonográficos do câncer de mama e a imunohistoquímica
89	Fibromatose Mamária: série de casos
90	Toxoplasmose axilar como diagnóstico diferencial de câncer de mama com metástase linfonodal
91	Tomossíntese no diagnóstico de distorção arquitetural
92	Avaliação do uso da imuno-citoquímica no diagnóstico dos tumores papilares mamários em punção aspirativa de agulha fina
93	Correlação dos achados radiológicos suspeitos observados na tomossíntese mamária com sua respectiva análise histopatológica.
94	Uso do metotrexate no tratamento de mastite granulomatosa idiopática: um relato de caso
95	Aspectos radiológicos relacionados a não visualização mamográfica em carcinomas mamários localmente avançados.
96	Carcinoma Medular de Tireóide Metastático para a Mama: Um Relato de Caso
97	Novos critérios de avaliação da simetria mamária após tratamento conservador da mama.
98	Retalho toracoabdominal ITADE. Segurança e efetividade baseado em metanálise da literatura.
99	Osteomielite de arcos costais após mastectomia poupadora de pele.
100	Tratamento cirúrgico curativo de recidiva locorregional esternal após quimioterapia paliativa.
101	Divergências regionais quanto ao tipo de cirurgias oncológicas mamárias realizadas nas pacientes atendidas no Sistema Único de Saúde
102	Carcinona Lobular Invasivo de mama: Perfil Imunohistoquímico no Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.
103	Carcinoma adenoide cístico de mama: relato de caso.
104	Avaliação da taxa de cirurgia conservadora em pacientes com câncer de mama submetidas a quimioterapia neoadjuvante
105	Miopericitoma em mama masculina - Relato de caso
106	Molecular Breast Imaging (MBI): Papel de uma nova ferramenta diagnóstica na detecção do câncer de Mama.
106	Pesquisa do linfonodo sentinela no Câncer de mama: Causas de não drenagem na Linfocintilografia. Análise retrospectiva de 4 anos do Instituto Brasileiro de Contole do Câncer- São Paulo-SP.

107	Pioderma Gangrenoso na mama. Uma patologia de episódio único.
108	Resultados Oncológicos de Pacientes Submetidas a Cirurgia Oncoplástica de Mama
109	Avaliação do ki-67 e do tamanho tumoral em pacientes com carcinoma lobular invasivo operadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher
110	Insuficiência hepática aguda secundária a múltiplas metástases hepáticas de carcinoma ductal de mama: relato de caso com necropsia
111	Avaliação do HER-2 e do tamanho tumoral em pacientes com carcinoma lobular invasivo operadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher.
112	Estudo Comparativo de Linfonodo Axilar com Metástase de Câncer de Mama Marcado com Semente Radioativa (Iodo-125) e Submetida à Quimioterapia Néo Adjuvante e a Localização do Linfonodo Sentinela Pré Operatório com Tecnécio-99m.
113	Relato de caso: Mioepitelioma associado à papiloma intraductal
113	Estadiamento Clínico Inicial entre os Subtipos Luminais do Carcinoma Lobular Invasivo de Mama no Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.
114	Desarticulação interescapulotorácica em paciente com carcinoma mamário localmente avançado.
115	Carcinoma lobular invasivo: Correspondência entre estadiamento clínico e patológico.
116	Rastreamento mamográfico no Brasil. Revisão Sistemática das Barreiras relacionadas ao sistema de saúde.
117	Avaliação de Pacientes Submetidos ao Método de Detecção Radioguiada de Lesão Mamária e Axilar Demarcadas com Sementes de Iodo-125 Pré Quimioterapia Néo Adjuvante.
118	Relato de caso: piodermite gangrenosa mamária
119	Sarcoma de partes moles com metástase para a mama: relato de casos e revisão da literatura.
120	Incidência de bilateralidade sincrônica no Carcinoma Lobular Invasivo de mama operados Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington entre 2011-2016.
120	Tumor desmóide em região mamária: relato de caso
121	Tuberculose primária da mama: diagnóstico diferencial com carcinoma de mama - relato de caso
123	Avaliação de Pacientes Portadores de Neoplasia de Mama Com Linfonodos Sentinela Positivo Submetidas a Esvaziamento Axilar.
124	Síndrome hereditária mama-ovário (mutação em BRCA-1): um relato de caso
125	Correlação de achados mamográficos e histopatólogicos de pacientes submetidas a mamotomia.
126	Carcinoma metaplásico com raro perfil hormonal positivo.
127	Nodulação mamária em homem diagnosticada como fasciíte nodular: relato de caso.
128	Neoplasia de próstata metastática para a mama, uma lesão indistinguível do carcinoma primário da mama.
129	Pilomatricoma da mama: relato de caso em mama masculina
130	Schwannoma de Mama Masculina: Relato de Caso

131	Câncer de Mama Em Pacientes Extremamente Jovens: Análise Histopatológica, Molecular e de Resposta ao Tratamento
132	Transferência de retalho linfonodal para tratamento de linfedema crônico secundário ao tratamento do câncer de mama
133	Estudo de prevalência dos receptores androgênicos em mulheres portadoras de câncer de mama triplo negativo no Hospital Barão de Lucena – Pernambuco
133	Fasciíte nodular mamária
135	Papel da ressonância magnética na avaliação do volume tumoral residual após quimioterapia neo-adjuvante em pacientes com câncer de mama
136	Estudo evolutivo nos últimos anos nas taxas de infecção de sítio cirúrgico mamário nas cirurgias realizadas no serviço de responsabilidade social do núcleo de mastologia do Hospital Sírio Libanês
136	Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico nas cirurgia de mama realizadas no serviço de responsabilidade social do núcleo de mastologia do hospital Sírio Libanês
137	Lesão vascular atípica adjacente à cápsula fibrosa mamária após 16 anos de cirurgia e radioterapia por carcinoma invasivo da mama
138	Tumor phyllodes maligno metastático: relato de caso não usual
139	Mastite granulomatosa idiopática: descrição de uma série de casos
140	Um raro caso de carcinoma secretor em mulher idosa
141	Doença de Paget – Apresentação Clínica e Tratamento
142	Carcinoma de mama masculino no Centro de Mama do HSL – PUCRS.
144	Correção de hipomastia em paciente portadora de Síndrome de ADULT
145	Tuberculose ganglionar como diagnóstico diferencial de carcinoma oculto de mama: relato de caso
146	Carcinoma Primário em Mama Extra-numerária de Vulva
147	Metástase cutânea e em vesícula biliar de carcinoma mamário.
148	Pioderma gangrenoso em reconstrução mamária com retalho grande dorsal.
149	Fibroadenoma Juvenil Gigante: Recidiva em paciente gestante.
150	Experiência do Centro de Mama da PUCRS sobre a nova abordagem da cirurgia axilar
151	Relato de caso: miofibroblastoma mamário em mulher
152	Carcinoma Metaplásico Invasivo de Mama Com Receptores Positivos Para Estrógeno e Progeste-rona: Relato De Caso
153	Relação entre a reabsorção do tecido adiposo e o fármaco Anastrozol na Lipoenxertia Autóloga
154	Adenomastectomia no processo transexualizador: relato de caso.
155	Adenomioepitelioma da mama - relato de caso e revisao da literatura

Quimioterapia neoadjuvante: impacto sobre a terapia cirúrgica no câncer de mama localmente avançado em amostra do Hospital e Maternidade Celso Pierro

RESUMO

Carcinoma localmente avançado define se como aqueles em que diagnóstico inicial foi realizado em tumores a partir do estadio III. Estudo retrospectivo com dados de pacientes em foi realizado diagnóstico de carcinoma localmente avançado e indicada quimioterapia previa. Avaliados 17 prontuarios.

Gomes JCN; Menossi, CA; Laureano, AJ; Visintin, CDN; Giuzio, T

Introdução: Carcinoma localmente avançado define se como aqueles em que diagnóstico inicial foi realizado em tumores a partir do estadio III. Estima se incidencia de 4 a 8%, dependendo do desenvolvimento socioeconômico do país. Dentre carcinomas localmente avançados estão desde os mais indolentes até aqueles com perfil agressivo. **Método:** Este é um estudo retrospectivo, de janeiro de 2014 até janeiro de 2016, com dados de pacientes em foi realizado diagnóstico de carcinoma localmente avançado e indicada quimioterapia previa. Foram avaliados 17 prontuarios. **Objetivos:** avaliar impacto da quimioterapia neoadjuvante sobre a proposta cirúrgico- terapêutica e índice de recidiva loco-regional em casos de carcinoma localmente avançados de mama. Desfecho primário: Comparar o número de cirurgias conservadoras e o número de cirurgias radicais pós quimioterapia neoadjuvante. **Desfecho secundário:** Verificar a taxa de recorrência local entre as pacientes submetidas a quadrantectomia e aquelas em que foi realizada cirurgia radical, em período de 2 anos. **Resultados:** De 17 pacientes, em 4 foi passível de cirurgia conservadora da mama (23,5%), contra 76% de cirurgia radical. Seis pacientes (35,2%) já se apresentaram com comprometimento de pele ou parede torácica. A abordagem axilar em todas foi o esvaziamento, não foi possível biópsia de linfonodo sentinela pois, ao diagnóstico já estava presente o comprometimento axilar. Em 8 (47,0%) foi observado down staging tumoral, sendo que em 2 (25%) obteve se resposta patológica completa. Em 4 (23,5%) houve progressão de doença, 2 (11,7%) evoluíram para óbito devido a complicações de metástases. Em 4 (23,5%) o estadiamento inicial foi igual ao estadiamento patológico pós cirúrgico. Quanto à imunohistoquímica, o subtipo mais prevalente foi o luminal, em 12 pacientes (70,5%); destas, 9 (52,9%), luminal b; 3 (17,6%), tiveram subtipo triplo positivo e 2 (11,7%), triplo negativo. Até a presente data, não observamos recorrência loco regional nas pacientes submetidas à cirurgia conservadora. A quimioterapia neoadjuvante proposta para 9 pacientes foi realizada com adriamicina e ciclofosfamida em 4 ciclos, seguida por 12 ciclos de paclitaxel, associada à Trastuzumab, se necessário. Em 4 utilizou se o Docetaxel isolado. Em apenas 1, foi realizado anastrozol com objetivo neoadjuvante devido à presença de coronariopatia. Em 2, foi realizado paclitaxel isolado devido à risco cardiovascular. Como parâmetro secundario, a média de idade foi de 52 anos,

variando de 28-72, 10 (58,8%) abaixo dos 50 anos. **Discussão:** Como ponto relevante, devemos considerar que a amostra de pacientes é pequena, ainda assim, conseguimos demonstrar que em porcentagem expressiva foi obtido *down staging*. Não foi realizada biópsia de linfonodo sentinela antes da quimioterapia, seguindo o estadiamento clínico ou após a neoadjuvância quando houve *down staging* axilar, pois no estudo Sentina Trial ficou comprovada que esta ainda não se validou como prática segura. Podemos questionar o impacto por não ter sido seguido protocolo para quimioterapia, embora não seja possível mensurar esse dado. O estudo NSABP B 18, de 1988 comparou a prevalência de quimioterapia neoadjuvante x tratamento cirúrgico e quimioterapia adjuvante mostrando impacto no manejo inicial com quimioterapia nos tumores de mama que são consideramos grandes para cirurgia conservadora. Em nosso serviço, muito embora na maioria de pacientes a cirurgia conservadora não tenha sido possível, obtivemos *down staging* tumoral.

Conhecimento dos fatores de risco e adoção de prática preventiva para o câncer de mama em mulheres acima de 40 anos na cidade de Marília-SP

Ponce AC, Travizi IC, Crepaldi ACO, Herculiani, CE
Instituição: Universidade de Marília - Unimar

Introdução: O Câncer de Mama é um grupo heterogêneo de doenças com comportamentos distintos. O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma in situ e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos. A idade é o fator que mais contribui para o aparecimento do câncer de mama (CM), entretanto fatores como história familiar, idade, menarca precoce, menopausa tardia, ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade podem estar associados com o aumento dos riscos de desenvolvimento do CM. O CM é a neoplasia que mais acomete o sexo feminino **Objetivo:** Analisar o conhecimento dos fatores de risco associados ao câncer de mama em mulheres acima dos 40 anos. **Métodos:** Foi realizado um estudo analítico, de coorte transversal, no qual foram entrevistadas mulheres atendidas no Ambulatório da Universidade de Marília, na cidade de Marília-SP. Utilizou-se um questionário com perguntas fechadas e, para análise dos dados, a estatística descritiva. Como critério de inclusão no estudo: mulheres acima de 40 anos de idade. **Resultados:** Foram entrevistadas 51 mulheres atendidas no ambulatório. Os resultados apontaram que a grande parte das mulheres entrevistadas conhecem os fatores de risco atingindo o índice de 96,1%. Bem como, 64,7% adotam a maioria das práticas preventivas. **Conclusão:** Conclui-se que, 74,5% das mulheres entrevistadas em sua maioria possuem conhecimento em relação aos fatores de risco do câncer de mama. Também se notou que os meios pelos quais as entrevistadas obtiveram conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer de mama foram diversos, mas dentre eles sobressaíram a

mídia, porém a diferença não foi tão significativa, sendo de apenas 0,9% mais vantajosa para a mídia quando comparado a Unidade Básica de Saúde. Constatou-se que a não realização de consultas e exames, é o fator de risco para o câncer de mama de maior conhecimento entre as entrevistadas, pois 94,1% das entrevistadas tinham conhecimento sobre esse fator. Houve também, empate nos fatores de risco tabagismo e autocuidado insuficiente, porque 92,2% das entrevistadas disseram ter conhecimento para ambos os fatores de risco. O histórico familiar é um grande fator de risco para o câncer de mama, visto que a doença também tem influência genética, porém 72,5% das entrevistadas sabiam desse fator de risco, nós esperávamos um índice maior nesse quesito. Notou-se também que a grande maioria das entrevistadas faz adoção de práticas preventivas. A prática preventiva mais adotada é a realização de consultas e exames periodicamente, pois 86,3% delas adotam essa prevenção. A prevenção dos outros fatores de risco teve índices muito próximos de adoção de prática preventiva, com exceção do estresse e terapia hormonal.

Alcohol Consumption as a Risk Factor for Breast Cancer Development: A Case-Control Study in Brazil.

Sánchez JS[1], Thuler LCS[2], Dardes R[3], Vieira R[4]
1 - Post Graduate Program of Mastology, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), Rio de Janeiro (RJ), Brazil. 2 - Clinical Research Division – Instituto Nacional de Câncer – (INCA), Post Graduate Program in Neurology – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brazil. 3 - Department of Gynecology, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Sao Paulo, Brazil. 4 - The Brazilian Society of Mastology from Rio de Janeiro– Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Background: Alcohol consumption is a well-established risk factor for breast cancer, but this information is typically derived from investigations performed in developed countries. Brazil is going through a quick demographic expansion, and studies are needed in unexplored settings. Methods: We determined the relationship between alcohol consumption and breast cancer risk among 1506 Brazilian women with a prospective cohort from 2000 through 2008. Regression models were used to calculate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI). All statistical tests were two-tailed. **Results:** The mean age of the 1506 women was 42.0 (standard deviation, ±15.0) years. There was a significant association between breast cancer and age, body mass index, age at menarche, menstrual flow and menstrual cycle. The multivariate analysis showed an increased risk of invasive breast cancer in alcohol consumers (<50 years old: OR 4.7; 95% CI 1.4–16.2; ≥50 years old: OR 3.9; 95% CI 1.2–13.4) compared with abstainers or occasional drinkers. Women with a regular alcohol intake for 10 years or more who were less than 50 years old had a threefold higher risk of developing breast cancer (OR 3.0; 95% CI 1.2–7.6). **Conclusion:** Regular alcohol consumption increases the risk

of breast cancer mainly among premenopausal women. **Keywords:** Breast cancer, Alcohol consumption, Risk, Brazilian women. **Highlights:** Regular alcohol consumption was associated with an increase in breast cancer risk. Women less than 50 years old with a regular alcohol intake for 10 years or more had a higher risk of developing breast cancer. Given the level of alcohol consumption, modifying this behavior could have a large impact on breast cancer incidence.

Linfoma Não-Hodgkin de Tipo B Primário de Mama.

Sánchez JS, da Silva LC, Sodré P, Carneiro S.
Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) e serviço de Mastologia MAMARJ.

RESUMO

O linfoma primário de mama é extremadamente raro, só 0,04 - 1% dos tumores primários de mama. A maioria são Não-Hodgkin de células tipo B, outros tipos também podem ser encontrados ou associados. A maioria de tumores de células tipo B se apresentam como massas que podem estar ou não associado a comprometimento dos linfonodos axilares. Neste trabalho apresentamos um caso de uma paciente de 70 anos, com diagnostico de linfoma primário de mama. As características semiológicas da evolução da paciente estão estreitamente relacionadas com as publicações internacionais, tanto como as características das imagens observadas. Submetida a esquema quimioterápico CHOP-R. A mastectomia como tratamento não tem beneficio na sobrevida global, nem proteção contra a recorrência, mas o tratamento quimioterápicos tem taxas de sobrevida maior a 75% em 5 anos.

.....

Introdução: O linfoma primário de Mama representa 1,7 - 2,2% dos tumores extra linfáticos não Hodgkin e de 0,04 - 1% dos tumores primários de Mama. (DOMCHEK , TALWALKAR) Wiseman e Liao utilizarão os seguintes critérios para definir o linfoma primário de mama: 1. não tem diagnostico anterior de linfoma extra mamário 2. O tecido mamário e o infiltrado linfomatoso não tem evidencia de doença distante 3. O laudo histológico é confirmado com técnicas adequadas. A maioria de linfomas primários de mama são Não-Hodgkin de células tipo B, outros tipos também podem ser encontrados ou associados. A maioria de tumores de células tipo B se apresentam como massas que podem estar ou não associado a comprometimento dos linfonodos axilares, a massa não e dolorosa e geralmente não está fixa na pele nem na parede torácica; no caso de apresentar eritema ou úlcera cutânea sugere que tem invasão da pele e tem que pensar em tumor de células de tipo T. (WISEMAN,RYAN). O linfoma primário da mama de alto grau tem que ser diferenciado do melanoma e de tumores indiferenciados, já que o tratamento de cada um deles é radicalmente diferente, por isso é necessário fazer um painel imunohistoquímica amplo. **Relato de caso:** N.G.F, 70 anos, branca, sexo feminino, menarca aos 14 anos, GIII PIII A0, usa glifage XR, atenolol, espironolacto-

na, vertix, sinvastatina, neutrofer e vit.D, nega alergias, nega câncer de mama e outros tipos de câncer. Em abril de 2015, a mamografia apresenta calcificações benignas de categoria 2, em agosto do mesmo ano a ultrassonografia mamaria apresentando 2 imagens hipoecóicas, regulares, com reforço posterior: 36x25 mm, RRA, e 7 x 5mm, UQQSS, sugestivas de lesões mistas e linfonodo axilar atípico: 24x16mm. Foi feita core biopsia em nódulo de aspecto misto na região retro areolar de mama esquerda, o histopatológico revela lesão mista com atipias suspeitas, também foi submetida a PAAF em nodularidade superficial nos quadrantes superiores e no linfonodo atípico da mama esquerda que não confirmo o diagnostico, a citologia demonstrou material hemorrágico. Em Outubro de 2015 a paciente realiza nova mamografia que apresenta mama esquerda com massas de 40 e 50 mm e linfonodos atípicos, categoria 5. Realiza ultrassonografia abdominal total revelando cisto hepático e Rx de tórax normal. Ao exame, a mama direita, ausência de massas palpáveis, a mama esquerda, massa retroareolar com 5cm, com mobilidade diminuída e consistência endurecida e fixa; massa no quadrante superior externo com cerca de 2 cm (com comprometimento cutâneo) e linfonodo endurecido e fixo na axila esquerda com cerca de 8 cm. Em Novembro de 2015 a paciente foi submetida exérese de nódulo de mama esquerda na região retro areolar e biópsia incisional no quadrante superior externo, o resultado histopatológico com a imunohistoquímica confirmou o diagnostico de Linfoma Não-Hodgkin de Imunofenotipo B Difuso de Grandes Células, o tratamento quimioterápico consistiu em 8 ciclos do esquema CHOP-R (Ciclofosfamida, Hidroxidoxorubicina, Vincristina, Prednisona e Rituximab) que finalizou em Maio do 2016 (CUNNINGHAM). Foi realizada uma mamografia de controle em Agosto do 2016, apresentando linfonodos no prolongamento axilar esquerdo, não se evidencia nódulos dominantes com sinais de malignidade, na mesma data foi realizada uma ultrassonografia mamaria que não evidencia lesões solidas ou císticas, observa-se desorganização periareolar por cirurgia prévia e linfonodomegalias sem alterações estruturais no oco axilar esquerdo sendo o maior de 21mm e um linfonodo irregular de 13mm. Foi realizada uma tomografia por emissão de pósitrons com PET-CT, o qual não evidencio metabolismo glicolítico no oco axilar, nem no tecido mamário, descartando finalmente qualquer tipo de processo linfoproliferativo residual. **Discussão:** Geralmente as mamografias não tem características especificas porem as calcificações são extremadamente raras, já na ultrassonografia as massas são identificadas como lesões homogêneas hiperecoicas ou lesões heterogêneas com imagens tanto hipoecóicas como hiperecoicas, como se observa nas imagens (SUROV). O diagnostico tipicamente é feito por core biopsia da massa palpável, no caso da paciente foi feito uma exérese da lesão retroareolar porque tratava-se de uma massa cística complexa, e uma biopsia incisional da lesão superficial da pele. A incidência de metástase para a mama de locais extra mamários feito em uma serie de autopsias demostrou faixas que vão de 1,7% até 6,6% e de 1,2% até 2% em reportes clínicos. O local que mais apresenta metástase é a mama contralateral. Outros tipos de tumores malignos

de origem não ectodérmica também podem metastizar para a mama, como leucemias, melanomas, câncer de pulmão, câncer gástrico e câncer de ovário. (SUROV, DeLAIR). A mastectomia como tratamento não tem beneficio na sobrevida global, nem proteção contra a recorrência (JENNINGS). **Conclusão:** O linfoma primário de mama é uma doença maligna raramente observada, a evolução clínica está estreitamente relacionada com as publicações internacionais. As pacientes com linfoma primário de mama tem bom prognóstico já que o tratamento com quimioterápicos têm taxas de sobrevida maiores a 75% em 5 anos e de 50% em 10 anos (BRUSTEIN). **Bibliografia:** BLAND, Kirby I.; COPELAND III, Edward M. The breast: comprehensive management of benign and malignant diseases. Elsevier Health Sciences, 2009. BRUSTEIN, SHERYL, et al. Malignant lymphoma of the breast. A study of 53 patients. Annals of surgery, 1987, vol. 205, no 2, p. 144. CUNNINGHAM, David, et al. Rituximab plus cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisolone in patients with newly diagnosed diffuse large B-cell non Hodgkin lymphoma: a phase 3 comparison of dose intensification with 14-day versus 21-day cycles. The Lancet, 2013, vol. 381, no 9880, p. 1817-1826. DELAIR, Deborah F. et al. Non -mammary metastases to the breast and axilla: a study of 85 cases. Modern Pathology, v. 26, n. 3, p. 343-349, 2013. DOMCHEK, Susan M. et al. Lymphomas of the breast. Cancer, v. 94, n. 1, p. 6-13, 2002. HARRIS, Jay R., et al. Diseases of the Breast. Lippincott Williams & Wilkins, 2012. JENNINGS, William C. et al. Primary breast lymphoma: the role of mastectomy and the importance of lymph node status. Annals of surgery, v. 245, n. 5, p. 784, 2007. RYAN, G. et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast: prognostic factors and outcomes of a study by the International Extranodal Lymphoma Study Group. Annals of oncology, p. mad471, 2007. SUROV, A. et al. Primary and secondary breast lymphoma: prevalence, clinical signs and radiological features. The British journal of radiology, 2014. SUROV, Alexey et al. Metastases to the breast from non-mammary malignancies: primary tumors, prevalence, clinical signs, and radiological features. Academic radiology, v. 18, n. 5, p. 565-574, 2011. TALWALKAR, Sameer S. et al. Lymphomas involving the breast: a study of 106 cases comparing localized and disseminated neoplasms. The American journal of surgical pathology, v. 32, n. 9, p. 1299-1309, 2008. WISEMAN, Charles; LIAO, Kun T. Primary lymphoma of the breast. Cancer, v. 29, n. 6, p. 1705-1712, 1972.

Relato de caso: aplicação de toxina botulínica A guiada por ecografia para controle de espasmos do músculo peitoral maior após mastectomia e reconstrução imediata com prótese.

TRABALHO

Mendes T A R, Moreno A M, Filho C C, Torrezan R Z, Jales R M - Hospital da Mulher "Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti" Caism – Unicamp

RESUMO

Relato de caso com aplicação de toxina botulínica A guiada por ecografia, com finalidade terapêutica, para controle de espasmos do músculo peitoral maior após mastectomia e reconstrução imediata com prótese, sem melhora após tratamentos medicamentoso e cirúrgico.

Introdução: Em pacientes submetidas a tratamento cirúrgico para o câncer de mama é possível observar alguns efeitos adversos em longo prazo, como linfedema, deformidades estéticas e cosméticas, síndrome de dor crônica e, em raros casos, espasmos involuntários da musculatura da parede torácica. **Metodologia:** Relato de caso de paciente em acompanhamento no Serviço de Mastologia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – Caism/Unicamp desde 2014, com aplicação de toxina botulínica A guiada por ecografia com finalidade terapêutica para controle de espasmos do músculo peitoral maior após mastectomia e reconstrução imediata com prótese, sem melhora após tratamentos medicamentoso e cirúrgico. **Relato de caso:** A.A.M., 44 anos ao diagnóstico de câncer de mama à direita in situ com foco de microinvasão do estroma, submetida à mastectomia preservadora de pele e do complexo aréolo-papilar, com reconstrução mamária com prótese Mentor, CPG 322, volume 375 cc. Evoluiu oito meses após cirurgia com espasmos do músculo peitoral maior, mesmo ao repouso, com quadro álgico associado, além de limitação da movimentação da cintura escapular ipsilateral, e piora importante da qualidade de vida, interferindo inclusive no sono. Foi submetida à tentativa de tratamento clínico com anti-inflamatório não-esteroidal e relaxante muscular, sem sucesso. Realizados na sequência três procedimentos cirúrgicos: capsulotomia em neomama direita, denervação de retalho muscular, e desinserção completa dos músculos peitoral maior e peitoral menor à direita, por falhas subsequentes destes tratamentos, sem melhora dos espamos. Em discussão clínica com a equipe do serviço de Mastologia, foi proposto, em outubro de 2015, a aplicação de toxina botulínica A no retalho miocutâneo como alternativa terapêutica às contraturas. Em janeiro de 2016, paciente submetida à aplicação guiada por ecografia de três ampolas de 100 UI de toxina botulínica A distribuídas em 12 quadrantes do músculo peitoral maior à direita, sob anestesia local. **Resultados:** Em avaliação um mês após aplicação, paciente relatou nota 1 (de 0-10) ao incômodo da contratura em neomama direita. Em abril de 2016, no seguimento de três meses, paciente apresentou retorno das contrações involuntárias dolorosas em neomama direita, com nota 8 (de 0 a 10) para o incômodo dos sintomas. Atualmente em programação de nova aplicação de toxina botulínica A. **Conclusões:** Perante à escassez de estudos sobre efetividade e segurança do uso da toxina botulínica A em casos de complicações de tratamento cirúrgico do câncer de mama e reconstrução de mamária, como espasmos miocutâneos e contraturas dolorosas da musculatura da parede torácica, este relato visa sugerir sua aplicabilidade, com resposta adequada. Ainda que transitória – quatro meses no presente relato – esta terapêutica pode ser considerada em casos refratários e de difícil manejo, com impacto relevante na qualidade de vida. Não há consenso na literatura quanto à dose, formas de aplicação, e seguimento em longo prazo.

Esclerodermia acometendo a mama: um relato de caso

Ramos LR, Bastos, BB, André AR, Rolim, CF, Góes, JCS - Instituição: Instituto Brasileiro de Controle o Câncer - IBCC

Introdução: A esclerodermia é uma doença sistêmica crónica, do tecido conjuntivo, de etiologia desconhecida. É caracterizada por lesões vasculares e microvasculares generalizadas e pelo aumento da deposição de componentes da matriz na pele e nos órgãos internos. Caracteriza-se por espessamento da pele e envolvimento de múltiplos órgãos estando associada à presença de auto-anticorpos específicos. É uma doença rara, com incidência de 10-15 novos casos por ano, por milhão de habitantes. Alguns estudos epidemiológicos mostraram associação entre esclerodermia e câncer de mama. Em trabalhos prévios, esta doença foi mais comumente relatada como consequência de irradiação local no tratamento de carcinoma mamário, e existem poucos relatos de casos de acometimento mamário sem fatores pré-disponentes. **Métodos:** estudo descritivo, tipo relato de caso, de uma paciente atendida no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer- SP **Resultados:** D.M.D, 37 anos, casada, desempregada, natural do Rio de Janeiro, procedente de São Paulo/SP. G2P2, menarca aos 12 anos, utilizada acetato de medroxiprogesterona 10mg, via oral, contínuo como método contraceptivo. Na história familiar tem pai com câncer de intestino aos 50 anos, mãe com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). **Comorbidades:** LES e depressão. Encaminhada ao nosso serviço devido à dor mamária. Realizava acompanhamento por nódulos mamários bilaterais há 7 anos, porém há 25 dias notou aumento das mamas associado à hiperemia e dor. Apresentou episódio de saída de secreção purulenta da mama direita 25 dias antes da primeira consulta. Fez uso de clindamicina por 10 dias e posteriormente ciprofloxacino por mais 10 dias, com melhora do edema e hiperemia, porém com persistência da dor. Ao exame apresentava área hipercrômica com espessamento de pele (correspondente à área que apresentava hiperemia, calor e edema antes do uso do antibiótico), sem nódulos palpáveis, axilas e FSC negativas. A mamografia não mostrou alterações. Na ultrassonografia mamária foi evidenciado espessamento cutâneo na linha infra-mamária direita com área com configuração nodular, hipoecogênica, irregular, indistinta no QIM ás 5/6h D medindo 0,6x0,5x0,5cm e linfonodos axilares de aspecto habitual à direita, com dimensões pouco aumentadas. Foi realizado biópsia incisional em pele espessada de mama direita, a qual evidenciou dermatite perivascular e perianexial com esclerose do colágeno. A core biopsy da área suspeita visualizada no USG mostrou somente adenose focal, e a PAAF da axila direita foi negativa para malignidade. Após exclusão de doença mamária, a paciente foi encaminhada para tratamento conjunto com a dermatologia e optado por controle da dor local com tratamento clínico. **Conclusão:** Os dados observados neste estudo correspondem aos da literatura. A esclerodermia envolvendo a mama é uma doença rara e que deve ser lembrada no diagnóstico de lesões mamárias. Há relatos na literatura em que a excisão da pele acometida pela doença foi realizada.

Apresentação clínica anômala com aspecto hemangiomatoso em um caso de carcinoma ductal invasivo

Pozzer C, Reginatto A, Trindade E, Damin A, Farret T - Instituição: Hospital Fêmina – Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre – RS – Brasil

RESUMO

Relato de caso de carcinoma ductal invasivo de apresentação clínica anômala. Paciente apresentando lesão volumosa e hemangiomatosa em mama. O tumor, apesar de gigante, era pediculado, aparentemente sem invasão de planos profundos e sem linfonodomegalias ao exame clínico.

Introdução: o carcinoma ductal invasivo é o maior grupo das neoplasias de mama invasivas e, clinicamente, apresenta-se como uma massa palpável, anormalidade mamográfica ou ambos. Histologicamente, é classificado segundo Elston e Ellis, como grau 1 (bem diferenciado), grau 2 (moderadamente diferenciado) e grau 3 (pouco diferenciado). A IHQ e a apresentação clínica podem ser bastante variáveis. **Metodologia:** relato de caso de carcinoma ductal invasivo com apresentação clínica anômala, com aspecto angiomatoso. **Resultados:** paciente do sexo feminino, 58 anos, previamente hígida, apresentava nódulo em mama direita há dois anos. Ao exame físico, lesão volumosa e hemangiomatosa em quadrante supero-medial de mama direita com cerca de 8cm, amolecida e ricamente vascularizada; linfonodos axilares não palpáveis. Mamografia e ecografia mamária evidenciando nódulo de 8,4 x 3,9 cm, heterogêneo e francamente vascularizado com vasos intensamente calibrosos e índice de resistência de 0,61 (hemangioma?), BIRADS IV. Na ocasião, sugeriu-se biópsia excisional, porém a paciente optou por não realizar tratamento. Retornou 5 anos após apresentando extenso tumor pediculado, com mais de 30 cm de diâmetro em mama direita, com sangramento intenso na massa tumoral, sendo então realizada mastectomia radical com esvaziamento axilar à direita. A peça cirúrgica pesou 6.586,0 g e mediu 34,0 x 21,0 x 12,0 cm. **Anatomopatológico:** carcinoma ductal invasivo pouco diferenciado de mama, tipo histológico não especial, grau 3, ulcerado. **Estadiamento patológico:** pT4N0. Imuno-histoquímica (IHQ): receptores hormonais positivos, her-2/neu negativo, Ki-67 20%. Estadiamento clínico IV, metástases pulmonares e pleurais. Realizou 4 ciclos de quimioterapia paliativa com doxorrubicina e ciclofosfamida. Após 4 meses, observou-se progressão da doença. A paciente está em uso de tamoxifeno paliativo desde setembro de 2015. **Conclusão:** no caso em questão, o tumor apresentava imagem sugestiva de hemangioma e, mesmo após anos de evolução, manteve-se pediculado, aparentemente sem invasão de planos profundos e sem linfonodomegalias ao exame clínico. Dentre as lesões invasivas da mama, o carcinoma ductal invasivo é o tipo histológico mais comum e, também, o de pior prognóstico. As lesões vasculares como o hemangioma são benignas, pouco frequentes, normalmente são achados acidentais na microscopia e sua excisão completa é recomendada, devendo sempre ser diferenciadas de angiosarcomas.

Clipagem do leito cirúrgico para radioterapia em câncer de mama

Vieira S, Mendes J, Carvalho D, Andrade L
Oncocenter – Centro Avançado de Radioncologia

Introdução: Estudo comparativo de planejamentos de radioterapia considerando a clipagem do leito cirúrgico e o planejamento com exames de imagem ou cicatriz cirúrgica. **Métodos:** Foram analisados retrospectivamente 12 pacientes com tratamento conservador de câncer de mama e que tiveram o leito tumoral clipado. As mesmas foram planejadas seguindo o leito cirúrgico clipado ou com quadrante acometido baseado nos exames de imagem prévios à cirúrgia ou na cicatriz cirúrgica. **Resultados:** Foram verificadas diferenças significativas nas variavéis, volume do boost ($p < 0,001$), dose máxima no pulmão ($p < 0,014$) e no volume da mama sem o boost ($p < 0,022$), quando comparados os planejamentos. Conclusão: O planejamento do boost de radioterapia seguindo a clipagem do leito cirúrgico resulta em cobertura adequada da área de risco e com diminuição do volume do boost da mama irradiada e da dose máxima em pulmão.

Implicações prognósticas dos tumores triplo negativo basal e não basal em pacientes com câncer de mama do Hospital Barão de Lucena –Recife-PE

Darley de Lima F.Filho, Nancy Cristina F.L.Ferreira, Alvaro A.B.Ferraz,

Objetivos: Correlacionar o estadiamento pós-cirúrgico e a evolução clinica em um período de 3 anos com as características histopatológicas e imunoistoquimicas considerados fatores prognósticos e/ou preditivos nas pacientes em tratamento de câncer de mama do tipo triplo negativo do Hospital Barão de Lucena. **Método:** O estudo foi feito com 125 pacientes do sexo feminino portadoras de câncer de mama triplo negativo e que foram submetidas a tratamento cirúrgico no serviço de mastologia do Hospital Barão de Lucena no período de julho de 2009 até julho de 2012.Nessas pacientes, foram estudadas as características clínicas e patológicas dos tumores e correlacionadas com os subtipos basal e não basal.A análise descritiva dos dados foi feita através de tabelas e/ou gráficos para variáveis qualitativas. Para análise de associação foi utilizado o teste Qui-quadrado para independência. Nas tabelas que apresentaram freqüência esperada menor que 5, em mais de 20% das caselas, foi utilizado o teste Exato de Fisher. Além disso, foi calculada a razão de chance (OR) e o intervalo de confiança para OR. Em toda a análise foi considerado nível de significância de 5%. **Resultados:** A media de idade foi de 49,77 anos (20 +-90), com relação a raça,tivemos a cor negra em 91(51,7%). O tipo histológico mais comum foi o ductal em 194(94,6%). O estágio patológico I/II foi o mais comum em 153(73%) das pacientes. Em 71 pacientes (53,11%) não apresentaram comprometimento axilar. O Birads IV foi evidenciado em 38(63,3%) das pacientes do tipo basal e em 22 (36,7%) no não basal. Com relação ao tipo de cirurgia, a cirurgia conservadora foi utilizada em 122(58%), desde setorectomia a técnicas de oncoplastia. A recorrência esteve presente em 30 ,sendo basal em 16 (53,3%) das

Sociedade Brasileira de Mastologia REGIONAL SÃO PAULO

pacientes e 14 (46,7%) no não basal, onde a metástase óssea foi a mais frequente. **Conclusão:** O presente trabalho nos permitiu concluir que houve correlação significativa entre o tipo basal e não-basal com o CK5/6, EGFR, grau histológico. Os fatores que mais foram significativos com a mortalidade foram o estadiamento patológico e a idade. É importante salientar que a presença de metástase e a histologia foram muito próximo da significância.

Identificação In Silico de Stratifina (SFN) como um novo gene putativo hidroximetilado no câncer de mama

Darley de Lima Ferreira Filho[2] Nara Barbosa Araújo[1], Roberta Luciana do Nascimento Godone[1], Carlos Henrique Madeiros Castelletti[1], Glauber Moreira Leitão[2], Nancy Cristina Ferraz de Lucena Ferreira[2], Danyelly Bruneska Gondim Martins[1], José Luiz de Lima Filho[1] - 1-Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami/LIKA – UFPE. - 2- Hospital Barão de Lucena –Recife-Pe

Introdução: A 5-HMC é um produto de conversão de 5-MC pela família de hidroxilases TET. 5-HMC foi proposto para ser um intermediário estável entre as etapas de metilação e desmetilação e levantou questões sobre sua função na regulação dos genes. As evidências sugerem que enquanto o 5-MC na região promotora reprime a transcrição; 5-HMC, especialmente sobre os corpos de genes, está associada com a expressão aumentada do gene. perda global de 5-HMC foi descrita em câncer de mama. No entanto, poucos estudos têm determinado os genes em que 5-HMC é baixa, especialmente no câncer da mama. **Objetivo:** Identificar por análise in silico, novos genes putativos que são hidroximetilado em corpos de genes e também descrito como hipermetilado no promotor em tumores de mama, uma vez que estes dois mecanismos epigenéticos de regulação de genes são bem relacionado. **Resultados:** Em 159 casos de câncer de mama avaliados no periodo de Janeiro de 2014 até Outubro de 2014 no Hospital Barão de Lucena, em apenas 25 casos foram identificados o gene LZTS1 e que cumpriu os nossos critérios. LZTS1, um gene supressor tumoral clássico, foi descrito com níveis mais baixos de 5-HMC e também hipermetilado em câncer da mama, em comparação com o normal da mama. Com o objetivo de encontrar novos genes hidroximetilado putativos relacionadas com o câncer de mama, que atravessou uma lista de 51 genes hipermetilado sobre a região do promotor em tumores da mama, obtido através MetaCoreTM, com uma lista de genes descritos por mostrando picos específicos de hidroximetilação em corpos de genes, a partir de um mapeamento genômico de 5-HMC em humanos. Quando estas duas listas foram sobrepostas, apenas o gene (SFN) Stratifin permaneceu. O gene SFN é um inibidor regulado por p53 de progressão G2 / M, e está envolvido em apoptose. **Conclusão:** Identificamos a SFN como um gene sob influências 5-HMC, que também é hipermetilado em tumores da mama. Uma vez que as alterações epigenéticas são reversíveis, a identificação de regra 5-HMC em genes específicos pode ser útil como uma via de alvo molecular para a terapêutica mais eficaz.

Tumor Phyllodes com evolução agressiva - Relato de caso

Tumor Phyllodes (TP) de mama é um raro tumor fibroepitelial. A recidiva é frequente e raramente metastiza. Paciente encaminhada ao nosso serviço em 2009 por TP benigno, com histórico de duas nodulectomias em mama direita e uma à esquerda evidenciando fibroadenoma (2001) e, em 2007 e 2008 novas cirurgias à esquerda (nodulectomia) com anatomopatológico (AP) de TP benigno. Em 2009,submetida à adenomastectomia esquerda. Em sete meses, realizado tumorectomia por novos tumores em plastrão de adenomastectomia, agora já evidenciando TP maligno. Novamente submetida à exereses em 2014, 2015 e 2016 por recidiva local e progressão para tórax, todas com o mesmo AP anterior. Paciente retorna com múltiplos nódulos com impossibilidade de tratamento cirúrgico. Decidido realizar radioterapia de toda a região e reavaliar possibilidade de exerese cirúrgica após.

Avaliação clínica e diagnóstica da mastite granulomatosa – doença em aparente ascenção.

Furtado JXA, Rocha AC, Leitão JPC, Silva LCF, Feitosa NCM. Instituição: Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Introdução: Mastite granulomatosa (MG) é uma doença inflamatória crônica da mama identificada geralmente em mulheres no período do menacme, podendo simular neoplasia maligna, tanto em suas características clínicas quanto em exames de imagem. Esse estudo tem o objetivo de identificar os fatores que possam estar relacionados com a etiologia da doença e avaliar os métodos propedêuticos para o diagnóstico efetivo. **Métodos:** Realizado um estudo de série de casos através da análise de registros de pacientes atendidas na MEAC, no período de agosto de 2014 à agosto de 2016, com hipótese diagnóstica de MG. Como variáveis foram avaliadas, dentre outras, as características pessoais e clínicas, intervalo entre a apresentação dos sinais/sintomas e início do tratamento, métodos de diagnóstico. **Resultados:** Dezenove pacientes apresentaram quadro sugestivo de mastite granulomatosa através da avaliação clínica e/ou anatomopatológica. Todas as pacientes realizaram biópsia incisional ou percutânea, sendo identificado granulomas em somente 13 casos. A média de idade de acometimento da MG foi de 32,4 anos (24-45 anos), sendo o intervalo entre a apresentação da doença e o início do tratamento de 3 meses e 15 dias. A média de tempo entre o último parto e o início da apresentação clínica foi de 5,6 anos. A maioria das pacientes amamentaram ou usaram anticoncepcional em algum período da vida. Quanto à lateralidade não houve diferença significativa entre o acometimento da mama direita ou esquerda, ocorrendo bilateralidade em apenas um caso. Em relação aos exames de imagem os achados mais encontrados aà mamografia foram: distorção arquitetural, assimetria focal e nódulos irregulares. A ultrasonografia mamária evidenciou em sua maioria a presença de abscessos, no entanto nódudos irregulares (BIRADS 4B ou 4C) foram descritos em 7 pacientes. Quanto às

manisfestações clínicas a presença de fístulas foi descrita em 94,7% das pacientes, úlceras em 26%, mastalgia moderada à severa em 57,8% e nódulos em 84%. Treze pacientes tiveram diagnóstico de MG, sendo 7 tratadas previamente para tuberculose e com falha de tratamento. O diagnóstico de tuberculose mamária foi sugerido em 6 pacientes. Realizado PPD, cultura para BK, bacterioscopia e Gram em todas as pacientes. **Conclusões:** Os sinais e sintomas são semelhantes na MG idiopática e na tuberculose mamária, sendo em sua maioria o diagnóstico realizado por alto grau de suspeição. Esse estudo evidenciou que a MG acomete em geral mulheres em idade fértil e com história de gestação e/ou lactação em algum período da vida. Os achados radiológicos podem simular neoplasia maligna, sendo necessário a biópsia para excluir a malignidade, pois dificilmente consegue- se identificar Micobactérias na secreção mamária e/ou fragmentos de biópsia, principalmente por ser a tuberculose paucicelular na mama. Os achados correspondem aos descritos na literatura. É importante avaliar novas abordagens diagnósticas e terapêuticas para a condução dos casos de MG, principalmente as de causas não definidas, pois não há protocolos de condutas padronizados.

Mastite granulomatosa idiopática corticóide dependente – A propósito de dois casos.

Furtado JXA, Rocha AC, Flores GZCF, Leitão JPC, Pinheiro GC. Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC).

Introdução: Alguns estudos sugerem o uso de esteróides para o tratamento da Mastite Granulomatosa Idiopática (MGI) devido a implicação de alterações auto-imunes na fisiopatogênese da doença. Não há, no entanto, protocolos de condutas específicos em termos de dose ou tempo de uso dos corticóides orais, sendo a terapia antimicrobiana também recomendada devido a alta probabililidade de infecção por Corynebacterium. A literatura também sugere a ressecção ampla das lesões, com margens livres, para o tratamento da doença, podendo ser indicada antes ou após o uso do corticóide. **Métodos:** Estudo de dois casos de pacientes que fizeram uso de esteróides orais, prednisona 30 mg/dia, com recidiva da doença após suspensão da medicação. Realizado *follow-up* de 12 meses para avaliação de recorrência da doença. Reiniciado corticóide, introduzido imunossupressor (metotrexate ou azatioprina) e observado resposta. Ambas realizaram biópsia percutânea com evidência de granulomas não-caseosos, PCR, cultura para BK, bacterioscopia, Gram e exames laboratoriais para pesquisa de doenças autoimunes. **Resultados:** Caso 1- Paciente 60 anos, nuligesta, múltiplos abscessos e fístulas em mama direita; fez uso de prednisona com redução das lesões, sendo submetida à ressecção cirúrgica das àreas residuais. Após 4 meses da cirurgia evoluiu com recidiva e iniciado tratamento empírico para Tuberculose mamária com agravamento significativo do quadro clínico. Reiniciado corticóide, tendo apresentando melhora e acrescentado azatiprina. Após 1 ano de seguimento sem recidiva. Caso 2- Paciente 55 anos, secundigesta, abscessos e fístulas em mama esquerda, tendo feito uso de Sulfametoxazol-trimetropim e claritromicina por

3 semanas seguindo de prednisona. Apresentou regressão das lesões, no entanto evoluiu com recidiva após 6 meses do término da medicação. Reiniciado corticóide e introduzido Metotrexate. Após 6 meses de seguimento sem recidiva. **Conclusões:** O tratamento da MGI é controverso. O uso de antibióticos ou corticóides e a excisão ampla do tecido afetado tem sido relatado como opções de tratamento, no entanto não há consenso sobre a terapia mais apropriada nesses casos. Embora excisão ampla da massa tenha sido tradicionalmente indicada, há descrição de alta taxa de recorrência e complicações (fístulas, úlceras e infecção). Terapia com corticoide é efetiva para diminuir a massa granulomatosa, sendo em casos recidivantes necessário dispor de imunossupressores como azatioprina ou methotrexate. Corynebacterium são cada vez mais reconhecidas como um importante patógeno na MG, sendo sugerido tratamento combinado com antibióticos. Alguns estudos evidenciaram que essa bactéria mostram baixa efetividade com o uso de ß-lactâmicos e fluoroquinolonas apresentando melhor resposta à rifampicina, claritromicia, sulfametoxazol-trimetropim e clindamicina .

Estadiamento clínico das pacientes diagnosticadas com câncer de mama no Serviço de Mastologia da Universidade Federal do Ceará.

Furtado JXA, Rocha AC, Silva LCF, Coutinho CC, Peixoto GF. Instituição: Universidade Federal do Ceará.

Introdução: Os métodos de rastreamento para o câncer de mama têm permitido cada vez mais o diagnóstico precoce e tratamento de lesões iniciais, reduzindo o número de casos de tumores avançados e metastáticos pelo mundo. Essa realidade, porém, nem sempre se aplica em países subdesenvolvidos, onde a dificuldade de acesso ao serviço de saúde ainda posterga o diagnóstico e tratamento dessas pacientes. O objetivo deste trabalho foi conhecer o estadiamento clínico das pacientes com câncer de mama, diagnosticadas e tratadas no Serviço de Mastologia da Universidade Federal do Ceará, buscando esses dados em nossa realidade de trabalho. **Metodologia:** Realizado um estudo retrospectivo, quantitativo, com a análise dos registros de pacientes diagnosticadas com câncer de mama no período de janeiro de 2013 a agosto de 2016. Foram colhidos dados relativos ao estadio, usando a classificação TNM, e idade da paciente ao diagnóstico. **Resultados:** Um total de 402 pacientes foram incluídas na pesquisa de dados. A média de idade ao diagnóstico foi 54,3 anos. Quanto ao Estadiamento Clínico (EC) 18 pacientes (4,5%) encontravam-se no EC 0, 57 (14,2%) em EC I, 104 (25,9%) em EC IIA, 67 (16,7%) em EC IIB, 59 pacientes (14,7%) EC IIIA, 90 (22,4%) em EC IIIB e 07 pacientes com metastases ao diagnóstico (1,7%). Somando-se os estadios IIIA e IIIB, evidenciamos o 37,1% de tumors localmente avançados, ou seja, mais de 1/3 de das pacientes atendidas no serviço de Mastologia da Universidade Federal do Ceará. **Conclusão:** Embora haja um esforços em campanhas de conscientização e métodos de rastreamento para que se trate o cancer de mama cada vez mais precoce, a realidade em

países subdesenvolvidos ainda se encontra longe do ideal, com um número expressivo de pacientes com tumores localmente avançados ao diagnóstico.

O papel da quimo e radioterapia neoadjuvante concomitante em câncer de mama localmente avançado refratário à terapia de primeira linha - conversão para operabilidade – Experiência da MEAC e CRIO (FORTALEZA- CE)

Rocha, Aline Carvalho Furtado, Josmara X A, Costa, Leonardo Atem G.A., Veras, Igor Moreira, Flores, Gina Zully Carthuacho - INSTITUIÇÃO: Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) /Universidade Federal do Ceará (UFC) e Centro Integrado de Oncologia -CRIO

Introdução: Os tumores de mama localmente avançados inoperáveis têm como tratamento padrão a quimioterapia neoadjuvante, porém, existe um grupo de tumores que mesmo após a utilização do esquema padrão de neoadjuvância apresentam uma resposta pobre e se mantêm inoperáveis. Nesses casos, podemos utilizar da radioterapia concomitante a quimioterapia como estratégia para melhorar a resposta patológica desses tumores, aumentando assim a ressecabilidade dos mesmos. Radioterapia neoadjuvante têm sido usada para o controle local de tumores de mama em uma variedade de situações. Porém, quanto maior o tamanho tumoral e a carga nodal torna-se mais difícil se obter uma resposta favorável, tanto com quimioterapia, quanto com radioterapia. Certos agentes quimioterápicos são conhecidos como radiosensibilizantes permitindo que assim se alcance um melhor controle local. **Objetivos:** Avaliar a taxa de conversão para operabilidade de tumores irressecáveis e a taxa de resposta patológica após quimio e radioterapia neoadjuvante. **Métodos:** Foram avaliados 9 pacientes com câncer de mama localmente avançados e inoperáveis, refratárias ao esquema convencional com antracíclico e taxane. Todas as pacientes foram avaliadas a cada ciclo. Após progressão ou estabilidade da doença apesar da mudança para docetacel, as pacientes tiveram seu esquema quimioterápico trocado para Genzar + CDDP semanal concomitante a radioterapia. **Resultados:** As pacientes apresentavam estadiamento clínico III A (3 pacientes) e IIIB (6 pacientes). O subtipo molecular predominante foi o triplo negativo (5 pacientes) e quatro pacientes tinham tumores luminais. Para a maioria das pacientes a troca do esquema quimioterápico e a adição da radioterapia foi realizada devido à falta de resposta clínica, estando o tumor ainda inoperável (sete pacientes). Somente 2 pacientes tiveram progressão da doença durante a vigência do esquema com antracíclico e docetaxel. Houve down-staging em todas as pacientes, com redução tumoral confirmado com histopatológico da cirurgia (mastectomia radical) entre 40 a 100% (duas pacientes tiveram resposta patológica completa). Todas as pacientes se tornaram operáveis. **Conclusão:** As pacientes em nossa série tratadas com quimio e radioterapia neoadjuvante obtiveram regressão tumoral importante, tornando esses

tumores operáveis. Também podemos observar que ocorreu melhora no controle local pós- cirurgia, à custa de toxicidade aceitável.

Achados incidentais em pacientes jovens com câncer de mama submetidas à cirurgia oncoplástica

Rocha, Aline Carvalho Furtado, Josmara X A; Peixoto, Gelma Freitas; Coutinho, Cristiane Carvalho; Pinheiro, Gabriela Carvalho - INSTITUIÇÃO: Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) /Universidade Federal do Ceará (UFC).

Introdução: Sempre que possível a cirurgia oncoplástica deve ser o tratamento de escolha para os tumores iniciais de mama ou para aqueles que sofreram down-staging após quimioterapia neoadjuvante. Na literatura, os achados incidentais de carcinoma oculto de mama descoberto em espécimes cirúrgicos tanto em mama contralateral, que sofreu simetrização, como em produto de mamoplastia homolateral é em torno de 1.12 a 4.5%. **Métodos:** Analisamos os espécimes de 36 pacientes submetidas à cirurgia conservadora utilizando técnicas oncoplásticas de reconstrução e simetrização da mama contralateral. **Resultados:** Em 3 pacientes encontramos o achado de carcinoma de mama incidental. Todas as pacientes eram jovens, com idade menor de 35 anos. A distribuição dos achados foi: carcinoma ductal *in situ* em produto de mamoplastia homolateral, carcinoma ductal invasivo (CDI) 0,9 cm e múltiplos focos de carcinoma ductal in situ (CDIS) após quimioterapia neoadjuvante e CDI em produto de mamoplastia. Estes dois últimos casos em produto de mamoplastia contralateral com técnica de pedículo inferior. Em todos os casos as margens estavam livres. Em 1 paciente, com achado incidental em mama contralateral, optou-se apenas pela realização da biopsia do linfonodo sentinela após a quimioterapia neoadjuvante (resultado negativo) seguido de radioterapia da mama. Em 2 pacientes procedeu-se à mastectomia nipple sparing. Em uma delas (paciente submetida a quimioterapia neoadjuvante) ainda havia CDI residual de 0,4 cm e base da papila com CDIS (ressecado o CAP). Nesta paciente o perfil molecular diferiu entre as duas mamas (HER 2 à esquerda e triplo negativo à direita). Na outra não havia mais tumor residual. **Conclusão:** Nossos achados correspondem com os da literatura, porém diferem em relação a idade média das pacientes com carcinoma incidental que é de 58 anos. Nossa casuística corresponde apenas à pacientes jovens. A única paciente com doença residual presente após ter sido submetida à mastectomia, tinha realizado quimioterapia neodjuvante e apresentava perfil molecular mais agressivo, inclusive com acometimento de cap.

Dermatofibrosarcoma Protuberans: Relato de um caso na mama masculina.

CALDERARO ASO, MONTEIRO NMG, PEREIRA CMBL, REGO JRS, REIS KS.
Instituição: Hospital Ophir Loyola – Serviço de Mastologia.

RESUMO

Introdução: O Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) é tumor raro que se manifesta como um nódulo endurecido, geralmente assintomático. Seu diagnóstico clínico é difícil, sendo confundido muitas vezes com um simples queloide. Seu tratamento primário é a excisão local ampliada com margens livres. Relato do Caso: Paciente apresentou mancha avermelhada em mamilo esquerdo,diagnosticado inicialmente como cisto complexo, foi realizado biópsia e resultado compatível com DFSP. Conclusão: O DFSP é uma doença desafiadora seja pelo seu difícil diagnóstico, muitas vezes negligenciado como no caso descrito assim como também por seu desenvolvimento indolente. O DFSP é um tumor raro,assim casos como esse contribuem para o melhor entendimento tanto de seu diagnóstico como de seu melhor tratamento e seguimento.

Introdução: O Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) é um tumor fibrohistiocítico de baixa a moderada malignidade com origem dérmica. Apresenta crescimento local agressivo, alta taxa de recorrência, mas baixo potencial metastático. É tumor raro que se manifesta como um nódulo endurecido, geralmente assintomático. Seu diagnóstico clínico e difícil, sendo confundido muitas vezes como um simples queloide. Seu tratamento primário é a excisão local ampliada com margens livres. **Relato do Caso:** Paciente com 32 anos do sexo masculino, apresentou mancha avermelhada em mamilo esquerdo, com aumento progressivo, diagnosticado inicialmente como cisto complexo através de ultrassom. Com o crescimento acelerado em poucos meses, foi realizado biópsia e resultado compatível com DFSP. **Conclusão:** O DFSP é uma doença desafiadora seja pelo seu difícil diagnóstico, muitas vezes negligenciado como no caso descrito assim como também por seu desenvolvimento indolente. O DFSP é um tumor raro, por isso casos como esse contribuem para o melhor entendimento tanto de seu diagnóstico como de seu melhor tratamento e seguimento.

Correlação das características ultrassonográficas com o perfil imunoistoquímico dos tumores mamários malignos

Pessoa CPKC, Gardinalli-Filho G, Pessoa EC, Vespoli HML, Uemura G, - CAM – Centro de Avaliação em Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Introdução: Estudos moleculares do carcinoma de mama, baseados na identificação do perfil de expressão gênica por meio do cDNA microarray, permitiram definir subtipos distintos: luminal (A, B e híbrido), superexpressão de HER2 e triplo negativo. Painéis imunoistoquímicos têm sido propostos para a identificação destes subtipos, buscando reproduzir com certa aproximação os perfis de expressão gênica. A ultrassonografia é uma importante modalidade de imagem na caracterização dos tumores de mama e, consequentemente, na morfologia das lesões malignas. **Objetivo:** Diferenciar os

subgrupos moleculares descritos quanto às suas características morfológicas ultrassonográficas. **Sujeitos e Métodos:** Este trabalho constitui-se em estudo clínico, de caráter analítico e prospectivo. Foram avaliadas 279 lesões mamárias com o diagnóstico de carcinoma ductal invasivo no Centro de Avaliação em Mastologia (CAM) do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP no período de 2010 a 2013. **Resultados:** As principais características ultrassonográficas associadas aos subtipos moleculares foram: a) luminal - pleomórficos, tecido ao redor do tumor espessado, margem não circunscrita, ausência de microcalcificações em seu interior, efeito acústico posterior ausente ou presença de sombra, presença de halo ecogênico e orientação não paralela a pele; b) triplo negativo - ovais e circunscritos, tecido ao redor do tumor normal, ausência de microcalcificações em seu interior, efeito acústico posterior ausente ou presença de reforço, limites abruptos e orientação mais paralela a pele; c) HER2 - pleomórficos, apresentarem tecido ao redor do tumor normal, margem não circunscrita, presença de microcalcificações em seu interior, serem heterogêneos, ausência de efeito acústico posterior, limites abruptos e orientação não paralela a pele. **Conclusão:** Foram encontradas características ultrassonográficas distintas (estatisticamente significantes) entre os subtipos imunoistoquímicos estudados.

Câncer de mama triplo-negativo (metaplásico): Recidiva contralateral 4 anos pós-tratamento em paciente de 29 anos.

Gardinalli-Filho G, Bonocher-Junior S, Pessoa EC, Vespoli HML, Uemura, G - CAM – Centro de Avaliação em Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Paciente E. C. R, 29 anos, submetida à mastectomia e linfadenectomia direita em julho de 2012, radioterapia e quimioterapia devido carcinoma metaplásico (6,0 cm) de alto grau com metaplasia osteocondróide. À imunohistoquímica, triplo negativo, com índice de proliferação celular de 80%. Paciente amamentando filha de 2 anos com antecedente pessoal de Carcinoma Papilífero de Tireoide, com tireoidectomia prévia, foi submetida à biopsia de mama esquerda em Março de 2016 no serviço de Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP por nódulo recidivante em mama esquerda. A avaliação ultrassonográfica do nódulo mostrou massa ovalada, margens circunscritas, heterogêneo, com reforço acústico posterior, fluxo Doppler em seu interior de alta resistência, medindo 4,2cm no maior diâmetro, Birads V. Realizado biopsia percutânea da lesão onde o exame anátomo patológico resultou em Carcinoma mamário invasivo triplo negativo com índice de proliferação celular de 80%. Ressalta-se que a morfologia da neoplsia atual é distinta da apresentada em 2012 em revisão de lâminas em conjunto com a equipe da Patologia. Realizado estadiamento clínico onde

se observou em Tomografia computadorizada de tórax imagem nodular heterogênea em pulmão esquerdo com densidade de partes moles correspondendo a acometimento secundário. Encaminhada a quimioterapia com proposta de quimioterapia paliativa com início de Gencitabina e Paclitaxel, porém paciente apresentou progressão de lesão em mama, aumento de nodulações em pulmão com derrame pleural e atelectasias e surgimento de nodulações em topografia de rim direito e massa tumoral cística em ovário esquerdo. Trocado esquema de quimioterapia para Docetaxel e Carboplatina, porém sem melhora clínica até o presente momento. Diante do exposto observa-se que a paciente apresenta um quadro extremamente agressivo e de comportamento incerto.

Relato de caso - Tumor Phyllodes Maligno com componente heterologo de Lipossarcoma

O Tumor Phyllodes Maligno com componente heterólogo de Lipossarcoma é raro, representando menos de 1% de todos os tumores de mama. O diagnóstico definitivo é pelo exame histológico. **Método:** Estudo descritivo-relato de caso.Paciente atendida no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer- SP. **Resultados:** Mulher de 44 anos, admitida em maio de 2016, no Serviço Mastologia do IBCC. Relata cirurgia de nodulectomia de mama direita em outro serviço cujo resultado anatomopatológico revelou Tumor Phyllodes Maligno com componente heterólogo de Lipossarcoma. Conduta foi estadiamento e tratamento cirurgico radical com reconstrução.anatomopatológico de peça cirúrgica sem neoplasia residual. **Conclusão:** O tratamento padrão ouro de Tumor Phyllodes maligno e/ou sarcomas da mama deve ser cirurgico com margens amplas.

Impacto de uma campanha de Screening de Câncer de mama na zona leste de São Paulo - 2015

Nunes LDS, MonteVerde MS, Dias GL, Cardoso GBS - Instituição: Hospital Santa Marcelina

Introdução: O câncer de mama é um problema de saúde pública no mundo. Metade dos casos de câncer de mama encontra-se em estágios avançados, demonstrando que o diagnóstico tardio é um problema para o sistema de saúde do Brasil. A mortalidade por câncer da mama pode ser reduzida em um terço das mulheres entre 50 a 69 anos com programas de rastreamento, que consistem de mamografia com ou sem exame clínico. A campanha de conscientização contra o câncer de mama, conhecida como Outubro Rosa, é realizada por diversas entidades, no mês de outubro, dirigida às mulheres com o objetivo de diagnosticar precocemente a doença. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo a todas as mulheres atendidas na campanha contra o câncer de mama na Arena Coríntias em parceria com o serviço de mastologia do Hospital Santa Marcelina no período de 26 a 31 de outubro de 2015. As mulheres foram avaliadas em duas carretas móveis, sendo realizada mamografia de

rastreamento em todas as participantes e ultrassonografia complementar nas que apresentaram alteração no rastreamento. Todas as participantes que precisaram de exame complementar foram encaminhadas ao nosso serviço para seguimento ambulatorial. **Resultados:** Foram atendidas 1174 mulheres, sendo que 96,4% apresentaram exame de rastreamento normal, e 3,6% apresentaram exame de rastreamento alterado sendo encaminhadas ao nosso serviço de mastologia para seguimento. Todos os exames foram laudados conforme o protocolo internacional do BI-RADS®, sendo realizados 1174 laudos: 113 (9,6%) B0, 50 (4,3): B1, 974 (82,9%): B2, 16 (1,4%): B3, 18 (1,5%): B4 e 3 (0,3%): B5. 42 pacientes (3,6%) encaminhadas ao ambulatório e apenas três não compareceram. Das 39 pacientes, 15 (42%) pacientes realizaram core biopsy e 24 (58%) pacientes foram seguidas como Bi-rads 3 (cisto espesso e assimetrias focais). Das 15 biopsias realizadas, 4 (11%) obtiveram resultado anatomopatológico maligno (dois carcinomas ductais invasivos, um carcinoma lobular invasor e um carcinoma intraductal), 11 (31%) obtiveram resultados benignos (um tumor filodes, uma adenose esclerosante e 9 fibroadenomas). Das 4 pacientes com biopsia maligna: três foram submetidas a procedimento cirúrgico (duas adenomastectomias com biopsia do linfonodo sentinela e uma mastectomia radical modificada) e uma paciente foi encaminhada para quimioterapia neo-adjuvante. **Conclusão:** O câncer de mama é uma importante causa de morbimortalidade no Brasil, portanto as campanhas de rastreamento de câncer de mama devem ser incentivadas, uma vez que contribuem para o diagnóstico e para a diminuição das taxas de morbi-mortalidade.

Avaliacao de resposta clinica e patologica apos tratamento com quimioterapia neoadjuvante em paciente

Introdução: QT-NEO avalia resposta in vivo, responsividade dos marcadores biológicos, operabilidade de tumores localmente avançados e fornece informação preditiva e prognóstica. **Objetivos:** Avaliar RPC E RCC e preditores independentes de acordo com subtipo molecular e tipo de cirurgia. **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, 01/01/12 – 31/12/14. Teste do qui-quadrado; coeficiente de contingência;SPSS18. **Resultados:** Pacientes de 40-49 anos, tumores localmente avançados, CDI e subtipo molecular A e B prevalentes. RCC 27,84% e RPC 9,79%. Existe associação entre RPC e RCC, seus preditores não são comuns exceto ILV e comprometimento linfonodal. Tipo de cirurgia varia de acordo com RCC.**Conclusões:** QT-NEO permite um entendimento do comportamento tumoral e a avaliação da resposta ao tratamento clínico com conseqüente impacto em termos de sobrevida.

Reconstrucao mamaria de paciente com siliconose extensa

L.J.M. , 63 anos, com história de injeção de silicone industrial nas mamas há cerca de 12 anos procurou o ambulatório de mastologia com queixa de dor e prurido nas mamas. As mamas apresentavam-se hiperemiadas, superfície irre-

gular, com nodularidades cutâneas vermelho-vinhosas, múltiplas, bilaterais. À palpação, mamas fixas, endurecidas e extremamente dolorosas. À ressonância nuclear magnética, mostrava siliconose em ambas as mamas, com impregnação de subcutâneo, pele e regiões periféricas. A opção da paciente, foi pela retirada total das mamas. Propusemos então mastectomia bilateral com linfonodectomia (havia linfonodos palpáveis com infiltração por silicone bilateralmente) e reconstrução imediata com músculo grande dorsal lipoenxertado, visando melhorar o volume das neo-mamas.

Pigmento de tatuagem em linfonodos axilares: ensaio pictorial

Guido DAR, Ferreira FAT, Moreira MBF, Camargo PM.. – Clínica Salomão Zoppi, São Paulo, SP.

Introdução: Após a realização da tatuagem, alguns pigmentos são fagocitados pelos macrófagos e podem lentamente migrar para linfonodos regionais através do sistema linfático. Dependendo da quantidade de pigmentos e também do tipo de pigmento utilizado na tatuagem, o linfonodo pode apresentar alterações nos métodos de imagem. Muitas vezes estes achados necessitam diagnósticos diferenciais com alterações suspeitas de malignidade em exames de imagem. **Métodos:** Descrevemos a seguir alguns casos atendidos em nossa unidade de diagnóstico e os achados radiológicos. Paciente feminina de 35 anos, mamografia de rastreamento, sem antecedentes familiares para câncer de mama, apresentando tatuagem extensa à direita. Mamografia de 04/02/2016 evidenciou nódulo com calcificações associadas, no prolongamento axilar à direita, semelhante ao exame anterior de 15/08/2015 que relata histologia de tecido fibroadiposo, podendo corresponder a pigmento de tatuagem, sais de metais inorgânicos. Realizada ultrassonografia mamária que também evidenciou nódulo hipoecóico no prolongamento axilar à direita, em correspondência ao achado mamográfico. Foi realizada a ressonância magnética mamária em 05/07/2016 que evidenciou alguns linfonodos axilares à direita com material de baixo sinal depositados em sua cortical, que podem corresponder a calcificações ou a pigmentos comumente usados em tatuagens. Paciente feminina de 40 anos, mamografia para controle de nódulo mamário, sem antecedentes familiares para câncer de mama, com tatuagem no dorso à direita. Mamografia de 19/05/2016 evidenciou linfonodo axilar à direita com cálcio, compatível com infiltrado de produto de tatuagem. Paciente masculino de 47 anos, mamografia devido elevação de marcador sérico. Mamografia de 11/07/2016 evidenciou linfonodos axilares bilaterais com focos hiperdensos sugestivos de captação de pigmento exógeno. Primeira mamografia. Paciente feminina de 35 anos, mamografia de rastreamento, sem antecedentes familiares para câncer de mama. Mamografia de 26/03/2016 evidenciou calcificações em linfonodos axilares à direita, provavelmente decorrente de pigmento de tatuagem. **Resultados:** Nas primeiras semanas após a tatuagem, os pigmentos costumam ser bastante estáveis. Com o

passar do tempo, porém, eles podem se espalhar pela região próxima à tatuagem e atingir os gânglios linfáticos. A maior parte dos pigmentos das tatuagens são compostos por uma mistura de vários metais como alumínio, titânio e ferro, porém a composição exata é muito variável, com vários tipos de pigmentos disponíveis de composição variada, sendo, portanto, difícil de predizer a apresentação radiográfica exata de qualquer pigmento de tatuagem. **Conclusões:** Pigmentos de tatuagem em linfonodos axilares podem apresentar alterações nos métodos de imagem. O conhecimento destes achados radiológicos são extremamente importantes, devido aos diagnósticos diferenciais que incluem doenças malignas como carcinoma oculto da mama, metástases e doenças benignas como tuberculose e necrose gordurosa.

Dermatofibrossarcoma protuberante - relato de caso na mama

Introdução: Dermatofibrossarcoma protuberante (DFSP) é um tumor maligno raro que afeta a derme profunda e tecido subcutâneo, agressivo localmente. **Relato de Caso:** Paciente com 35 anos de idade, apresenta nódulo em mama direita há quinze anos, com crescimento há um ano. Tabagista, sem outras comorbidades. Ao exame físico, mácula cutânea avermelhada irregular, nódulo endurecido, sem aderência a planos profundos, 4,0 cm, quadrante infero-medial de mama direita. **Biópsia incisional:** dermatofibrossarcoma protuberante CD 34 positivo e RE negativo. Realizada mastectomia simples e reconstrução mamária imediata com retalho do grande dorsal e implante CPG 250. **Conclusão:** O DFSP raramente se apresenta na mama. Possui altas taxas de recidiva e o tratamento cirúrgico é o mais importante. O tratamento adjuvante com radioterapia e quimioterapia pode ser utilizado em casos avançados.

Câncer de mama bilateral com diferentes respostas a hormonioterapia: desafios em terapia endócrina neoadjuvante.

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP/ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICES – Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP/ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICES – Reis YN, Malhone C, Palermo FG, Baracat, EC, Filassi JR. Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP/ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP.

Introdução: O uso de terapia endócrina neoadjuvante é uma excelente alternativa a ser explorada para pacientes com tumores luminais – menor toxicidade e sobrevida global superior a da quimioterapia isolada na pós menopausa. Deve-se definir qual medicamento a ser utilizado, por quanto tempo e como avaliar resposta ao tratamento. Relatamos um caso de câncer de mama localmente avançado bilateral, de características morfológicas e imunohistoquímicas semelhantes, porém, os tumores apresentaram diferentes

evoluções com o tratamento endócrino neoadjuvante. **Caso:** Paciente RC, 83 anos, natural de Irecê/BA, viúva, sem filhos, doméstica, evangélica, comparece a primeira consulta com queixa de aumento do volume da mama esquerda há 6 meses. Sem antecedentes familiares de câncer de mama ou ovário, hipertensa controlada. Ao exame físico apresentava nódulo 7x5cm em mama direita, ocupando quadrantes laterais e região central com retração da pele e espessamento do complexo aréolo papilar, com linfonodomegalia axilar. Na mama esquerda apresentava nódulo de 4x3cm em quadrante inferolateral, sem alteração da pele ou linfonodomegalia axilar. O exame de mamografia evidenciava nódulo espiculado de 7,8 cm em mama direita, com retração do CAP e linfonodomegalia associada, já na mama esquerda nódulo espiculado de 6 cm. A paciente foi submetida a core biopsy, cujo resultado foi carcinoma invasivo do tipo não especial, grau 2 histológico e grau 2 nuclear, subtipo luminal B para ambos os tumores, à direita receptor de estrogênio 100%, receptor de progesterona negativo, HER2 negativo, ki67 de 50% e à esquerda a direita receptor de estrogênio 90%, receptor de progesterona negativo, HER2 negativo e ki67 de 40%. O estadiamento sistêmico não evidenciou doença à distância. Iniciado tratamento com Letrozol neoadjuvante. Após três meses de uso a paciente havia tolerado muito bem o tratamento, com resposta clínica parcial bilateral. Após 10 meses, houve controle em mama direita e progressão à esquerda – nódulo de 5 cm com linfonodomegalia axilar. A paciente foi submetida a mastectomia radical modificada a Madden bilateralmente, adjuvância com exemestano e radioterapia de plastrão e fossa bilateralmente. Paciente atualmente em seguimento, sem sinais de recidiva local e sistêmica, 24 meses após o diagnóstico. **Conclusão:** Para os tumores que expressam receptores hormonais podemos considerar realizar terapia endócrina neoadjuvante ao invés da quimioterapia citotóxica convencional, essa com maior toxicidade. Devem ser consideradas as características do tumor e da paciente (idade, status funcional, comorbidades e questões sociais). Na pós-menopausa, o benefício absoluto em sobrevida global da quimioterapia isolada está em torno de 3-4%, enquanto para a hormonioterapia isolada em torno de 10%. Já não se questiona que os inibidores de aromatase são superiores ao tamoxifeno no papel de terapia neoadjuvante. Em relação ao tempo de neoadjuvância, um trial multicêntrico avaliou uso de letrozol neoadjuvante em pacientes não candidatas a cirurgia conservadora e sugeriu um tempo médio de resposta de 7,5 meses. O PEPI Score é um índice prognóstico muito utilizado na avaliação de tumores que receberam terapia endócrina neoadjuvante, baseado na análise do tamanho do tumor, status linfonodal, do ki67 e Allred score. Essa ferramenta auxilia na estimativa do benefício da hormonioterapia.

Relato de caso: seroma tardio após 10 anos de mamoplastia com colocação de prótese bilateral com finalidade cosmética

Escudeiro, I.M.; Martins M.M.; Lucarelli, A.P.; Oliveira V.M. – Irmandade Santa Casa de Misericordia de São Paulo

Introdução: As complicações do uso de implantes de silicone em cirurgias da mama podem ser precoces, mais frequentes, como hematoma e infecção e tardia, como contratura capsular e extrusão da prótese. O seroma tardio é definido pela turgência mamária sem sinais de infecção após 1 ano da cirurgia. Encontrado em 1-2 % dos casos e são raros os relatos na literatura. Na clinica de mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Irmandade de misericórdia de São Paulo foram observados dois caso, um publicado em 2007 no Breast Journal, vol.13 e este em fevereiro de 2016. **Caso Clínico:** E.S. 46 anos submetida a mamoplastia com finalidade cosmética e colocação de prótese de silicone bilateral em outro serviço há 10 anos. Encaminhada com quadro de mastalgia e edema de mama esquerda há 15 dias, com piora progressiva e sem sinais de infecção. Visualizado aumento do volume da mama esquerda sem sinais flogísticos, doloroso a palpação; implantes mamários de silicone bilaterais retroglandulares. **Exame ecografico:** prótese mamária subglandular de contornos irregulares e aparente descontinuidade na face posterior, região do quadrante superior e lateral da mama esquerda. Ressonância nuclear magnética confirmou presença de coleção mamaria esquerda. Optou-se por realizar capsulectomia e retirada de prótese com pexia biteral. **Discussão e Conclusão:** O seroma tardio é raro e existem poucos casos descritos na literatura, sendo a principal causa idiopática. Identifica-se irritação do tecido no local de contato com superfície rugosa da prótese. Além da resposta inflamatória do tecido, a destruição linfática e vascular predispõe o acumulo de líquido periproteico. É importante o diagnóstico diferencial com ruptura de prótese, infecção ou hematoma. A ressonância nuclear magnética auxilia no diagnóstico, com grande acurácia caracterizando coleções periproteícas e alterações do implante. O tratamento é cirúrgico. O caso em questão foi resolvido com retirada de prótese e capsulectomia. Devido ao volume mamário suficiente foi optado por não recolocar outro implante e realizar a pexia bilateral, visando manter a simetria das mamas. Acreditamos ser importante a divulgação deste caso pois auxiliará no diagnóstico e terapêutica das complicações tardias

Recidiva axilar em pacientes com câncer de mama e biópsia de linfonodo sentinela negativa – pn0(ls)

Tambellini P, Bevilacqua J L B , Muhlberg A C, Andrade F E M, Barros A C S D
HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS

.....

Objetivo(s): O objetivo desse trabalho foi: - Avaliar a incidência de recidiva axilar (RA) em pacientes pN0(LS) - Avaliar fatores preditivos de RA em pacientes pN0(LS). **Método:** Trata-se de coorte restrospectiva de pacientes com carcinoma mamário invasivo tratadas entre Janeiro de 2006 a Maio de 2015. Os dados foram coletados de bancos de dados do Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio Libanês e Clínica Professor Alfredo Barros. O número da amostra foi de 373 pacientes pN0(LS). Consideramos RA a recidiva tumoral exclusiva em linfonodos

axilares ipsilaterais ao tumor primário, no período de acompanhamento superior a 6 meses. Foram realizadas análises descritivas e análises comparativas através de teste exato de Fisher e com nível de significância estatística menor de 0,05. As variáveis analisadas foram tipo de cirurgia realizada, receptor de estrogênio e progesterona, HER-2, grau nuclear, tamanho do tumor, invasão vascular e linfática, realização de radioterapia convencional bem como radioterapia intraoperatória(IORT), quimioterapia e hormonioterapia pós operatória. **Resultados:** Com o tempo de segmento mediano foi de 25 meses, a incidência de RA foi de 1,3% (5/373). Das 5 pacientes que apresentaram RA 4 eram pós menopausa; 4 foram submetidas a cirurgia conservadora; 3 apresentaram receptor de estrogênio e progesterona negativos; 4 apresentaram HER-2 negativo; todas eram grau nuclear 2/3 e não apresentavam invasão vascular e linfática; apenas 1 paciente apresentou tumor maior que 23 mm; 2 realizaram radioterapia intraoperatória; 3 pacientes não realizaram hormonioterapia adjuvante e 4 pacientes realizaram tratamento quimioterápico. A positividade para receptor de estrogênio foi a única variável que apresentou correlação estatística (p=0,03) com a ocorrência de RA. **Conclusão:** Em nossa casuística, a incidência de RA foi de 1,3%, dado compatível com as incidências descritas em literatura em pacientes pN0(LS) em estágios iniciais: 0 a 4,5%. 34,35,36,37. Na análise univariada, a positividade do receptor de estrogênio se mostrou um fator preditivo para RA em pacientes com câncer de mama pN0(LS).

Mastite Granulomatosa Idiopática x Mastite Tuberculosa: Relatos e Comparação de Casos

Clímaco, FMS; Santana, BS; Costa FS; Oliveira, AC – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF/UFRJ

O diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias crônicas da mama são, muitas vezes, um desafio clínico. A Mastite Granulomatosa e a Mastite Tuberculosa são doenças raras, benignas, crônicas e fistulizantes, constituindo diagnósticos diferenciais uma da outra. As mastites granulomatosas correspondem a 1,8% doas casos de doenças mamárias benignas e as mastites tuberculosas a 3,5-4,8% dos casos de tuberculose nos países em desenvolvimento. Ao contrário da mastite granulomatosa, a doença tuberculosa é associada a um agente etiológico bem definido e ambas tem como importante diagnóstico diferencial o abscesso mamário e o câncer de mama. Com o objetivo de comparar as evoluções clínicas, resultados histopatológicos, recidivas e as nuances que fazem o diagnóstico diferencial entre as doenças, neste trabalho são descritos e comparados os casos de quatro pacientes em idade fértil (entre 22 e 36 anos), duas com diagnóstico de Mastite Granulomatosa e duas com Mastite Tuberculosa, que buscaram atendimento devido nodulação em mama e evoluções semelhantes com fistulização, drenagem de secreção purulenta e ulceração de lesões. Os tratamentos foram preconizados após realização de exames radiológicos, histopatológicos, bacteriológicos,

pesquisa de fungos, micobactérias e bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). Nas pacientes com Mastite granulomatosa o diagnóstico foi histopatológico com descrição de processo inflamatório crônico da glândula mamária, sugestivo de mastite crônica idiopática e abordada com corticóide, via oral, em altas doses. Já as pacientes com mastite tuberculosa, uma teve biópsia descritivas de granulomas hialinizados, com numerosas células gigantes multinucleadas, células epitelioides e esparsos linfócitos. Outra paciente apresentou BAAR positivo em pesquisa de secreção purulenta. Ambas foram tratada com esquema básico RIPE. Ao final pode-se concluir que em virtude de a possibilidade de diagnóstico diferencial com patologias malignas, associada a semelhança clínica entre as mastites granulomatosa e tuberculosa, o diagnóstico histopatológico é indispensável, visando abordagem adequada.

Duplo bloqueio em Câncer de mama HER2 positivo: Relato de caso

Araújo LP; Mattar A; Romão MBA; Shida JY; Gebrim LH – Hospital Perola Byington – São Paulo

Introdução: Segundo dados do INCA, é diagnosticado por ano mais de 40 mil casos de câncer (CA) de mama em mulheres no Brasil. Desses, 25 a 30% tem a amplificação do gene para o receptor do fator de crescimento epidérmico, human epidermal growth factor receptor (HER2). Câncer de mama com hiperexpressão do HER2 comporta-se de maneira agressiva, com sobrevida global e tempo livre de doença significantemente menor, em sua maioria. Terapias alvos foram implementadas para tratamento específico destes subtipos tumorais: o uso do Trastusumabe, um anticorpo monoclonal que atua inibindo a proliferação celular mediada pelo HER2, em associação com a quimioterapia (QT), é superior ao uso da QT isolada, com aumento significativo da sobrevida tanto na doença metastática quanto na adjuvância. Existem medicamentos em associação com o Trastuzumabe (duplos bloqueios do HER2) que aumentam de maneira significativa a resposta ao tratamento, alguns deles aumentando inclusive a sobrevida global, como o Lapatinibe. **Caso Clínico:** MLCO, feminino, 37 anos encaminhada ao Hospital Perola Byington com biópsia percutânea de outro serviço (10/02/2011) com diagnóstico de CA de mama esquerda ductal invasivo (CDI) grau histológico e nuclear 2, receptor de estrogênio positivo (100%), receptor de progesterona positivo (10%) e HER2 positivo 3+/3+. Estadio inicial IIB e foi então encaminhada para QT neoadjuvante. Realizou 4 ciclos de Adriamicina com Ciclofosfamida, seguido de 4 ciclos de Taxol (de 30/03/2011 a 26/09/2011), nesta época não estava disponível trastuzumabe para neoadjuvância no SUS. Foi então submetida a Mastectomia Radical Modificada à esquerda e Adenectomia profilática à direita com reconstrução bilateral imediata com expansor, em 26/10/2011. Anatomopatológico da mama esquerda: ypT1c ypN3 (T = 1,6cm; N = 14/22) e mama direita, livre de neoplasia. Paciente com história familiar de três tias maternas com CA de mama, mãe com CA de mama aos 53 anos e CA de ovário aos 45 anos e posteriormente

com teste negativo para mutações deletérias no BRCA. Como tratamento adjuvante, foi indicado radioterapia (RT) da mama (de fevereiro a março de 2012) e Tamoxifeno (iniciado em fevereiro de 2012). Recebeu ainda Trastuzumabe adjuvante por 18 ciclos (de maio de 2012 a maio de 2013). Em julho de 2013, a paciente apresentou uma crise convulsiva e foi diagnosticado tumor cerebral. Foi submetida a neurocirurgia com sucesso, confirmando ser um implante secundário de provável sítio de mama, com mesma IHQ. Realizou então RT. Iniciou, portanto, tratamento paliativo com Capecitabina e Lapatinibe em agosto de 2013 apresentado toxicidade moderada (Rash cutâneo Grau 2 e Sindrome mão-pé grau 2). A Capecitabina foi descontinuada em março de 2014 e manteve-se o Lapatinibe, agora em associação com o Trastuzumabe. Últimos exames de imagem (RNM de setembro de 2016 e CTs de junho de 2016) evidenciam resposta completa. **Conclusões:** O uso do Lapatinibe associado com Trastuzumabe (duplo bloqueio vertical) é uma boa opção terapêutica para pacientes metastáticas em que os outros anticorpos monoclonais não estão disponíveis. Este caso ilustra que o tratamento adequado pode controlar a doença de maneira efetiva.

Avaliação retrospectiva de 176 casos de resposta patológica completa em tumores triplo negativos pós quimioterapia primária

Araujo LP; Andre M; Fonseca GR; Shida JY; Gebrim LH – Hospital Perola Byington

Introdução: Tumores mamários triplo negativos (TMTN) são aqueles que não expressam receptores hormonais nem HER 2. A incidência varia entre 20 a 25% e classicamente apresentam um prognóstico mais reservado. Por outro lado, a resposta ao tratamento quimioterápico (QT) primário costuma ser bom, e, comparando-se com os tumores luminais, a taxa de resposta patológica completa (RPC) é alta. Estudos mostram que pacientes com TMTN que apresentam RPC tem um melhor prognóstico. Vários esquemas quimioterápicos são possíveis como tratamento primário, no entanto, poucos trabalhos dizem qual a melhor opção. O uso de derivados platínicos tem sido associado com altas taxas de resposta. Assim, analisou-se diferentes esquemas de QT e suas respostas. **Métodos:** Realizou-se uma avaliação retrospectiva de 176 mulheres com TMTN submetidas à QT primária durante o período de setembro de 2011 a janeiro de 2016 atendidas no Hospital Pérola Byington. Além dos dados clínicos, analisamos a taxa de RPC e a taxa de resposta completa Linfonodal (RCL) conforme a idade, o estadiamento clinico, o tipo de QT empregada e o grau do Ki67. O tratamento quimioterápico utilizado foi de escolha do médico assistente e para nossa análise dividimos em 5 grupos: 1- Docetaxel e Carboplatina (DC); 2- Docetaxel, Adriamicina e Ciclofosfamida (TAC); 3- 5-Fluoracil, Adriamicina e Ciclofosfamida (FAC); 4- Adriamicina e Ciclofosfamida (AC) e 5- Adriamicina e Ciclofosfamida seguido de Docetaxel (AC+T). Todos os esquemas utilizaram as diretrizes de intervalo, dose e número de ciclos. Utilizou-se o teste de qui-quadrado (x2) para a avaliação dos resultados. **Resultados:** A idade média das

pacientes foi de 48 anos (de 24 a 76 anos) sendo 25% menores que 40 anos, 36% entre 40 e 50 anos e 39% maiores que 50 anos. A taxa de RPC foi de 38%, independentemente do esquema quimioterápico, e a de RCL de 70%. Na nossa amostra identificamos 18% de estádios II, 77% de estádios III e 5% de estádios IV. Não houve associação entre RPC e a faixa etária das pacientes ou estadiamento inicial. Não houve, ainda, associação entre o tipo de QT utilizada e a RPC. **Conclusões:** Em nossa casuística de pacientes com tumores triplo negativos submetidas à QT não houve significância estatística quanto a resposta patológica ou idade nos diferentes tipos de tratamentos e, portanto o uso de derivados platínicos não deve ser utilizado como rotina até que dados de sobrevida sejam mais claros.

Relato de caso: Diagnóstico diferencial entre carcinoma mucinoso écrino de couro cabeludo e carcinoma mucinoso da mama

Nisida ACT , Abreu SFA, Fonseca GR, Mattar A, Gebrim LH – Hospital Pérola Byington- Centro de Referência da Saúde da Mulher

Introdução: O carcinoma mucinoso écrino é um tipo de carcinoma glandular, com um padrão morfológico característico, comparável com o carcinoma mucinoso da mama ou do trato gastrointestinal, que uma vez estabelecido o seu diagnóstico anatomopatológico (AP), é necessário um diagnóstico diferencial com as metástases cutâneas de um carcinoma visceral. Manifesta-se por um nódulo pálido ou violáceo de até 3 cm de diâmetro nas pálpebras, face, cabeça ou pescoço nos idosos. É um tumor com propensão para recorrer localmente, mas raramente gera metástase linfática, como o seu análogo câncer de mama. **Métodos:** Revisão de prontuário e exames de paciente em seguimento neste serviço. **Relato de caso:** Paciente JAR, sexo masculino, 66 anos, foi submetido em outro serviço a uma exérese de nódulo em região parietooccipital direita, no início de 2014, o material não foi enviado para exame AP. Em julho de 2015, houve recidiva local, o nódulo foi retirado e enviado para AP, com resultado de carcinoma mucinoso, positivo para receptores de estrógeno (RE) 90% e receptores de progesterona (RP) 100% e escore negativo para oncogene HER-2, sugerindo investigação de carcinoma metastático com origem mamária. Paciente foi então encaminhado ao nosso serviço, onde foi realizada extensa investigação. Ao exame físico apresentava ginecomastia bilateral e linfonodos móveis bilaterais, que o ultrassom evidenciou como aumento volumétrico das mamas predominantemente a custa de tecido adiposo, possivelmente associado a traços de tecido fibroglandular. À mamografia, apenas calcificações esparsas e linfonodos axilares bilaterais, com laudo BIRADS 2. Função tireoidiana e CA 15-3 com valores dentro da normalidade. Realizado cintilografia óssea, tomografias de tórax, crânio, abdome superior, pelve, USG de tireóide, parótida, bolsa escrotal, ressonância nuclear magnética de mamas e encéfalo, colonoscopia, esofagogastrodudodenoscopia, pet-scan, que não evidenciaram sinal de doença neoplásica. O perfil imunohistoquímico evidenciou um perfil Luminal A, RE 100%, RP 100%, Ki-67 5% e

HER negativo. No último controle clínico, um ano e dois meses após a exérese do nódulo, o paciente não teve recorrência local e sistêmica. **Conclusão:** Os carcinomas écrinos mucinosos da pele são histopatologicamente análogos ao da mama, compreendendo ninhos do epitélio neoplásico que flutuam em poças de mucina. Alguns tumores écrinos possuem RE, uma característica de alguns tumores da mama. O tratamento é a ressecção local com borda cirúrgica livre de tumor de 1 cm, e a linfadenectomia só é necessária se existir doença clínica evidente ou como medida profilática em tumor recorrente, localmente agressivo ou pouco diferenciado. Esses tumores são resistentes a quimioterapia e radioterapia. Levando em consideração a localização da lesão, ausência de outro sítio de doença, descrição histológica que confirma a morfologia habitual das glândulas écrinas, associado com exame físico, laboratoriais e radiológicos normais, consideramos por exclusão que o caso corresponde a um carcinoma écrino mucinoso cutâneo primário.

Avaliação da Incidência de complicações em cirurgia conservadora oncoplástica e cirurgia conservadora clássica no tratamento do câncer de mama.

Colabone RM, Brondi RS, Bagnoli F, Rinaldi JF, Oliveira VM – Instituição: Trabalho realizado na Clínica de Mastologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

1. Introdução: É reconhecido que as mamas são altamente valorizadas pela mulher, uma vez que se constituem em símbolo de maternidade, sexualidade e feminilidade (Al-Ghazal et al, 2000; Rowland et al, 2000). Tais valores têm motivado incessante busca da utilização de técnicas cirúrgicas para o tratamento do câncer mamário, que preservem, na medida do possível, as condições estéticas, sem prejuízo dos princípios oncológicos. **2. Material e métodos:** O objetivo do estudo é comparar as taxas de complicações (deiscência, necrose e hematoma) na cirurgia conservadora oncoplástica com as da cirurgia conservadora clássica e se estão relacionadas à idade, estado menopausal e comorbidades (tabagismo, hipertensão arterial e diabetes). Como objetivo secundário, avaliaremos se as complicações cirúrgicas e reabordagem por margens comprometidas cursaram com atraso no tratamento adjuvante dessas pacientes (quimioterapia e radioterapia). Trata-se de um estudo retrospectivo com análise de prontuários. Foram levantados dados das pacientes submetidas a tratamento cirúrgico conservador entre janeiro de 2007 e dezembro de 2013. O grupo 1 foi composto por 98 pacientes que foram submetidas a sectorectomia associado a técnicas de oncoplástica, e o grupo 2 por 169 pacientes operadas por setorectomia clássica, ou seja, sem a associação de técnicas de oncoplástica, totalizando 267 pacientes estudadas. Foram analisados e correlacionados dados como idade das pacientes, comorbidades, estado menopausal, complicações pós operatórias e atraso no tratamento adjuvante. Para análises estatísticas foram utilizados os testes testes t-student, qui-quadrado e teste de Fisher. **3. Resultados:** Em relação as complicações ci-

rúrgicas imediatas observamos maior incidência absoluta de hematoma, deiscência e necrose nas pacientes do grupo em que houve associação de técnicas oncoplásticas. No entanto, só houve diferença estatística significante entre os grupos quando analisada em relação à deiscência. Apesar de serem mais jovens as pacientes submetidas a oncoplástica, este fato não impactou nas morbidades associadas. Observamos baixa incidência de atraso de tratamento adjuvante nas pacientes estudadas. Das 267 pacientes estudadas apenas 2 (0,74%) tiveram atraso. Destas, 1 apresentou margem comprometida e teve que ser reabordadas e 1 paciente não teve adesão inicialmente ao tratamento. Ambas pacientes foram submetidas a cirurgia conservadora clássica sem técnicas de oncoplástica. Portanto, o tipo de técnica cirúrgica não implicou em atraso no tratamento das pacientes. **6. Conclusão:** Comparada com a cirurgia conservadora clássica, a cirurgia conservadora oncoplástica se mostrou semelhante em complicações imediatas. Somente observado maior incidência significativa de deiscência, o que não implicou em atraso no tratamento adjuvante dessas pacientes.

CDIS em paciente com Síndrome de Peutz-Jeghers: relato de caso.

Garcia MT, Donato AR, Palermo FG, Filassi JR, Baracat EC. Instituto do Câncer do Estado de São Paulo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICESP –HCFMUSP), Setor de Mastologia da Disciplina de Ginecologia.

Introdução: Síndrome de Peutz-Jeghers é uma condição autossômica dominante (mutação no gene STK11-cromossomo 19), com associação à polipose gastrointestinal, pigmentação mucocutânea e predisposição ao câncer. A presença de pólipos no trato gastrointestinal pode resultar em hemorragia crônica e anemia, além de obstrução recorrente e intussuscepção. Também está presente hiperpigmentação mucocutânea azul desde a infância que pode persistir na vida adulta, comum nos dedos. Existe risco aumentado para doenças malignas epiteliais (colorretal, gástrico, pancreático, mama e ovário) e adenocarcinoma do colo do útero 1,2. Sendo o risco para câncer de mama de 45%-54% 2. O manejo inclui tratamento das manifestações (polipectomias e laparotomias) e prevenção primária de neoplasias: mastectomia profilática e pan-histerectomia em pacientes acima de 35 anos ou com período reprodutivo completo devem ser consideradas 1,2,3. O rastreamento da mama está recomendado a partir dos 25 anos com exame clinico semestral e exames de imagem anual 1,4. **Método:** relato de caso de Carcinoma Ductal *In Situ* (CDIS) associado a Síndrome de Peutz-Jeghers e revisão da literatura. **Resultado:** RBV, 46 anos, com diagnóstico estabelecido Síndrome de Peutz-Jeghers, atendida no ambulatório de Mastologia do ICESP-HCFMUSP em agosto/2016, com microcalcificações bilaterais à mamografia. Ao exame físico: hiperpigmentações azuis em palmas das mãos. Mamas pequenas, sem alterações palpáveis. Realizada CORE Biopsy das microcalcificações amorfas e pleomórficas, de 9,5cm que se acometiam todos os quadrantes da mama direita; e também das microcalcificações amorfas de 0,5cm em

região central da mama esquerda. O resultado do anatomopatológico foi CDIS bilateral com grau nuclear 2 e receptores hormonais positivos. Paciente também apresentava em ovário esquerdo um nódulo sólido de 0,9cm^3 com sombra acústica, visualizado à ultrassonografia transvaginal. Indicada mastectomia à direita com pesquisa de linfonodo sentinela. Na mama esquerda, apesar de lesão de 0,5cm, frente ao alto risco para neoplasia estabelecido pela Síndome de Peutz-Jegher foi optado por mastectomia simples a esquerda. Como o mesmo intuito, a salpingooforectomia foi realizada. Paciente mantida em seguimento ambulatorial. **Conclusão:** A Síndrome de Peutz-Jeghers está incluída nas diversas síndromes do Câncer de Mama Hereditário. Tendo o diagnóstico dessa mutação, deve-se optar por conduta mais apropriada para cada paciente, com o intuito profilático ou terapêutico. Incorporar essas pacientes em programas de seguimento, com rastreamento precoce e aconselhamento genético é essencial. A mastectomia profilática, nesses casos, tem sido considerada como abordagem para reduzir os riscos de câncer de mama (5). Frente ao diagnóstico de lesão precursora para câncer de mama bilateral e tumor ovariano a esclarecer, a mastectomia bilateral com salpingooforectomia bilateral é conduta plausível nesse caso.

Cirurgia para tumores localmente avançados sem resposta ao tratamento neoadjuvante

Yamashiro K , Torres CF, Rapatoni L, Tiezzi DG, Andrade JM – Divisão de Mastologia e Oncologia Ginecológica – Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da FMRP da Universidade de São Paulo.

Introdução: A introdução da quimioterapia neoadjuvante (QTN) na década de 80 modificou o tratamento dos Carcinomas de Mama Localmente Avançados (CMLA) permitindo o uso de cirurgia e mesmo de cirurgia conservadora para casos anteriormente considerados não operáveis pelo alto risco de recorrências locais e levou a aumento significante das taxas de sobrevida. A introdução dos antraciclicos, taxanos e da terapia alvo melhorou ainda mais estes resultados. No entanto uma situação clinica preocupante é a resposta insuficiente ou mesmo progressão durante a QTN e há duvidas sobre o emprego da cirurgia para estes casos. É importante lembrar que nestes casos com indicação de mastectomia o uso de exames de imagem (mamografia e RNM) pouco pode ajudar na tomada de decisões. Apresentamos os resultados do tratamento cirúrgico em um grupo de pacientes com CMLA com resposta clinica insuficiente à QTN e com seguimento superior a 7 anos. **Métodos:** foram identificadas nas bases de dados 51 casos de CMLA tratadas no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2010 submetidas à mastectomia modificada com dissecção axilar, após QTNA. Destes, 22 mantinham tumores localmente avançados (GSR) e foram comparadas com as 29 pacientes que apresentaram resposta clinica à QTN (GRC). No GSR foram incluídas pacientes que mantiveram T>5 cm associados ou não a edema, *p'eau d'orange* ou ulceração.

No GRC àquelas com resposta clinica completa ou com nódulos <5 cm após QTN. Para QTN de primeira linha empregou-se antraciclicos e taxanes associada ou não a traztuzumab (TTZ). Para QTN de segunda linha foram usados gemcitabine e cisplatino (5 casos). A radioterapia associada à capecitabine foi indicada para casos com progressão (3 casos). Tratamento sistêmico adjuvante foi indicado para casos selecionados (hormonioterapia e/ou TTZ). **Resultados:** a idade variou de 27 a 71 anos. Os estadios foram: T3N0-2M0 (18 casos), T4a-c N0-3M0 (19) e T4d N0-3M0 (14) com distribuição semelhante entre os dois grupos. Os grupos GSR e GRC foram diferentes quanto às características dos tumores: 22% e 7% de triplo-negativos; 45% e 38% HER2+ e 54% e 72% de positivos para receptores hormonais, respectivamente. A taxa de resposta patológica completa (mama e axila) foi de 31% no GRC e 14% no GSR. A mediana dos intervalos livres de progressão foi significativamente diferente:13 meses para GSR(1- 90 meses) e 64 meses para GRC (3-83). Não houve recorrências loco-regionais no GRC e ocorreram 5 no grupo GSR (22%) três das quais associadas a metástases sincrônicas. Ocorreram 9 óbitos relacionados à doença no GRC (31%) e 11 (de 14) no grupo GSR (50%). Atualmente 8 pacientes estão vivas sem doença no GSR (36%) e 20 no GRC (69%). **Conclusão:** nesta população de paciente com tumores localmente avançados os resultados da cirurgia no grupo sem resposta a QTN foram claramente inferiores ao grupo que apresentou resposta clinica. No entanto deve se considerar que 78% das pacientes do GSR ficaram livres da doença locoregional e do seu impacto sobre a qualidade de vida. A menor taxa de sobrevida neste grupo em sete anos de seguimento não pode, também, ser considerado argumento válido contra o uso da cirurgia para estas pacientes. **Métodos:** No período de 2007 a 2010 foram tratados 14 casos de câncer de mama inflamatório segundo protocolo deste serviço que incluía quimioterapia neoadjuvante,controle local de doença com mastectomia e radioterapia seguido de tratamentosistêmico adjuvante em casos selecionados. **Resultados:** A idade variou de 31 a 70 anos (média de 51,7 anos), sendo todos os casos do sexo feminino. Apenas 2 não apresentavam axila comprometida e 43% classificados como T4dN2. Nenhuma das pacientes apresentavam doença metastática no estadiamento inicial. Todos os casos apresentavam histologia de tumores ductais invasores, sendo 29% deles de alto grau. O perfil triplo negativo foi encontrado em 3 pacientes (21,4%), a hiperexpressão de HER2 em 43% e positividade para receptores hormonais em 7 pacientes (50%). De acordo com protocolo do serviço, todas as pacientes com hiperexpressão de HER2 foram submetidas a terapia alvo com trastuzumabe desde a neoadjuvância e todas receberam taxanos. Apenas 2 casos necessitaram de trocar a linha de tratamento. Após término da terapia neoadjuvante, 4 pacientes (28,6%) apresentaram resposta completa ao exame físico, 8 (57,1%) reposta parcial, 1 apresentou resposta completa após segunda linha de tratamento e 1 não apresentou reposta. A seguir, todas foram submetidas a mastectomia e esvaziamento axilar. Das 5 pacientes com resposta completa no exame físico, 3 apresentaram correspondência anátomo-patológica (AP), uma apresentou lesão residual de 0,3 cm e outra

ausência de lesão invasiva residual porém 3 linfonodos acometidos por macrometástases. A média de intervalo livre de doença foi de 40,4 meses (2 a

Carcinoma escamoso metastático de axila em paciente grande queimado

Pires DM, Andrade RL, Nunes MB, Valadares CN, Souza GJ. – Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Introdução: Carcinoma escamoso (CCE) primário da mama é uma entidade muito rara. O diagnóstico obedece a critérios histológicos e clínicos muito precisos, com a finalidade de se excluir o carcinoma ductal da mama, invasão direta de carcinoma epidermóide da pele suprajacente, ou metástases de outros órgãos. A inflamação crónica parece ser um fator que contribui para o desenvolvimento deste tipo de tumor. Idade, o tamanho do tumor e a presença de acometimento ganglionar axilar são os fatores de prognóstico mais relevantes. O tratamento inclui primordialmente uma ressecção cirúrgica adequada, com margens livres de doença e quimioterapia adjuvante. O presente caso relata o diagnóstico de CCE em região axilar associado a invasão linfonodal em paciente grande queimado. **Métodos:** Revisão de prontuário médico da paciente em estudo e revisão de literatura em bases de dados. **Resultados:** Paciente 74 anos, portadora de nodulação em região axilar esquerda de crescimento lento e progressivo há aproximadamente um ano. Apresenta passado de queimadura de grande extensão na infância, em tronco e membros superiores, com cirurgias corretivas. Ao exame apresentava mamas pequenas, múltiplas cicatrizes, pele espessada, massa em região axilar esquerda de aproximadamente seis centímetros, endurecida e móvel cuja pele sobrejacente apresentava-se íntegra, além de crosta de aproximadamente um centímetro às 12h em mama direita. Mamografia com achados benignos e evidência de nódulo em região axilar esquerda. Ultrassonografia revelava massa sólido-cística, sem limites definidos medindo seis centímetros com fluxo periférico ao doppler. Ao ato operatório identificada lesão complexa de aproximadamente dez centímetros, de conteúdo misto e vegetações no interior, aderida a pele sobrejacente e planos profundos, sem plano de clivagem com músculo peitoral e vasos axilares além de alguns linfonodos de tamanho aumentado. Realizada ressecção parcial da lesão axilar esquerda e de linfonodos adjacentes e de úlcera em mama direita. Exame anatomopatológico da lesão compatível com carcinoma metastático em três de dez linfonodos isolados e lesão dérmica de caráter cicatricial benigna. Imunohistoquímica da lesão axilar principal compatível com carcinoma escamoso pouco diferenciado, de alto grau, metastático. TC de tórax sem evidências de acometimento pulmonar e não evidenciou detalhes de planos de clivagem com partes moles. Paciente encaminhada a oncologia e radioterapia. **Conclusões:** Trata-se de um caso raro de carcinoma escamoso cuja origem primária ainda é incerta. Pode representar um CCE primário da mama, diante da localização e da distorção da anatomia e do tecido mamário pelos danos

cicatriciais da queimadura, porém não se pode excluir metástase de carcinoma escamoso de pele que não tenha sido evidenciado visto que a queimadura é extensa e antiga. Os danos causados pela queimadura à arquitetura do tecido mamário podem ter contribuído com o surgimento da lesão.

Sarcoma de Ewing se manifestando como massa mamária

Andrade RL, Goursand MH, Cuellar RS, Nascimento MS, Souza GJ. – Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

Introdução: Sarcoma de Ewing é um tumor primário ósseo que afeta a população jovem, sendo mais frequente na segunda década de vida (64%). Afeta predominantemente pelve, fêmur, tíbia e úmero, manifestando-se inicialmente por tumoração ou dor óssea no local comprometido pelo tumor. O tratamento primário consiste em cirurgia sempre que possível combinada a quimio e radioterapia pré e/ou pós operatórias. Fatores de pior prognóstico incluem metástases ao diagnóstico, tumores de grandes volumes e idade superior a 17 anos. A taxa de sobrevida varia na literatura, mas são tumores localmente agressivos com prognóstico reservado, geralmente com resultado terapêutico pobre. O caso em estudo trata de rara apresentação de sarcoma de Ewing, como uma massa mamária de crescimento rápido, cujo diagnóstico diferencial se fez com neoplasia maligna de mama. **Métodos:** Revisão de prontuário médico da paciente em estudo e revisão de literatura em bases de dados. **Resultados:** Paciente feminina, 19 anos, encaminhada para avaliação de nódulo de rápido crescimento em mama direita. Relato de nódulo mamário em ultrassonografia há 2 anos, porém sem investigação subsequente, com crescimento mais importante há 6 meses. Negava perda de peso ou demais sintomas. Ao exame apresentava massa sólida fixa, ocupando toda a mama direita, sem infiltração de pele. Sem linfadenomegalias supra/infra claviculares ou axilares palpáveis. Core biopsy teve resultado inconclusivo por se tratar de tecido necrótico. Realizada biópsia incisional, compatível com neoplasia pouco diferenciada. TC de tórax evidenciou lesão expansiva medindo 10,7x12,6x8,4 cm, acometendo mama direita, parede torácica com destruição de quinto arco costal direito, lobo médio pulmonar e tocando pericárdio e câmaras cardíacas direitas e a porção medial do diafragma além de liinfadenomegalias da cadeia torácica interna direita, sugestiva de acometimento neoplásico secundário. Imunohistoquímica revelou positividade do marcador CD99 favorecendo o diagnóstico de Sarcoma de Ewing. Cintilografia óssea negativa para metástases. Iniciou tratamento quimioterápico VAC/IE (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina + ifosfamida e ectoposídeo) conforme protocolo INT-0091 e apresenta resposta parcial, com redução de aproximadamente 30% da lesão até o sexto ciclo. Tem programação de iniciar radioterapia concomitante à quimioterapia durante a décima segunda semana de tratamento e que o tratamento cirúrgico está programado para décima quinta semana. **Conclusões:** Trata-se de uma

rara apresentação de sarcoma de Ewing, tanto pelo local de apresentação quanto pela clínica da doença, tendo se manifestado como massa mamária cujo diagnóstico diferencial se fazia com neoplasias primárias da mama, incluindo tumor filoides. A paciente em questão apresenta critérios clínicos de mau prognóstico e está em acompanhamento multidisciplinar.

Carcinoma inflamatório da mama: seguimento a longo prazo

Torres, CF, Yamashiro, K , Menani, PCR, Souza, CB, Reis FJC – Divisão de Mastologia e Oncologia Ginecológica – Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da FMRP da Universidade de São Paulo.

Introdução: O câncer de mama inflamatório (CIM) corresponde a cerca de 1 a 2% dos casos de neoplasia maligna da mama sendo a menor porcentagem nas séries em que se emprega o critério histológico apenas. É um subtipo agressivo, apresentando prognóstico pior que outros tumores localmente avançados da mama. O emprego da quimioterapia neoadjuvante (QTN) e mais recentemente o uso de taxanos e da terapia alvo anti HER2, associado a tratamento local com cirurgia e radioterapia (tratamento tríplice) modificou o prognóstico destas pacientes principalmente em relação a controle local da doença. Apresentamos uma serie de 14 casos de CIM tratadas em nosso serviço com tratamento tríplice e seguidas por até 9 anos. **Métodos:** foram identificadas na base de dados os casos de CIM tratadas no período entre 2007 e 2010. O critério empregado para diagnóstico de CIM foi a presença de edema e peau d'orange em pelo menos metade da superfície da mama com ou sem identificação de nódulo. Foram tratadas 14 pacientes segundo protocolo que inclui QTN baseada em antraciclicos e taxanos associado a traztuzumab (TTZ) para os casos com superexpressão de HER2 seguida de cirurgia e radioterapia para casos com doença residual. Tratamento sistêmico adjuvante foi indicado para casos selecionados (hormonioterapia e/ou TTZ). **Resultados:** a idade variou de 31 a 70 anos (média de 51,7 anos). Não houve doença metastática no estadiamento inicial, mas 11 apresentaram axila positiva na primeira avaliação. Todos os tumores eram ductais; 3 eram triplo negativos; a hiperexpressão de HER2 foi detectada em 6 e apenas metade dos tumores mostrava positividade para receptores hormonais. Quanto à resposta à QTN, dois casos mostraram progressão e necessitaram de terapia de segunda linha (gemcitabine e cisplatino). Após término da QTN, 5 pacientes (35%) apresentaram resposta completa ao exame físico, 8 (57,1%) reposta parcial e 1 doença estável. Todas foram submetidas à mastectomia e esvaziamento axilar. Das cinco pacientes com resposta completa ao exame físico, três apresentaram resposta patológica completa (RPC), 1 apresentou lesão residual de 0,3 cm e outra ausência de lesão invasiva residual na mama porém 3 linfonodos com macrometástases. Apenas 1 paciente perdeu seguimento por transferência para outro serviço. A média do intervalo livre de doença (ILD) foi de 40,4 meses (2 a 90 meses). A sobrevida global foi

de 57,2 meses (21 a 93 meses) até a data de compilação destes dados. Ao longo do seguimento, a taxa de recorrência local foi de 21,4% (três casos com recorrência controlada) e 43% das pacientes apresentaram metástases. No grupo de pacientes com resposta patológica completa, a média de intervalo livre de doença foi de 61,7 meses (13 a 86 meses) e a média de sobrevida global foi de 80 meses (75 a 83 meses) e apenas uma paciente apresentou recorrência a distância. Atualmente 7 pacientes estão vivas sem doença. Um dos 5 óbitos não foi relacionado à doença. **Conclusão:** o tratamento neoadjuvante com taxanes e TTZ e esquemas de segunda linha levou a alta taxa de resposta clinica e 20% de RPC e melhora nas taxas de sobrevida. A mastectomia se mostrou uma abordagem adequada para controle da doença mesmo quando a resposta clínica não foi satisfatória.

Câncer de mama gestacional até a terceira década de vida: experiência de 2008 a 2015 em hospital oncológico.

Fraianella L MD; Makdissi FB MD, PhD; Santos SS RN, MS. – Instituição: AC Camargo Cancer Center

Introdução: O câncer de mama gestacional é definido como a neoplasia ocorrida em qualquer tempo, durante a gestação ou lactação ou dentro do primeiro ano puerperal. A mama é o sítio mais comum de ocorrência de tumores neste período reprodutivo, entretanto, trata-se de evento pouco comum – aproximadamente um caso para 3000-10000 gestações (Zagouri et al. 2013). **Método:** Estudo retrospectivo de quinze casos de câncer de mama gestacional em mulheres até trinta anos de idade, atendidas em algum momento no serviço de Mastologia do AC Camargo Cancer Center, no período de 2008 a 2015. Resultados: A média de idade das pacientes foi de 27,5 anos (variando de 23 a 30 anos). Cerca de 73,0% teve seu diagnóstico durante a lactação (até o primeiro ano) e 27,0% durante a gestação (do segundo ao sexto mês). Obesidade ou sobrepeso estavam presentes em 66,7% das pacientes. Tamanho tumoral médio de 57,1mm (variando de 14-120mm). Carcinoma ductal invasivo foi o diagnóstico mais prevalente (60,0%). Estadios II e III totalizaram 86,6%. Sessenta por cento das pacientes fizeram mastectomia radical e 66,7%, esvaziamento axilar. Quimioterapia neoadjuvante foi instituída para 40,0% das pacientes, e destas, 66,7% apresentaram resposta patológica completa. Dez pacientes eram Luminal B ou Triplo Negativo (33,3% cada). Cerca de 40,0% fizeram trastuzumabe por um ano durante lactação. No seguimento, 60,0% das pacientes está sem evidência de doença, média de 71 meses; 20,0% estão com doença estável, média 65 meses; e 20,0% tiveram óbito em decorrência de metástases, média de sobrevida de 62 meses. **Conclusões:** O câncer de mama na gravidez tem diagnóstico frequentemente tardio, devido às alterações gravídicas na mama durante a gravidez, sendo o tumor palpável a queixa mais comum na maioria dos casos (Basta *et al*. 2015). O tratamento destes casos segue os mesmos

padrões ditados para pacientes não gestantes, porém no primeiro trimestre de gestação o feto não deve ser exposto a antineoplásicos ou radioterapia, sob risco de teratogenicidade ou abortamento, assim a mastectomia é a conduta mais aceita no primeiro trimestre (Zagouri *et al*. 2013; Basta et al. 2015). Nos segundo e terceiro trimestres, o uso de antineoplásicos é seguro (Basta *et al*. 2015), o que não ocorre com a terapia hormonal, sob risco de má formações fetais ou síndrômicas, e uso do trastuzumabe durante a gestação – alterações no líquido amniótico, disfunções renais e baixo crescimento do feto (Zagouri *et al*. 2013). No geral, o câncer gestacional apresenta estadios mais avançados, características biológicas mais agressivas e maior comprometimento linfonodal, porém a sobrevida parece similar a de pacientes não grávidas. **Referência:** 1) Zagouri F, Psaltopoulou T, Dimitrakakis C, Barstsch R, Dimopoulos M-A. Challenges in managing breast cancer during pregnancy. J Thorac Dis 2013; 5(S1):S62-67. 2) Basta P, Bak A, Roszkowski K. Cancer treatment in pregnant women. Contemp Oncol 2015; 19(5): 354-360.

Quimioterapia neoadjuvante e câncer de mama em mulheres jovens: Resposta Patológica Completa (RCP) como indicador de desfecho favorável.

Fraianella L MD; Makdissi FB MD, PhD; Santos SS RN, MS. – Instituição: AC Camargo Cancer Center

Introdução: As indicações de terapia neoadjuvante sistêmica são as mesmas para todas as idades, e antes da cirurgia, constitui-se tratamento gold standard para o câncer de mama localmente avançado (Berruti *et al*. 2014; Ribnikar *et al*. 2015). Estudos demonstram que a RPC tem ótima correlação com o desfecho do paciente em termos de sobrevida livre de doença. **Método:** Análise retrospectiva de 50 pacientes com câncer de mama, com idade até trinta anos de idade, atendidas em algum momento no serviço de Mastologia do AC Camargo Cancer Center, no período de 2008 a 2015, submetidas à quimioterapia neoadjuvante (QTNEO). **Resultados:** Nódulo palpável era a queixa principal ao diagnóstico em 91,8%. A média de idade das pacientes foi de 28,1 anos (variando de 23 a 30 anos). História familiar presente em 28,6%. Por volta de 40,0% das pacientes tinha indicação de testar BRCA 1-2, e destas, 25,0% apresentavam mutações patogênicas. Tamanho tumoral médio de 49,5mm (variando de 5-120mm). Carcinoma ductal invasivo foi o diagnóstico mais prevalente (83,7%). Estadios II e III totalizaram 89,8%. Grau nuclear 3 presente em 65,3% dos tumores. Trinta e seis pacientes eram Luminal B ou Triplo Negativo (34,7% e 38,3%, respectivamente). Cinquenta e um por cento das pacientes fizeram mastectomia radical e 65,3%, esvaziamento axilar. Os esquemas para QTNEO mais realizados foram AC-T (4 ciclos de Adriamicina + Ciclofosfamida a cada 21 dias seguido por 12 ciclos semanais de Taxol) (44,9%) e AC-TH (Taxol acompanhado por Trastuzumabe) (12,4%). Trinta e oito pacientes apresentaram RCP ou resposta parcial (77,5%). Trinta e quatro pacientes que eram axila posi-

tiva tiveram resposta completa após a QTNEO (44,1%), com maior resposta entre os pacientes triplo negativo (10/15). No seguimento, 59,2% das pacientes está sem evidência de doença, média de 60,7 meses e 22,4% estão com doença estável, média 57,7 meses. **Conclusões:** O câncer de mama em mulheres jovens normalmente cursa com subtipos menos favoráveis e mais agressivos, além de estadios mais avançados, tumores de alto grau e mais casos triplo negativos (Menen e Hunt 2016). QTNEO nesta casuística mostrou-se eficaz na obtenção da resposta patológica completa e parcial, para a maioria dos tumores, especialmente os triplo negativos e luminais B. Trinta e oito pacientes com resposta parcial/completa após QTNEO e 100,0% sobrevida. Assim, a QTNEO mantém-se como ferramenta útil no tratamento de tumores em mulheres jovens, ainda que sob subtipos desfavoráveis, pois a obtenção de alguma resposta patológica impacta na sobrevida e erradicação da doença. **Referência:** 1) Ribnikar D, Ribeiro JM, Pinto D, Sousa B, Pinto AC, Gomes E, *et al*. Breast Cancer under age 40: a different approach. Curr. Treat. Options in Oncol. 2015; 16:16; 2) Berruti A, Amoroso V, Gallo F, Bertaglia V, Simoncini E, Pedersini R, et al.. Pathologic Complete Response as a Potential Surrogate for the Clinical Outcome in Patients with Breast Cancer after Neoadjuvant Therapy: a Meta-Regression of 29 Randomized Prospective Studies. J Clin Oncol 2014; 32(34): 3883-94; 3) Menen RS, Hunt KK. Considerations for the treatment of young patients with breast cancer. The Breast Journal 2016; 1-6;

Mastite eosinofílica não relacionada a doença sistêmica: relato de caso e revisão de literatura

Sonagli M, Silva FPA, Arantes B, Collins JBD, Makdissi FBA – Instituição: Hospital AC Carmago Cancer Center

Introdução: Mastite eosinofílica é uma doença rara, cujos achados clínicos e radiológicos podem mimetizar carcinoma mamário. Pode estar relacionada a síndromes que cursam com hipereosinofilia periférica, como asma e uma doença chamada Churg-Strauss. É importante estabelecer seu diagnóstico visto que é uma doença benigna de manejo clínico, portanto com tratamento cirúrgico desnecessário. **Relato do Caso:** paciente feminina, de 36 anos, que comparece com queixa de mastalgia bilateral associado a massa palpável e hiperemia em pele. Realizou tratamento prévio com antibioticoterapia, corticoesteróides e tamoxifeno sem melhora do quadro. O histórico familiar revelava somente a tia materna com câncer de mama aos 60 anos. Negava história de asma ou rinite alérgica. Os exames de imagem revelavam nódulo irregular ás 6h na mama esquerda ao ultrassom e assimetria focal na junção dos quadrantes inferiores (JQI) da mama esquerda à mamografia, laudo BI-RADS 4. A ressonância magnética das mamas demonstrava alterações bilaterais: - sendo à esquerda, lesão nodular complexa de 6 x 3 cm na JQI com extensão para a papila e com áreas de liquefação e realce irregular de septos e outra lesão adjacente medindo cerca de 9 x 8 cm e, na

mama direita, nódulo lobulado e irregular de 2 x 1,3 cm localizada no quadrante supero-medial (QSM) com aspecto semelhante às lesões da mama contralateral e área de realce segmentar extenso (6 x 2 cm) adjacente ao nódulo na mama direita. Não apresentava alterações nos exames laboratoriais (número de leucócitos totais de 9920/mm^3 o que excluiu síndromes hipereosinofílica e de Churg-Strauss. Ao exame físico, apresentava grande área endurecida palpável, ocupando toda a mama esquerda, sem alterações em pele e sem linfonodomegalias axilares bilaterais. Nodulo palpável em QSM mama direita. Foram realizadas core-biópsias das lesões em mama direita e esquerda sendo compatível com mastite crônica lobulocêntrica na mama direita e mastite eosinofílica em mama esquerda. **Conclusão:** a mastite eosinofílica é uma patologia rara, mas que que deve ser considerada como diagnóstico diferencial do carcinoma mamário quando não há indícios de malignidade no exame histopatológico. Até o momento, foram relatados sete casos mostrando o envolvimento do tecido mamário com estados hipereosinofílicos: três relacionados a asma, dois à síndrome de Churg-Strauss, um à rinite e um à síndrome hipereosinofílica, entretanto, nenhum relato manifestou-se sem a presença sintomas sistêmicos, como no caso relatado. O tratamento é clínico baseado na corticoterapia com remissão completa clínica e radiológica em torno de quinze dias a um mês após o início do tratamento e a única indicação de exérese cirúrgica é para excluir a presença de malignidade nas pacientes que não apresentam resposta ao tratamento com esteroides. Assim, o diagnóstico correto possibilita o tratamento conservador resguardando a paciente de um tratamento cirúrgico e de suas possíveis complicações.

Carcinoma adenóide cístico: um relato de caso

Schots MO, Góis MC, Medeiros KMOT, Schots SMFN, Farias JP – Liga norteriograndense contra o câncer

Introdução: carcinoma adenoide cístico representa menos de 0,1% dos casos. É a proliferação de elementos pseudoglandulares e deposição de material semelhante à membrana basal da glândula salivar. O objetivo deste relato de caso é demonstrar através de relato de caso da paciente portadora de carcinoma adenoide cístico seus aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. **Métodos:** Paciente MLMD, 51 anos, feminino, procedente de Natal – RN, queixando-se de lesão em mama direita há 2 meses. Ao exame físico teve evidência de área nodular na mama direita de 2,0 cm e localizado às 10/11 horas e axila negativa. Realizou mamografia em Setembro de 2015 com resultado de mamas densas com opacidades nodulares bilaterais BIRADS 0. Ultrassonografia revelando cistos bilaterais sendo o maior 1,1 cm em mama direita associado a nódulo em mama direita de dimensões 2,5 x 1,4 cm às 10h, associados a cistos de permeio e microcalcificações BIRADS 4B. **Resultados:** Realizado CORE de nódulo de mama direita às 10 h, em outubro de 2015, demonstrando carcinoma adenoide cístico Grau Histológico (GH) II Grau

nuclear (GN) 1. Estadiamento Clínico T1N0Mx, Estádio IA. Foi então realizado quadrantectomia e biopsia do linfonodo sentinela (BLS) com resultado anatomopatológico de carcinoma adenoide cístico GN1 e GHI, sem invasão angiolinfática e perineural e sem áreas de necrose. O BLS foi negativo. A IHQ foi triplo negativo com Ki67 30%. **Conclusão:** O caso citado mostra um carcinoma mamário raro e importante, pois exemplifica que nem todos os tumores triplos negativos são agressivos e de mau prognóstico. O carcinoma adenoide cístico tem baixo potencial agressivo e envolvimento axilar entre 0 – 4,6% dos casos.

Câncer de mama em mulheres até 30 anos: experiência de 148 casos em serviço de mastologia oncológica.

Fraianella L MD; Makdissi FB MD, PhD; Santos SS RN, MS. – Instituição: AC Camargo Cancer Center

Introdução: A idade jovem é considerada um fator prognóstico independente, pois apresenta maior risco para recorrência local (3x mais alta nos primeiros cinco anos) e alto risco para o desenvolvimento de metástases à distância e morte por câncer (Ribnikar *et al*. 2015). **Método:** Análise retrospectiva das 148 pacientes com câncer de mama, com idade até trinta anos de idade, atendidas em algum momento no serviço de Mastologia do AC Camargo Cancer Center, no período de 2008 a 2015. **Resultados:** Entre as pacientes avaliadas, o nódulo palpável era a queixa principal ao diagnóstico em 84,5%. A média de idade das pacientes era de 27,7 anos (variando de 19 a 30 anos). História familiar presente em 29,1%. Por volta de 48,0% das pacientes tinha indicação de testar BRCA 1-2, e destas, 25,0% apresentavam mutações relevantes e 9,9% sem significado certo. Obesidade ou sobrepeso estavam presentes em 71,6% das pacientes. O tamanho médio do tumor foi de 35,6mm (variando de 5-120mm). Carcinoma ductal invasivo foi o diagnóstico mais prevalente (75,7%). Estadios II e III totalizaram 87,9%. Grau nuclear 3 presente em 70,3% dos tumores. Trinta e seis pacientes eram Luminal B ou Triplo Negativo (60,8%). Quarenta e um por cento das pacientes fizeram mastectomia radical; 52,0%, esvaziamento axilar; 33,1% fizeram reconstrução imediata. Radioterapia adjuvante foi realizada em 55,4% dos casos. O esquema multimodal de tratamento mais realizado foi cirurgia + quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia, não necessariamente nesta ordem (30,4%), seguido por esquemas sem radioterapia (25,0%). Cerca de 20% das pacientes apresentaram doença metastática em algum momento do seguimento, e destas, 67,6% evoluíram para óbito (média de 46,4 meses até o evento). No seguimento, 64,2% das pacientes está sem evidência de doença, média de 66,6 meses e 22,4% estão com doença estável, média 74,5 meses. **Conclusões:** O câncer de mama antes dos 40 anos é uma doença complexa de manejo difícil. Mais de 90% são pacientes sintomáticos (Ribnikar *et al*. 2015). As mulheres abaixo dos 35 anos também apresentam mais mutações de BRCA 1-2, segundo estudos, 10,0-15,0% (Menen e Hunt 2016). A erradicação do tumor na mama e axila tem forte associação com o aumento da sobre-

vida livre de evento e sobrevida global, segundo Pennisi *et al*. (2016). **Referência:** 1) Ribnikar D, Ribeiro JM, Pinto D, Sousa B, Pinto AC, Gomes E, et al.. Breast Cancer under age 40: a different approach. Curr. Treat. Options in Oncol. 2015; 16:16; 2) Menen RS, Hunt KK. Considerations for the treatment of young patients with breast cancer. The Breast Journal 2016; 1-6; 3) Pennisi A, Kieber-Emmons T, Makhoul I, Hutchins L. Relevance of Pathological Complete Response after Neoadjuvant Therapy for Breast Cancer. Breast Cancer Basic and Clinical Research 2016; 10.

Relato de caso: Síndrome de Cowden com diagnóstico de dois tumores em idades muito jovens.

Sonagli M, Silva FPA, Dói M, Makdissi FBA
Instituição: Hospital AC Carmago Cancer Center

Introdução: A Síndrome de Cowden é uma síndrome hereditária autossômica dominante associada a mutação do gene supressor tumoral PTEN, cujo diagnóstico é difícil e a incidência estimada é de 1/200.000. Geralmente os pacientes apresentam-se com múltiplas lesões de pele e mucosas, pólipos no trato gastrointestinal, anormalidades ósseas e neurológicas e mal-formações vasculares além de estar relacionada ao aumento do risco de câncer de tireóide, mama, endométrio e rins. Por este motivo, recomenda-se o início de rastreio precoce para neoplasias para os pacientes acometidos a fim de diagnosticar em fase inicial e permitir tratamento adequado. **Relado do caso:** paciente feminina, 31 anos, com história pessoal de tireoidectomia total e iodoterapia aos 18 anos por carcinoma folicular de tireoide, encaminhada para avaliação de alterações em exames de rotina. Nega neoplasias familiar. Ao ultrassom, a paciente apresentava nódulo espiculado e irregular com 26 mm às 6 horas da mama esquerda (BI-RADS 4) e com assimetria focal com calcificações pleomórficas na junção dos quadrantes inferiores (JQI) da mama esquerda (BI-RADS 5) à mamografia. Além do nódulo já citado, o exame de ressonância magnética das mamas, identificou outros dois nódulos no quadrante supero-lateral (QSL) da mesma mama com 8 mm e 9mm (BI-RADS 4). Após biópsias, revelou-se carcinoma ductal invasivo tipo luminal A no nódulo no JQI e papiloma intraductal sem atipias e carcinoma mamário invasor com caracteríticas lobulares tipo luminal A nos nódulos no QSL. Esta paciente foi submetida a mastectomia esquerda simples e pesquisa de linfonodo sentinela comprovando carcinoma invasor misto ductal e lobular com associação a carcinoma ductal in situ, carcinoma lobular in situ e papiloma intraductal com atipias sem acometimento do linfonodo sentinela. Indicado tratamento adjuvante com tamoxifeno e zoladex. Foram evidenciados múltiplos hamartomas em faringe e laringe durante procedimento de entubação oro-traqueal, sendo necessária a ressecção de lesão obstrutiva endobrônquica por broncoscopia, com laudo de hamartoma pulmonar. Submetida à teste genético, identificou-se mutação do gene PTEN. No seguimento precoce, 4 meses após o tratamento inicial, apresentou lesão em base de língua com obliteração da

valécula e invasão da epiglote sendo submetida à faringotomia para ressecção. A endoscopia digestiva alta mostrou múltiplas lesões elevadas em esôfago (acantose glicogênica), antro gástrico (pólipos hamartomatosos) e duodeno (adenomas). Além dos achados descritos, ao exame físico, a paciente apresenta macrocefalia (acima do p97 para a idade) e múltiplas lesões palmares e faciais. **Conclusão:** A síndrome de Cowden tende a ser subdiagnosticada devido a variedade de sinais e sintomas. Esta paciente apresentou dois tumores primários em idade jovem (tireoide aos 18 anos e mama aos 31 anos) com diagnóstico possível pelo fato de haver o rastreamento diferenciado. A avaliação clínica destas pacientes deve incluir revisão da história familiar e aconselhamento genético, visto que, o diagnóstico da síndrome é essencial para prevenção e rastreamento das neoplasias entres os pacientes acometidos e seus familiares e permitindo a discussão do tratamento profilático com mastectomia e histerectomia.

Quadrantectomia central: uma abordagem neglicenciada?

Miguel L, Yamashiro K, Mandarano L R M, Menani P C R, Simoes W C – Divisão de Mastologia e Oncoginecologia Pélvica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Introdução: Tumores retroareolares situados próximos ao complexo aréolo-mamilar (CAM) têm sido tratados com mastectomia devido ao presumível risco de multicentricidade e resultados estéticos inferiores aos da reconstrução pós mastectomia. Com a melhora dos métodos de imagem e acurácia para avaliação da extensão das lesões, a quadrantectomia central (QC) pode voltar a ser uma alternativa segura para o tratamento de tumores próximos ao CAM. Apresentamos uma série de casos com tumores próximos ao CAM tratados com cirurgia conservadora e radioterapia. **Métodos:** No período de 2011 a 2016 foram tratados 14 casos com tumores localizados próximo ao CAM segundo protocolo deste serviço que incluía cirurgia conservadora, radioterapia e tratamento sistêmico. **Resultados:** A idade das paciente variou entre 44 e 83 anos (média de 57 anos). Todos os casos apresentavam histologia de tumores ductais, sendo 6 in situ e 8 invasores. Entre eles, 2 apresentavam diagnóstico de doença de Paget pura e 3 associados a neoplasia. O diâmetro variou de 2 e 84mm (media de 23mm). Todas as lesões invasoras eram de grau 1 ou 2, 8 apresentavam expressão de hormônio e apenas 2 casos apresentavam superexpressão de HER-2. Todos os casos foram criteriosamente selecionados para quadrantectomia central de acordo com análise prévia de exames de imagem – mamografia e ecografia mamária e inclusive complementada propedêutica em 1 caso com ressonância magnética. No intraoperatório, as peças cirúrgicas eram radiografadas no caso de microcalcificações ou submetidas a avaliação de margens para garantir maior segurança na ressecção do tumor. Além disso, 10 casos foram submetidos a pesquisa de linfonodo sentinela e dentre estes 3 a esvaziamento axilar. Em 2 casos houve necessidade de ampliação de margens

e apenas um foi submetido posteriormente a mastectomia por margens comprometidas. Em nenhum dos casos reabordados havia neoplasia residual. Como tratamento sistêmico, 3 pacientes receberam quimioterapia e 7 hormonioterapia. O tempo de seguimento médio foi de 20 meses. (4 a 68 meses). Neste período não houve recorrência locorregional ou sistêmica. **Conclusão:** As pacientes da série estavam predominantemente na quinta década de vida. A maioria dos tumores apresentavam diâmetro entre 2 e 3 cm. A indicação criteriosa de quadrantectomia central baseada em exames de imagem de boa qualidade e avaliação perioperatória de margens garantiu a segurança oncológica do procedimento cirúrgico. O resultado estético foi considerado satisfatório, não havendo casos de retrações ou grandes deformidades no contorno das mamas. O uso de tratamento sistêmico baseado nas características imunohistoquímicas do tumor atua sinergicamente para redução de risco de recorrência. Esta série de casos aponta a cirurgia conservadora como opção cirúrgica de escolha para casos selecionados de tumores próximos ao CAM.

Correlação do BI-RADS em achados da ultrassonografia com o anatomopatológico em pacientes de mastologia do Hospital Santa Marcelina Itaquera.

Cardoso GBS, Silvia MFR, MonteVerde MS, Angelieri GMA – Instituição: Hospital Santa Marcelina

Introdução: O câncer de mama é uma das principais causa de morte por câncer em mulheres no mundo. As estimativas para o ano de 2015 foram de 57.120 casos novos/100 mil mulheres. No Brasil, o rastreamento do câncer de mama não é realizado efetivamente, pois não há uma distribuição adequada dos mamógrafos para atender de forma oportuna esta demanda. Em 2014, segundo os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS, verificou-se que 4.110 serviços realizaram algum procedimento da linha de cuidado, sendo que 1.622 realizaram mamografia e 3.257, ultrassonografias mamárias (US). Do total de serviços, apenas 46 disponibilizaram todos os procedimentos previstos nesse nível de atenção. Nas Regiões Sul e Sudeste, todas as UF possuíam pelo menos um serviço que realiza todos esses procedimentos, sendo a Sudeste a que apresentou a maior concentração, a maioria em São Paulo. O Hospital Santa Marcelina Itaquera, localizado na zona leste de SP, é considerado segundo a Portaria SAS/MS nº 140/2014, um hospital de alta complexidade, pois conta com uma equipe multidisciplinar completa para atender as necessidades das pacientes com câncer de mama. Sendo assim, o serviço de mastologia, recebe semanalmente via sistema regulatório da saúde pacientes com alteração suspeita. **Métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo a todas pacientes atendidas no serviço de mastologia do Hospital Santa Marcelina no período de janeiro a dezembro de 2015 que apresentaram alteração no exame físico e ou de rastreamento que precisaram complementar com a US. **Resultados:** Foram avaliadas 242 mulheres pelo estudo US, sendo

40 (16,5%) mulheres menores de 40 anos e 202 (83,5%) mulheres acima de 40 anos. Todos os exames foram laudados conforme bases do BI-RADS®, obtivemos: B0 3, 15: B1, 55: B3, 94: B4, 23: B5 e 1: B6 respectivamente. Foram realizadas 130 avaliações da mama esquerda e 144 da mama direita. Destas 242 pacientes, 169 precisam realizar algum procedimento intervencionista diagnóstico, sendo realizados 87 (35,9%) PAAFs e 111 (45,8%) *core biopsy*, um total de 198 procedimentos. Somente, 30% das mulheres (73) fizeram apenas o US. Foram identificados 74 nódulos B3, 76 nódulos B4, 25 nódulos B5, 10 cistos complexos, 6 abcessos e 18 lesões classificadas como distorção arquitetural cirúrgica e 11 como não cirúrgica. Foram identificados 20 (8%) linfonodos atípicos e destes 12 confirmaram atipia pela citologia. Das 111 core biopsy realizadas 59,5% (66) apresentaram resultado anatomopatológico benigno e 40,5% (45) apresentaram resultado maligno. Das 87 PAAFs realizadas 88,5% (77) apresentaram resultado citológico benigno e 11,5 (10) com citologia maligna. **Conclusão:** O câncer de mama é uma importante causa de morbimortalidade no Brasil, portanto, é essencial que as mulheres sejam devidamente rastreadas e encaminhadas à um serviço de alta complexidade com o objetivo de proporcionar diagnóstico e tratamento adequado. Espera-se que as análises apresentadas neste estudo contribuam para o conhecimento e a fomentação de investigações locais, sendo capaz de promover o adequado desempenho das ações de controle dessa neoplasia.

Rabdomiossarcoma embrionário - relato de caso.

Almeida D C, Ribas K T, Teixeira C L B, Rocha S C, Imbassahy A C. – Instituição: Hospital Aristides Maltez, Salvador, Bahia.

Introdução: Rabdomiossarcoma (RMS) é a neoplasia maligna de tecido mole mais comum em criança, representando cerca de 10-12% de todos os tumores sólidos malignos. Sua apresentação na mama é extremamente rara, acometendo meninas em fase púbere, apresentando-se em menos de 3% dos sarcomas de tecido mole primário em adulto. A maioria dos RMS de mama são variantes do tumor filóide maligno, carcinoma metaplásico ou, mais frequentemente, decorrentes de crescimento metastático de sítio primário extra-mamário, como órbita, pescoço, tronco, extremidades e espaço retroperitoneal. **Métodos/Relato de caso:** C.A.J., 13 anos, feminino, deu entrada no hospital Aristides Maltez – Salvador/Ba com queixa de aumento do volume mamário há 3 meses. Genitora informa presença de pequena tumoração em região medial de mama direita, de crescimento progressivo, com hiperemia local, associada ao surgimento de outras tumorações em região axilar direita. Realizou ultrassonografia de mamas (10/11/15): imagem ovalada em mama direita, com margens parcialmente circunscritas, medindo 8,0 x 4,4 x 7,0 cm, ocupando praticamente todo parênquima mamário; mama esquerda com múltiplas imagens hipoecoicas, ovaladas, com margens parcialmente circunscritas, ocupando pratica-

mente todo parênquima mamário, medindo 7,0 x 3,3 x 6,4cm. Birads 4A. Ao exame, hiperemia e edema tipo casca de laranja em mama direita. Linfonodos axilares palpáveis e endurecidos bilateralmente. Tumoração de cerca de 11cm em mama direita, e de 9cm em mama esquerda. Submetida à biópsia das mamas (03/12/15), a qual, juntamente com a imunohistoquimica, evidenciou rabdomiossarcoma embrionário. Realizou cintilografia óssea (21/12/15): sem alterações; Tomografia de tórax e abdome superior (12/01/16): mamas exibindo realce heterogêneo, delineando áreas hipodensas em permeio, de aspecto inespecífico. Linfonodos isolados e confluentes em regiões axilares, medindo 1,0 e 4,2cm. Formação hipodensa, medindo 9,8 x 5,5 x 5,7 cm, em mediastino anterior, com limite superior ao nível do plano axial que tangencia D2, indissociada da superfície pleural, no terço inferior do hemitórax direito, projetando-se aos planos musculares da parede torácica superior à direita e indissociada da musculatura intercostal – conglomerado linfonodal? Lesão de outra natureza? . Encaminhada para a oncologia, onde iniciou tratamento com o esquema VAC + VCR, obtendo significativa redução tumoral. Avaliada pela cirurgia torácica, a qual orientou conclusão da quimioterapia e radioterapia para posterior procedimento cirúrgico. Encaminhada para outro hospital de referência da cidade, para iniciar a IMRT (radioterapia de intensidade modulada). **Resultados/Discussão:** O rabdomiossarcoma, tumor raro na mama, apresenta poucos casos relatados na literatura, geralmente em pacientes jovens do sexo feminino e geralmente se apresentam como tumores agressivos e com metástases precoces. As variantes mais comuns são o embrionário e alveolar. O tratamento pode ser realizado com quimioterapia, cirurgia e radioterapia. **Conclusão:** O diagnóstico histopatológico deve ser realizado com brevidade nesses casos, geralmente avançados. Mais estudos devem ser realizados abordando o rabdomiossarcoma embrionário para possibilitar maior taxa de resposta ao tratamento e aumentar a chance de sobrevida.

Características do tratamento e de pacientes com idade menor que 50 anos em hospital CACON da zona leste de São Paulo.

Nunes L D S, MonteVerde M S, Lobato G D, Gontijo M V, Cardoso G B S – Instituição: Hospital Santa Marcelina

A estimativa de casos de câncer de mama no estado de São Paulo foi de 69,70 casos/100mil mulheres, e este é um dos mais frequentes e importantes tipos de neoplasia diagnosticados em mulheres jovens. O estudo visa apresentar o perfil do tratamento instituído a pacientes do sistema único de saúde, com menos de 50 anos, em hospital CACON (Centro de Alta Complexidade Oncológica), na zona leste de São Paulo, área do município com população de 3,3 milhões e IDH de 0,478, muito abaixo do brasileiro (0,755) e da cidade de SP (0,805), semelhante ao de países como Sudão e Afeganistão. Os dados foram colhidos entre 01/03/2013 e 28/02/2014, incluindo paciente com idade inferior a 50 anos, com

total de 16 pacientes. O perfil etário foi: até 30 anos 6,25%; 31 até 40 anos 18,75%; 41 aos 45 anos 37,5%; 46 aos 50 anos 37,5%. Os achados histopatológicos eram exclusivamente de carcinoma invasor (SOE). O perfil molecular foi: 25% Luminais A; 43% Luminais; 18,7% Hiperexpressão HER; 2,5% Triplo Negativo. Não foram incluídas pacientes com doença metastática. Somente 50% dos casos se apresentavam como estádio I e II. Quimioterapia neoadjuvante (QTNEO) foi usada em 50% dos casos. Cirurgia conservadora foi realizada em 25% das pacientes e 50% destas realizaram reconstrução mamária imediata (RMI). Quanto as 12 mastectomizadas, 58,33% realizaram RMI, (índice nacional 10%). Quanto à abordagem axilar, 43,75% tiveram indicação de esvaziamento axilar (EA) já no planejamento cirúrgico. As 9 pacientes restantes foram submetidas a pesquisa de linfonodo sentinela axilar com biópsia por congelação (BLS), com indicação de EA para 77,77% delas. As porcentagens elevadas de EA (87,5%) são compatíveis com o elevado número de pacientes com doença localmente avançada. Na adjuvância, a quimioterapia foi usada em 15 (93,7%) pacientes, número igual ao de submetidas à radioterapia. Terapia alvo hormonal (TH) foi indicada para 10 (90,9%) das 11 pacientes com tumores luminais (uma contra indicada por trombose). Nos três anos de acompanhamento, 14 seguem sem recidivas e 2 faleceram por recidivas a distância. Concluiu se que o perfil bioquímico não é diferente de outros estudos. Os destaques negativos são o número elevado de pacientes admitidas com estadio avançado e até por consequência disso, a porcentagem elevada de indicação de EA. Destaques positivos foram institucionais, por conta do uso de técnicas de RMI numa porcentagem elevada, disponibilidade de BLS e QTNEO que aumentariam a chance de cirurgia conservadora. O número elevado de pacientes jovens com doença avançada, já foi tema de discussões em serviço e de entrevistas com pacientes e familiares. Das causas identificadas se destacaram o fato do hospital ser das poucas referências para tratamento de câncer em uma região muito populosa e socialmente carente, além de migração de pacientes diagnosticados em outros estados e trazidos por familiares para tratamento. Como solução na região geográfica do hospital, foi encurtado o tempo entre o encaminhamento de pacientes com suspeita, da UBS até o serviço de mastologia.

Manejo multidisciplinar de sarcoma primário de mama.

Gato L E R , Barbosa J A, Lin F M L, Cardoso G B S – Instituição: HOSPITAL SANTA MARCELINA

O angiosarcoma primário da mama faz parte do vasto capítulo de sarcomas, neoplasias tão polimórficas quanto agressivas. Incide com maior frequência em média aos 35 anos de idade e clinicamente predomina como massa indolor, de cor violácea ou enegrecida, marca de sua vascularização. Histologicamente caracteriza-se pela proliferação de células endoteliais que formam canais vasculares comunicantes entre si, infiltrando estruturas glandulares e o

tecido adiposo. Seu diagnóstico histológico é difícil, mesmo com apoio de estudo imunohistoquímico (IHQ). Pela dificuldade diagnóstica e agressividade, tem prognóstico desfavorável pelas frequentes metástases. Em nosso serviço, vem sendo feito seguimento de jovem paciente, feminina, 31 anos, oriunda de hospital secundário devido a rápido crescimento de massa mamária drenada por suspeita de abscesso que teria se formado quatro meses após cessar aleitamento. Quando da admissão em nosso serviço, o exame físico mostrava mama esquerda assimétrica por aumento de volume, pouco dolorida a palpação, com presença de áreas de consistência cística alternada com endurecidas e numerosas telangiectasias. Não havia comprometimento linfonodal, o que é típico dos sarcomas. USG com biópsia por Core, que levantou hipótese de sarcoma ou tumor Phyllodes. O resultado da biópsia revelou carcinoma indiferenciado, que complementado com IHQ revelou sarcoma de tecido mamário com: actina, AE1, desmina e HM45 negativos; AE3 positivo em focos; CD34 positivo em vasos e; ENA positivo. Nos 17 dias que se processaram entre a admissão no serviço e este resultado, houve crescimento do tumor em aproximadamente 10% e hemorragia pequena, mas contínua e incoercível, o que fez corroborar a urgência do caso e a indicação de tratamento cirúrgico radical (mastectomia Halsted). Estadiamento por imagem revelou presença de lesões sugestivas de metástase pulmonar bilateralmente (três em lobo inferior esquerdo e uma em lobo inferior direito). O caso foi discutido com a equipe de cirurgia torácica que decidiu pela intervenção (lobectomia inferior esquerda) e com a equipe de cirurgia plástica (reconstrução com retalho de grande dorsal) todos realizados em sincronia e com boa evolução, tendo sido completado tratamento vinte e três dias após, com segmentectomia pulmonar direita. A equipe de oncologia clinica e radioterapia, iniciaram radioterapia e 4 semanas após início desta, poliquimioterapia com adria, ifosfamida e granulokine. Desde então, paciente faz seguimento com equipe de mastologia, cirurgia torácica, plástica, psicologia, fisioterapia, assistência social e oncologia. No curso do segundo ano de tratamento, mantém boa evolução e sem recidivas. O sarcoma de mama é doença de difícil suspeição inicial, com histopatologia geralmente indiferenciada e que sem o apoio IHQ por vezes tornaria impossível sua caracterização. Some se o casmurroso comportamento, mesmo contra toda a radicalidade empregada em seu tratamento. É importante destacar como a multidisciplinaridade no tratamento dos sarcomas apresenta os melhores resultados.

Câncer de mama e Síndrome de Klippel-Trenaunay

SEQUEIRA TN, SILVA LR, CLÍMACO F, SILVA LMF, OLIVEIRA AC – Instituição: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ

.....

Introdução: A síndrome de Klippel-Trenaunay é um distúrbio vascular congênito raro, descrito pela primeira vez em 1900. Na maioria dos casos, sua apresentação clínica é formada

pela tríade clássica que consiste em hemangiomas, varizes envolvendo uma extremidade e hipertrofia óssea e/ou de tecidos moles. Sua etiologia ainda é incerta. Entretanto, algumas teorias sugerem que seja resultado de uma anormalidade mesodérmica que ocorre durante o desenvolvimento fetal, sendo que as alterações venosas presentes são decorrentes de uma obstrução venosa profunda ou da atresia de veias profundas. É frequentemente unilateral e segmentar e, em geral, respeita a linha média. Não existe nenhuma terapia curativa. O objetivo do tratamento é melhorar os sintomas, corrigir as consequências de lesões graves e as discrepâncias de comprimento. **Métodos:** O objetivo é relatar um caso de paciente do sexo feminino, 57 anos, portadora de Síndrome de Klippel-Trenaunay afetando dimidio esquerdo, com queixa de nódulo palpável em mama esquerda há dois meses, acompanhado de mastalgia, perda de elasticidade da papila e aumento do volume da mama. História pregressa de diversas ressecções cirúrgicas de hemangioma congênito em membro superior esquerdo. História familiar negativa para câncer de mama. Exame físico: Mama direita sem alterações. Tumoração de 6,0 x 4,0cm em quadrante superior lateral (QSL) de mama esquerda (ME), com hemangioma suprajacente e inversão papilar. Linfonodomegalia axilar esquerda e hemangiomas em face e membro superior esquerdo (MSE). Indicadas mamografia (MMG), ressonância magnética (RM) das mamas e tórax, e doppler de MSE. Realizada core biópsia para diagnóstico histopatológico e punção aspirativa com agulha fina (PAAF) de linfonodo suspeito em região axilar. **Resultados:** A MMG não foi realizada devido à presença de volumosos hemangiomas em hemitorax esquerdo. A RM revelou três nódulos em QSL de ME, o maior medindo 4,8 x 4,6 x 4,5cm, com linfonodomegalia axilar esquerda. BI-RADS 4. Foram observadas alterações vasculares nas porções posterior e lateral da ME, associadas a alteração morfoestrutural da musculatura peitoral, compatíveis com hemangioma. O laudo histopatológico foi compatível com carcinoma ductal infiltrante grau histológico III, RE 60-70%, RP negativo, Ki 67 80-90% e HER 2 negativo. A citologia de PAAF de linfonodo axilar esquerdo foi positiva para malignidade. A paciente foi submetida a seis sessões de quimioterapia neoadjuvante. A RM pós-quimioterapia demonstrou discreto realce heterogêneo em QSL de ME. Após discussão do caso com a equipe de Cirurgia Vascular, foi realizada ressecção segmentar, sendo descartada a mastectomia com abordagem axilar, devido ao elevado risco de hemorragia. Indicadas radioterapia da mama e das cadeias de drenagem linfática regionais e hormonioterapia adjuvante. **Conclusões:** A Síndrome de Klippel-Trenaunay é extremamente rara e, até o presente momento, não foi descrita associação com o câncer de mama. No caso descrito, devido à presença de volumosos hemangiomas em mama esquerda e axila homolateral, foi necessária a individualização do tratamento. Apesar do maior risco de recorrência, a cirurgia conservadora seguida de radioterapia foi indicada para controle locorregional da doença, devido a impossibilidade de se realizar tratamento cirúrgico radical pelo elevado risco de complicação.

Segurança dos Métodos de Imagem para o Estadiamento do Câncer de Mama durante a Gestação e a Lactância.

Albuquerque MLL, Souza JA, Graziano L, Guatelli CS, Marques EF. Instituição: A.C. Camargo Cancer Center.

Introdução: Durante os últimos 10 anos, com o aumento do diagnóstico de câncer de mama em mulheres jovens, a necessidade do uso dos métodos de imagem para estadiamento em pacientes gestantes e lactantes tem crescido. É necessário o conhecimento por parte dos radiologistas sobre a segurança dos métodos e o efeito que eles podem exercer no feto e no lactente. **Discussão:** Os exames mais utilizados no estadiamento do câncer de mama são a mamografia e a tomografia, os quais envolvem exposição à radiação ionizante. Podem causar efeitos determinísticos e estocásticos no feto. Os efeitos determinísticos ocorrem predominantemente entre 8 e 15 semanas de gestação, são dose dependentes e estão relacionados à malformação fetal e retardo mental, porém os exames de imagem não atingem este limiar. Os efeitos estocásticos ocorrem após uma única exposição e duplicam o risco de doenças linfoproliferativas durante a infância. Os métodos que avaliam estruturas anatômicas que se situam acima do diafragma e abaixo dos joelhos, como é o caso da mamografia e da radiografia de tórax, são considerados seguros. A tomografia de abdome e pelve não é indicada pela exposição direta. Já o uso de contraste iodado não é contraindicado, e seu efeito mais grave está relacionado ao hipotireoidismo transitório neonatal. Com relação à Ressonância Magnética, sabe-se que existem riscos teóricos ao feto. Os principais são os danos à migração celular e à audição fetal, porém não se provou que eles aconteçam na prática. Portanto o uso da ressonância magnética sem contraste em pacientes gestantes é considerado seguro. O contraste paramagnético não se mostrou teratogênico ou mutagênico em estudos realizados com gestantes após seu uso inadvertido, porém estudos prospectivos em humanos não estão disponíveis para comprovar a segurança do seu uso, portanto ressonâncias com contraste só devem ser indicadas caso os benefícios superem os riscos. Em pacientes lactantes, o uso do contraste paramagnético e o iodado é seguro, pois tem pequena passagem ao leite materno e baixa absorção pelo trato gastrointestinal do bebê. Portanto não se faz necessária a interrupção da amamentação após a injeção do contraste endovenoso. **Conclusão:** As doses de radiação às quais o feto é exposto durante a realização de exames de imagem são insuficientes para produzir efeitos determinísticos, e os danos relacionados aos efeitos estocáticos não costumam ocorrer na avaliação de estruturas anatômicas que se situam acima dos joelhos e abaixo do diafragma. Não existem danos documentados ao desenvolvimento fetal decorrente de exposição ao campo magnético da ressonância. No entanto a administração endovenosa de gadolínio está contraindicada pela falta de estudos em humanos, a menos que os benefícios superem os riscos. Durante a lactação, nenhum cuidado adicional é necessário no uso de contrastes.

Biópsia de microcalcificações mamárias guiada por ultrassonografia com uma nova técnica de processamento de imagem: ensaio pictórico.

Albuquerque MLL, Souza JA, Graziano L, Bitencourt AGV, Marques EF. Instituição: A.C. Camargo Cancer Center.

Introdução: O diagnóstico pré-operatório de microcalcificações mamárias suspeitas geralmente requer biópsia estereotáxica, sendo a mamografia o exame de referência para sua avaliação. Entretanto, em casos selecionados, a biópsia estereotáxica não é viável, como em pacientes com lesões muito profundas ou superficiais, ou naquelas com mamas pequenas. Recentes avanços na ultrassonografia (US) têm aprimorado a detecção destas lesões. O objetivo deste ensaio pictórico é demonstrar que uma nova técnica de processamento de imagem (MicroPure) pode ser utilizada para aumentar a detecção de microcalcificações por ultrassonografia, e, portanto, possibilitar sua biópsia guiada por este método de imagem. Métodos: Discutimos e ilustramos os achados radiológicos de microcalcificações mamárias agrupadas detectadas por ultrassonografia, utilizando escala de cinza e MicroPure (Toshiba America Medical Systems, Tustin, CA), com correlação mamográfica dos achados. **Discussão:** A mamografia é o padrão-ouro para a detecção e caracterização de microcalcificações, incluindo seus aspectos morfológicos. Entretanto, um procedimento guiado por ultrassonografia é melhor tolerado pelas pacientes. Ao US modo B, as microcalcificações são visualizadas com mais facilidade quando estão dentro de um nódulo hipoecogênico, pois esta estrutura funciona como uma janela acústica. Elas aparecem na escala de cinza como um foco hiperecogênico, usualmente sem sombra acústica posterior. No entanto, a visualização de microcalcificações isoladas ou grupamentos que não se encontram dentro de nódulos é mais difícil, devido à ausência de contraste entre elas e o parênquima normal. Desta forma, nos casos em que a biópsia se torna inviável através da mamografia, torna-se de grande valia que haja um aperfeiçoamento do método ultrassonográfico para a detecção de microcalcificações, possibilitando procedimentos percutâneos através deste método. MicroPure é uma função de processamento de imagem desenvolvida para aumentar a visualização de microcalcificações através do US5. Esta técnica combina imagens não-lineares e técnicas de supressão para marcar calcificações suspeitas como pontos brancos em um fundo azul. Apesar de a mamografia permanecer como modalidade de escolha para detecção e caracterização de microcalcificações, esta função pode viabilizar procedimentos de microcalcificações em casos selecionados, evitando cirurgias desnecessárias. Conclusão: Neste ensaio pictórico, foram ilustrados casos em que a ultrassonografia com auxílio da técnica de MicroPure mostrou-se um método efetivo para auxiliar na identificação e localização microcalcificações mamárias, sendo uma alternativa para guiar procedimentos em algumas pacientes com lesões suspeitas para câncer de mama.

Fibromatose do Tipo Desmóide da Mama.

Franca FC, Araujo DCM, Silva IA, Baracat EC, Filassi JR. Instituto do Câncer Do Estado De São Paulo, Faculdade De Medicina Da Universidade De São Paulo.

Introdução: Fibromastose do tipo desmóide da mama (FDM) é uma condição rara que afeta mulheres de 18 a 80 anos. É um tumor benigno de comportamento agressivo e alta taxa de recorrência local. Não tendem a causar metástases, 97% são esporádicos e podem estar associados a traumas locais cirúrgicos ou não-cirúrgicos. Métodos: relatar caso de FDM conduzido neste serviço. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, com queixa de nódulo palpável em união de quadrantes mediais (UQM) de mama esquerda há seis meses da admissão. Nuligesta. sem antecedentes ginecológicos ou obstétricos dignos de nota. Negava antecedentes familiares de neoplasia. Ao exame físico apresentava à inspeção retração de pele em UQM de mama esquerda e à palpação um nódulo endurecido, bem delimitado, pouco móvel, 2,5 x 2,5 cm, a 2,5 cm do complexo aréolo-papilar. Apresentava biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia de outro serviço com resultado anatomopatológico de lesão fibroepitelial favorável ao tumor filóide. Realizou ultrassonografia de mama esquerda que evidenciou nódulo sólido em UQM de mama esquerda, hipoecogênico, irregular, com limites mal definidos, com distorção arquitetural adjacente e sombra acústica posterior, medindo 1,8 x 1,1 x 1,2 cm, distando 0,5 cm da pele e 4 cm da papila. Os achados radiológicos foram considerados discordante do resultado anatomopatológico (AP) externo. Optado por realizar nova biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia, cujo resultado AP foi proliferação fusocelular hipercelular sem atipias. Exame imuno-histoquímico evidenciou beta-catenina positivo, p63 negativo, receptor de progesterona negativo, AML actina positivo (focal), citoquetatina 34 BE negativo, S100 negativo. Os achados hitológicos associados ao perfil imuno-histoquímico eram compatíveis com FDM. Realizada ressecção segmentar de mama esquerda, com saída de fáscia muscular, sem saída de pele, peça cirúrgica com 18g e 4,0 x 3,5 x 3,0 cm. Resultado de biópsia cirúrgica foi fibromatose do tipo desmóide com 3,0 cm de tamanho no maior eixo e margens superior, inferior, profunda, anterior e medial comprometidas pela neoplasia. **Conclusões:** FDM apresenta-se como uma tumoração indolor, promovendo abaulamento ou retração de pele. À mamografia pode ser confundido com carcinoma invasivo de mama pela característica espiculada. A ressonância nuclear magnética de mamas pode ser útil para avaliar extensão da lesão. À análise anatomopatológica possui aglomerados de células fusiformes separadas por grande quantidade de colágeno. Conduta cirúrgica é preconizada visando controle local sem comprometer função e estética. Ressecções com margens livres diminuem a incidência de recorrência. Atualmente, a importância do status da margem em relação à recorrência é questionada, e alcançar margens livres pode ser difícil devido a extensão e localização do tumor, o que tem levado à pesquisa de condu-

tas alternativas à cirurgia, como radioterapia, anti-inflamatórios não-hormonais, terapias endócrinas e agentes citotóxicos, ou até mesmo a conduta expectante.

Fatores associados ao comprometimento neoplásico do linfonodo sentinela em mulheres com câncer de mama em estádios clinicamente iniciais

Serra, KP; Araújo, TPO; Cardoso-Filho C; Zeferino, LC; Shinzato, JY – Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM/ UNICAMP

Introdução: A biópsia do linfonodo sentinela (BLS) é procedimento consolidado para avaliação dos linfonodos axilares em casos de câncer de mama com axila clinicamente negativa. A linfadenectomia axilar (LA) em caso de positividade do linfonodo sentinela (LS) ainda é o procedimento padrão para completar o estadiamento em caso de positividade do mesmo. Entretanto, há evidências de que em alguns casos a LA poderia ser evitada ou substituída por radioterapia, diminuindo a morbidade do tratamento. **Objetivos:** avaliar os fatores preditivos de comprometimento neoplásico dos linfonodos axilares. **Métodos:** O estudo foi uma coorte retrospectiva com análise de prontuários para coleta de dados e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/ UNICAMP. Foram levantados prontuários referentes ao período de fevereiro de 2005 a dezembro de 2010, sendo selecionadas 501 pacientes com câncer de mama T1 e T2 com axila clinicamente negativa e sem tratamento neoadjuvante. Estas mulheres foram submetidas a mastectomia ou cirurgia conservadora e BLS. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas e estatísticas descritivas das variáveis numéricas. Para comparação das variáveis categóricas entre grupos foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher. Para comparação das variáveis numéricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Das 501 pacientes submetidas a BLS, houve identificação do LS em 486 (97,39%) casos. A congelação foi positiva em 47 (11,35%) casos, negativa em 364 (87,92) casos e inconclusiva em 3 (0,72%). Houve 108 (21,91%) casos positivos após avaliação em parafina. Das variáveis estudadas, a presença de invasão vascular linfática (IVL) ($p<0,001$) e idade menor de 50 anos ($p=0,019$) estiveram relacionadas com a positividade do linfonodo sentinela. Tipo de cirurgia, tamanho tumoral, tipo histológico, multifocalidade, presença de focos de carcinoma *in situ*, status do receptor hormonal e HER2 não apresentaram significância estatística na predição de comprometimento do LS. **Conclusões:** Fatores conhecidamente preditivos de pior prognóstico como presença de invasão vascular linfática e câncer de mama em mulheres jovens, abaixo de 50 anos, estiveram relacionados à positividade do linfonodo sentinela neste estudo.

Fatores associados à positividade dos linfonodos do restante da axila em mulheres com câncer de mama com linfonodo sentinela positivo submetidas a linfadenectomia axilar

Serra, KP; Araújo, TPO; Cabello, C; Zeferino, LC; Shinzato, JY – Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, CAISM/UNICAMP

Introdução: A biópsia do linfonodo sentinela (BLS) em câncer de mama com axila clinicamente negativa faz parte dos protocolos de estadiamento na maioria dos serviços de referência para tratamento de câncer de mama. A linfadenectomia axilar (LA) em caso de positividade do linfonodo sentinela (LS) ainda é indicada na maioria destes serviços. Entretanto, há evidências de que em alguns casos esse procedimento poderia ser evitado ou substituído por radioterapia, reduzindo a morbidade ou sequelas do tratamento sem prejuízo do prognóstico. **Objetivos:** avaliar os fatores preditivos de acometimento neoplásico no restante da axila após BLS positiva. **Métodos:** O estudo foi uma coorte retrospectiva com análise de prontuários para coleta de dados e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Foram levantados prontuários referentes ao período de fevereiro de 2005 a dezembro de 2010, sendo selecionadas 501 pacientes com câncer de mama T1 e T2 com axila clinicamente negativa e sem tratamento neo-adjuvante. Estas mulheres foram submetidas a mastectomia ou cirurgia conservadora com BLS. Destas, 112 foram submetidas a LA por apresentar LS positivo em qualquer número, macrometástase ou micrometástase no exame de congelação ou na parafina e incluídas no estudo. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas e estatísticas descritivas das variáveis numéricas. Para comparação das variáveis categóricas entre grupos foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher. Para comparação das variáveis numéricas foi utilizado o teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Das 112 pacientes submetidas a LA, 76 (69,72%) não apresentaram acometimento adicional; 13 (11,93%) tinham 1 linfonodo acometido; 9(8,26%), tinham 2 e 11(10,09%) tinham 3 ou mais. Das variáveis estudadas, estiveram relacionadas com a positividade do restante da axila apenas a presença de invasão vascular linfática (IVL) (p=0.027) e idade menor de 50 anos (p=0,047). Tipo de cirurgia, tamanho tumoral, tipo histológico, multifocalidade, presença de focos de carcinoma in situ, status do receptor hormonal e HER2 não apresentaram significância estatística na predição de acometimento linfonodal adicional. Conclusão: Presença de invasão vascular linfática e idade abaixo de 50 anos estiveram relacionados de modo significativo à positividade nos linfonodos do restante da axila em mulheres com LS positivo e submetidas a linfadenectomia axilar.

Mastite puerperal complicada com abscesso e necrose: relato de caso

Lopes ENS. Co-autores: Nunes ERCG, Carvalho MC, Santos JAJ. – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Introdução: A mastite puerperal é um processo inflamatório, infeccioso ou não, na mama da mulher que amamenta. Sua apresentação grave com abscesso e necrose é rara e exige terapia em ambiente hospitalar. O presente trabalho tem como objetivo relatar uma caso extremo de mastite puerperal complicada com abscesso e necrose. **Relato de caso:** Uma puérpera de 19 anos, chegou à Maternidade dona Evangelina Rosa – MDER, Teresina-PI, no 39° dia pós parto do seu primeiro filho, que nasceu saudável, por cesariana sem intercorrências. Referia quadro de febre, dor, edema e eritema em mama esquerda de início algumas semanas antes. Procurou o Hospital Regional Senador Cândido Ferraz em São Raimundo Nonato – PI no início do quadro, onde foi diagnosticada com mastite puerperal e feito uso de oxacilina, gentamicina, metronidazol e tenoxicam. A paciente veio, então, encaminhada à MDER por persistência do quadro apesar da antibioticoterapia. Ao exame físico da admissão apresentava extensa área de necrose em quadrante superior lateral (QSL) da mama esquerda e drenagem de secreção purulenta nos bordos da lesão. A ultrassonografia de mama esquerda evidenciou áreas de ectasia ductal e extensa coleção líquida espessa em QSL, com drenagem espontânea de secreção purulenta. O rastreio infeccioso mostrou hemograma sem leucocitose e proteína C reativa negativa. A cultura da secreção purulenta isolou *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina. A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico, onde se realizou debridamento da área de gangrena na mama afetada, sem intercorrências. De assistência médica, realizou-se ainda terapêutica com Oxacilina e Metronidazol intravenosa por 14 dias, além de analgésicos e curativos com papaína 10% e colagenase pomada em mama atingida. A amamentação foi mantida em mama direita, pois esta não apresentava sinais flogísticos ou ingurgitamento. Após fim de antibioticoterapia, evidenciou-se ferida em mama esquerda em bom estado, sem áreas de necrose, com abundante tecido de granulação vermelho-vivo, porém drenando secreção láctea. Optou-se pela inibição da lactação com bromocriptina via oral por 7 dias e enfaixamento mamário, objetivando evitar fístulas ducto-cutâneas. Mãe e filho receberam apoio do banco de leite do serviço. Paciente evoluiu afebril desde o término da antibioticoterapia, apresentando ao exame mama esquerda com cicatrização de ferida em evolução satisfatória, sem áreas necróticas, e mama direita sem sinais de ingurgitamento. Recebeu alta hospitalar após 39 dias de internação, clinicamente bem e sem dor. **Considerações finais:** A mastite puerperal tem uma incidência estimada de 2% a 10% das mulheres que amamentam. Os casos que requerem hospitalização são raros; em uma coorte incluindo 136.459 puérperas, apenas 127 foram hospitalizadas por mastite, uma incidência de 9 por 10.000 partos. Os fatores de risco para o desenvolvimento de abscesso puerperal incluem primiparidade, idade gestacional ≥ 41 semanas e tabagismo. Nossa paciente era primípara; seu parto aconteceu na 39° semana de gravidez e ela negava tabagismo. O diagnóstico é clínico. No presente caso, a ultrassonografia foi realizada para se determinar tamanho e localização das coleções. A drenagem cirúrgica é justificada no ambiente de comprometimento da pele sobrejacente. Os cuidados ainda devem

incluir antibioticoterapia guiada por cultura e apoio multiprofissional, com trocas de curativo e orientações quanto à amamentação.

Avaliação das taxas de cirurgias reconstrutivas pós-mastectomias com a implantação da Lei 12.802/2013 e a criação do serviço de Cirurgia Reparadora em hospital público universitário

Sanvido VM, Pinto RC, Neto JTA, Nazário ACP, Facina G – Instituição: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM -UNIFESP)

Introdução: Nas últimas décadas, o aumento da sobrevida global de mulheres com câncer de mama, a melhoria da qualidade de vida e a preocupação com a estética culminaram com a disseminação das técnicas de cirurgia reconstrutiva da mama. Associado a esses fatores, a alteração da Lei 9.797/1999 evidenciou a obrigatoriedade da cirurgia reparadora no Sistema Único de Saúde nos casos de mutilação decorrentes do tratamento do câncer de mama, quando as condições técnicas fossem permitidas, no mesmo tempo cirúrgico ao tratamento oncológico, Lei denominada 12.802/2013. O objetivo geral do estudo foi avaliar o impacto das cirurgias reconstrutivas após a implantação da Lei 12.802/2013 o que decorreu na formação do serviço de Cirurgia Reparadora e o treinamento dos residentes de mastologista as técnicas de oncoplásticas nessa instituição. Os objetivos específicos foram analisar o tempo cirúrgico com a logística do centro cirúrgico com a associação da cirurgia reconstrutiva e as taxas de complicações. **Métodos:** Estudo prospectivo de janeiro de 2014 a junho de 2016, no qual foram incluídas as pacientes submetidas a mastectomias com ou sem reconstrução mamária pelo serviço de Cirurgia Reparadora da EPM – UNIFESP. **Resultados:** Foram realizadas 154 mastectomias, sendo 51,2% (79 pacientes) mastectomias com reconstruções (grupo 1) e 48,8% (75 pacientes) mastectomias sem reconstruções (grupo 2). Antes da Lei 12.802/2013, a reconstrução mamária pós-mastectomias era de 15%, o que resultou na elevação significativa de 36,2%. Ao comparar os dois grupos houve diferença significativa em relação a idade (grupo 1 com idade média de 48 anos e grupo 2 de 60 anos com $p<0,0001$) e a quimioterapia neoadjuvante (grupo 1 com 30,8% e grupo 2 com 65,3% com $p<0,0001$). Além disso, 91% das reconstruções foram imediatas e as reconstruções com próteses foram responsáveis por 87,5%. O tempo cirúrgico médio das mastectomias sem reconstruções foram 2h09 e mastectomias com implantes 3h17, com $p=0,0004$. As complicações nas cirurgias reparadoras foram de 31% e 12% de perda do implante. **Conclusões:** As taxas de cirurgias reconstrutivas pós-mastectomias aumentaram significativamente com a implantação da Lei 12.802/2013 e, principalmente, devido a formação de novos cirurgiões capacitados. Os procedimentos cirúrgicos puderam ser realizados na maioria das pacientes e a reconstrução mamária com implantes foi a primeira opção, com tratamento oncológico adequado e discre-

to aumento no tempo cirúrgico. Infelizmente, a cirurgia reconstrutiva apresentou taxa de complicação três vezes maior que a cirurgia estética, o que deve ser orientado adequadamente e esclarecido risco e benefício com a paciente. Fundamentalmente, esses dados reforçam a importância da formação de novos cirurgiões habilitados para tal função, ampliando o acesso das pacientes com câncer de mama à reconstrução mamária.

Relação entre a reabsorção do tecido adiposo e o fármaco anastrozol na lipoenxertia autóloga

Pauli BR, Mansani FP, Silvestre JB, Lipinski LC, Montemór Netto MR – Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

Introdução: O tecido adiposo é um material muito utilizado como preenchimento na remodelação de pacientes com câncer de mama após a retirada do tumor. Porém, a técnica de lipoenxertia possui altos índices de reabsorção e de substituição do enxerto por tecido fibroso. Uma alternativa estudada é a manipulação da sinalização do estrogênio, um regulador potente do tecido adiposo que modula seu desenvolvimento e função, que pode ser realizada com o fármaco Anastrozol, um inibidor potente e seletivo da enzima aromatase. Através dessa inibição, espera-se que haja diminuição das taxas de reabsorção da gordura e melhora na sobrevivência do enxerto, contribuindo para o aperfeiçoamento da técnica, proporcionando um melhor resultado final. **Materiais e Métodos:** Foram utilizados vinte ratos Wistar fêmeas, fornecidos pelo Biotério da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cada rata foi pesada, marcada e anestesiada pela via intraperitoneal. Após a tricotomia e antissepsia, um coxim de gordura inguinal foi dissecado através de uma incisão local, retirado e pesado em uma balança analítica, sendo implantado no subcutâneo do dorso do animal por uma incisão central. Após os procedimentos, as ratas foram divididas em dois grupos de 10 animais, sendo o grupo 1 definido como controle, e o grupo 2, experimental, que recebeu o fármaco Anastrozol (1ml/dia) por 30 dias. Após esse período, os animais foram pesados novamente e submetidos à eutanásia. Os enxertos foram reconhecidos pelo volume à palpação, retirados, repesados e preparados em lâminas coradas com hematoxilina e eosina (HE), para visualização em microscópio óptico. Foram avaliados parâmetros inflamatórios, esteatonecrose, neovascularização e reação gigantocelular. A análise estatística foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics versão 20, sendo utilizado o teste de Tukey, com $p < 0,05$ para rejeição da hipótese de nulidade. **Resultados:** As ratas de ambos os grupos obtiveram ganho de peso médio de 38g durante a pesquisa. A comparação das médias de peso da gordura enxertada e da gordura retirada após os 30 dias resultou em reabsorção de 63,2% de tecido no grupo controle e 62,8% no grupo submetido à terapia com Anastrozol, apresentando médias de peso do enxerto estatisticamente iguais entre os dois grupos, com $p=0,971$ para a gordura implantada e $p=0,983$ para a gordura retirada. A análise histológica dos enxertos revelou seme-

Sociedade Brasileira de Mastologia REGIONAL SÃO PAULO

lhança entre os grupos quanto aos parâmetros pré-estabelecidos de inflamação (p=0,778), esteatonecrose (p=0,965), neovascularização (p=0,710) e reação gigantocelular (p=0,899). Não foi observada nenhuma diferença significativa. **Discussão:** Na tentativa de alcançar resultados consistentes e reprodutíveis, muitas técnicas de lipoenxertia vêm sendo pesquisadas. No presente estudo, foi encontrado redução de mais de 60% do peso do tecido enxertado em ambos os grupos, além da presença de esteatonecrose discreta a acentuada e fibrose leve a moderada. Esses resultados apontam a imprevisibilidade na evolução e sobrevida dos enxertos, podendo resultar em taxas de reabsorção de 30-50% já no primeiro procedimento; além da intensa reação inflamatória, necrose gordurosa e fibrose. De acordo com a análise dos dados, observou-se que o Anastrozol não foi efetivo na melhora dos resultados da lipoenxertia autóloga, sendo necessárias mais pesquisas sobre o tema.

Carcinoma seroso de ovário com metástase em mama e axila: relato de caso

AMORIM, JMS; ARAUJO, RRF, CUNHA, MM, EDESSA, TK, JESUS, CRS – Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) – Universidade de Pernambuco

Introdução: Os carcinomas serosos correspondem a aproximadamente 80 a 85% dos carcinomas do ovário, sendo bilaterais em até 25% dos casos. Existem dois diferentes tipos de carcinomas serosos de ovário: o carcinoma seroso bem diferenciado, ou de baixo grau e o carcinoma seroso de alto grau histológico, com acentuada atipia celular, sendo geralmente diagnosticado em estádios avançados e com evolução desfavorável. O carcinoma primário de ovário raramente origina metástase para mama, com poucos casos descritos na literatura. Apenas cerca de 2% das lesões neoplásicas malignas nas mamas são de origem secundária e, do ponto de vista clínico e radiológico, podem mimetizar tumores primários benignos e malignos. Relatamos o caso de uma paciente com carcinoma seroso de ovário bilateral metastático para mama e axila direitos. **Relato de Caso:** Paciente MPBA, sexo feminino, 42 anos, G2P2A0, foi submetida à histerectomia com salpingooforectomia bilateral em outro serviço por apresentar lesões císticas em ovários. O histopatológico revelou carcinoma seroso de alto grau de ovário com comprometimento capsular e de tubas uterinas bilateralmente. Encaminhada ao serviço de oncologia clínica para tratamento adjuvante quando ao exame físico identificou-se linfonodos axilares direitos nível I endurecidos. Realizou ultrassom das mamas e mamografia ambos Birads 5 por imagens nodulares hipoecóicas às 10h na mama direita (0,6 x 0,4 cm e 0,4 x 0,2 cm) e linfonodos atípicos no prolongamento axilar direito. Realizada core-biopsy do nódulo da mama e linfonodo axilar onde a histopatológico e o estudo imuno-histoquímico revelaram ser carcinoma seroso de alto grau, sendo ovário/tuba uterina o sítio primário mais provável, receptor de estrogênio 98% e progesterona 85%, CK, WT1, PAX8 po-

sitivos. Paciente segue em quimioterapia com Taxol e Carboplatina. **Discussão:** A origem mais comum das lesões metastáticas para mama é tumor primário mamário contralateral. No entanto, entre os tumores sólidos extramamários, os que mais metastatizam para as mamas são: melanoma maligno, linfoma, câncer de pulmão, carcinoma ovariano, sarcoma de partes moles e tumores gastrintestinais e geniturinários. De fato, segundo um estudo realizado com 4.051 pacientes portadoras de lesão maligna mamária, apenas 0,07% delas apresentavam doença metastática para mama de origem ovariana. Na presença de lesão mamária em paciente portadora de carcinoma ovariano, é necessário diferenciá-la entre lesão benigna e maligna. Sendo maligna, é importante saber se a lesão é primária ou secundária, uma vez que o tratamento e prognóstico são diferentes.

Contribuição da lipoenxertia/ lipofilling na reconstrução mamária de paciente com Síndrome de Poland

Tomazzoni, GD, Biazús JV, Zucatto AE, Zancan M, Melo MP – Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A Síndrome de Poland é uma síndrome genética rara, caracterizada por agenesia completa ou parcial dos músculos peitorais. Sua incidência é de 1/30.000 nascidos vivos. Em 72% dos caos é observada ausência completa dos músculos peitorais, mais comumente unilateral (93% dos casos). Diversas variações de apresentação desta Síndrome foram descritas, sendo que outras deformidades torácicas e de mãos podem estar presentes, dentre elas: aplasia/hipoplasia de outros músculos da parede torácica, hipoplasia de tecido mamário e mamilo, ausência de cartilagens costais, escápula alta congênita (deformidade de Sprengel) e anormalidades digitais (braquidactilia, sindactilia). Na literatura, para tratamento de anormalidades torácicas severas em crianças, há descrição de reparo com retalhos miocutâneos como o retalho de músculo grande dorsal. **Métodos:** Relato de caso de paciente com diagnóstico de Síndrome de Poland tratada no Serviço de Mastologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Resultados:** Paciente feminina, 14 anos, com diagnóstico de Síndrome de Poland (ausência de musculatura peitoral maior e menor à esquerda e hipoplasia acentuada da glândula mamária esquerda), consulta no Serviço de Mastologia do HCPA. Ao exame clínico: paciente magra, ausência de musculatura peitoral à esquerda, tecido mamário e papila de aspecto pré-puberal à esquerda e desenvolvimento mamário normal à direita, sem outras malformações torácicas ou em mãos associadas. Realizou exames de imagem complementares (ecografia mamária e ressonância magnética do tórax) que confirmaram ausência de musculatura peitoral, em evidências de comprometimento de arcos costais e musculatura intercostal. Objetivando a reconstrução mamária à esquerda, foi realizada sessão de lipoenxertia em dezembro de 2013, com injeção de 67 ml de gordura processada através da técnica de Coleman, em subcutâneo e mama rudimentar esquerda. Em 27/07/15, realizada inserção

de expansor de tecidos formato anatômico de 400cc de volume com válvula inclusa, no plano subcutâneo da mama esquerda. Injetados 200 ml de soro fisiológico no expansor no trans-operatório. Realizadas consecutivas expansões de volume em regime ambulatorial até que a capacidade total fosse completa em 12/04/16 (400 ml de soro fisiológico). Após 4 meses, foi realizada troca do expansor por implante mamário redondo, perfil alto, volume 425 cc, além de lipoenxertia de 53 ml de gordura processada pela técnica de Coleman em quadrantes internos, preferencialmente em quadrante superior interno para prover um contorno mais natural ao implante. Paciente apresenta excelente evolução pós-operatória, com grande satisfação em relação ao resultado da reconstrução mamária. **Conclusões:** Em paciente com deformidade grave da parede torácica relacionada à Síndrome de Poland, a reconstrução mamária associando técnicas de lipoenxertia com a utilização de expansor/prótese é extremamente promissora, prescindindo da utilização de retalhos miocutâneos.

Tratamento de Tuberculose Mamária no Serviço de Mastologia Fundação Cecon: Um Relato de Caso

Fonseca IM, Pereira HFESA, Celloni DT, Correa CF, Barroso TV – Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

Introdução: A mastite granulomatosa é uma doença inflamatória crônica e benigna, cuja etiologia é desconhecida. A incidência é incerta e geralmente ocorre em mulheres jovens em idade fértil com lactação recente. Dos diagnósticos diferenciais encontra-se a tuberculose mamária, que representa menos de 0,1% das enfermidades da mama. A infecção pelo Mycobacterium tuberculosis é incidente em países em desenvolvimento, estando em declínio em países desenvolvido. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino com 19 anos, virgo sem uso de anticoncepcionais, evoluindo com abscesso e formação de fistulas em sulco mamário desde os 14 anos (2011). Foi inicialmente tratada com antibiótico e posteriormente ressecção da fístula, havendo regressão da mesma duas semanas após cirurgia (realizada pelo serviço de ginecologia em 2013). Deu entrada na Fundação de Controle em Oncologia no Amazonas no serviço de Mastologia novembro de 2015 com queixa de drenagem amarelada através de fístula de aproximadamente três centímetros. Optou-se por ressecção ampla de trajeto fistuloso. O laudo histopatológico demonstrou mastite granulomatosa inespecífica. Duas semanas após a nova cirurgia houve regressão da fístula. Iniciamos investigação conjunta com o serviço de infectologia da Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMTAM) com o intuito de criar um protocolo de atendimento dessas pacientes. Solicitamos sorologias, PPD, raio-x de tórax, ultrassonografia e nova biópsia para cultura de Mycobacterium tuberculisis. Todos os exames, inclusive o PPD vieram negativos. A ultrassonografia evidenciou abscesso com 8,3x 1,2 centímetros com comunicação com a fístula. Apesar de não haver identificação da bactéria optou-se pelo tratamento empírico

para tuberculose mamária devido aos múltiplos procedimentos cirúrgicos, configurando fator de risco essa entidade. Três semanas após o inicio do tratamento houve fechamento total da fístula. **Conclusão:** A tuberculose é uma infecção comum, contudo o envolvimento das mamas é uma condição rara e descrita desde o século XIX. Embora a incidência seja pequena, o diagnóstico deve ser suspeitado em mulheres jovens com nódulo de mama, onde a malignidade tenha sido excluída. A mínima intervenção cirúrgica (incisão ou biópsia excisional) junto com drogas tuberculostáticas representa a melhor opção terapêutica. **Palavras chaves:** MASTITES, TUBERCULOSE MAMÁRIA, FÍSTULA MAMÁRIA. Em resumo, a tuberculose mamária ainda pode ser considerada uma doença rara nos dias de hoje, mas deve ser sempre lembrada quando nos depararmos com pacientes com envolvimento mamário de evolução subaguda, com nódulos ou processo inflamatório com presença de fístulas e que não apresentem indícios de malignidade no histopatológico, principalmente em países subdesenvolvidos.

Transferência de retalho linfonodal associado a anastomose linfovenosa para tratamento de linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama

Maiato APM, Batista BN, Chang EI, Sampaio MMC, Barros ACSD – Serviço de Filantropia do Hospital Sírio-Libanês

Introdução: O linfedema é a complicação mais importante do tratamento do câncer de mama, acometendo 19,9% das mulheres submetidas a esvaziamento axilar. Trata-se de complicação crônica, progressiva e sem cura, que pode impactar de maneira expressiva na qualidade de vida das pacientes afetadas. A terapia descongestiva complexa (TDC) visa aliviar os sintomas e retardar a progressão da doença e sua eficácia depende de alto grau de comprometimento da paciente. Com o avanço das técnicas microcirúrgicas, novos procedimentos para melhorar a função linfática residual do membro foram idealizados. Dentre estes, se destacam as transferências de retalhos linfonodais e as anastomoses linfovenosas. Um corpo crescente de evidência em torno da eficácia e segurança, oferecido como primeira linha de tratamento nos mais importantes centros de tratamento de câncer. A associação destas técnicas, antes consideradas concorrentes, têm se mostrado interessante em pacientes selecionados. O objetivo deste trabalho é relatar o primeiro caso realizado no Serviço de Filantropia do Hospital Sírio Libanês de associação de transferência de retalho linfonodal a anastomose linfovenosa para o tratamento de linfedema secundário de membro superior. **Caso:** Uma paciente de 57 anos, submetida há 5 anos a cirurgia conservadora na mama direita com esvaziamento axilar, procurou atendimento ambulatorial em função de erisipela de repetição, tendo sido internada duas vezes para antibioticoterapia nos três meses anteriores. A paciente sofria de um linfedema em membro superior direito desde o início da radioterapia, aproximadamente seis meses após a cirurgia oncológica, de piora

progressiva. Neste intervalo, a paciente havia sido submetida a dois ciclos completos de TDC e fazia uso irregular de malha compressiva. Em função da severidade do caso, optou-se pela realização de transferência de retalho linfonodal da região supraclavicular contralateral para a axila acometida associada à anastomose linfovenosa por técnica supermicrocirurgica. Foram realizadas 2 anastomoses no dorso da mão direita. Os linfáticos doadores foram mapeados com o uso de azul patente injetado nos sulcos interdigitais da mesma mão. A paciente evoluiu de maneira satisfatória, recebendo alta com seguimento ambulatorial no terceiro dia pós-operatório. Com um mês de seguimento, a paciente apresenta melhora importante dos sintomas associados a doença (peso, desconforto) e aparente redução do edema no membro afetado. **Conclusão:** A reprodução das técnicas para o tratamento cirúrgico do linfedema é possível em nosso meio, apesar de depender de alta complexidade e necessitar de formação microcirúrgica. Ao nosso conhecimento, é a primeira vez que a associação destas duas técnicas é realizada no Brasil.

Comparação da mamografia digital e ressonância magnética(RM) versus mamografia com contraste de dupla energia (CESM) na avaliação de imagens suspeitas para tumores mamários

Rossi G, Borges JB, Souza J, Villas Boas L
FMJ-Faculdade de medicina de Jundiaí / NOVA-Medicina Diagnóstica

Introdução: A introdução da mamografia digital permitiu o desenvolvimento de outras técnicas que são menos dispendiosas do que a RM e mais amplamente disponível. Uma delas é a mamografia digital com contraste de dupla energia (CESM). A CESM melhora a sensibilidade para a detecção de câncer de mama, sem diminuir a especificidade porque proporciona maior contraste e melhor delimitação da lesão do que a mamografia sozinha. A mamografia com contraste de dupla energia consiste numa técnica semelhante à mamografia digital convencional, porém com a utilização do contraste iodado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de uma coorte prospectiva. Serão incluídas 60 pacientes com idade superior a 25 anos, que apresentem em suas mamografias de rastreamento ou diagnóstica, lesões mamárias suspeitas uni ou bilaterais (BIRADS 0, 3, 4 e 5). Todas estas pacientes serão submetidas a uma nova mamografia digital e a CESM no aparelho Senographe Essential GE Healthcare e a seguir a uma Ressonância Magnética no equipamento Optima 450 W. **Resultados:** O presente estudo encontra-se em andamento, e os resultados parciais mostram que a sensibilidade da mamografia com contraste (CESM) é superior à da digital, e semelhante à da RM na detecção do câncer de mama. Outro resultado encontrado foi o aumento da sensibilidade da CESM na detecção de novos focos de tumores (na mama com imagem suspeita e na contralateral) em relação à mamografia convencional. **Conclusão:** Talvez estejamos vivendo mais uma quebra de paradigma na avaliação das mamas. Se os robustos dados da literatura persistirem, é possível vislumbrar num futuro próximo, um

cenário onde possamos ter um método simples, reprodutível, não operador dependente, com valor preditivo positivo e negativo extremamente altos, evitando realizações não apenas de biópsias desnecessárias, mas também de outros métodos como ressonâncias magnéticas e até ultrassonografias das mamas. Com isto teríamos neste cenário, uma significativa redução de custos e diminuição da ansiedade das pacientes, permitindo um aumento das taxas de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Dermatofibrossarcoma Protuberante da Mama: Relato de Caso.

Coelho AF[1], Figueiredo ACDS[2], Castro NCT[3], Possal MLV[3], Silva NRD[3]. Instituição: 1-Médica do Hospital ASCOMCER, 2-Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema, 3-Graduando da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema.

Introdução: O dermatofibrossarcoma protuberante mixóide é um tumor incomum que envolve a derme e a pele, apresentando potencial de malignidade de baixo/moderado grau. Este tumor é localmente agressivo, com alta taxa de recorrência local e baixo potencial metastático axilar e à distância. Clinicamente, se apresenta como massas indolores e endurecidas, apresentando crescimento rápido com tumores de aproximadamente 5 a 6 cm e de disseminação hematogênica. Na maioria dos casos, o diagnóstico não é simples, sendo realizado pela histopatologia e imunohistoquímica após exérese cirúrgica da lesão. Histologicamente, é constituído por células fusiformes, com etiologia desconhecida. Através da imunohistoquímica, verifica-se a expressão de CD34, diferenciando este tumor do histiocitoma e do dermatofibroma, que são também sarcomas de partes moles. O tratamento consiste na excisão da lesão com margens de 3 a 4 cm e radioterapia adjuvante com dose de 50-60 Gy e taxa de cura de 85%. Nos casos de recidiva local ou metástases podem ser usados quimioterápicos como o Imatinib, com taxas de resposta clínica de 65% e o Sorafenib, usado no tratamento do angiossarcoma apresentando boa resposta em alguns casos deste tumor. Por ser uma patologia incomum, possui mau prognóstico devido ao acelerado crescimento tumoral e à dificuldade de classificação histológica. **Métodos:** Avaliação clínica e revisão do prontuário da paciente em questão, além da pesquisa em bases de dados indexadoras MedLine e Scielo, com os descritores: "Dermatofitossarcoma mamário", "Sarcoma mamário primário", "Breast cancer". **Relato de caso:** A paciente J. M. S. A., 30 anos, procedente de Madre de Deus de Minas, Zona rural, Minas Gerais, G3P3A0, não usuária de anticoncepcional hormonal, nega história familiar de câncer de mama. Chega para atendimento dispneica e descorada, apresentando ao exame físico uma tumoração ulcerada sangrante de aproximadamente 12cm no sulco inframamário à esquerda; segundo a paciente, o nódulo apresentou um rápido crescimento em seis meses. Apresentava um quadro de anemia com hemoglobina de 7g/dl. Por se tratar de paciente jovem, foi realizada uma tomografia de tórax para avaliar a infiltração

do tumor na parede torácica, objetivando o planejamento cirúrgico e a avaliação da ressecabilidade da lesão. A lesão foi ressecada após o tratamento da anemia. O anatomopatológico foi compatível com neoplasia mesenquimal constituída por células fusiformes em arranjo estoriforme com focos de pleomorfismo moderado/acentuado e margens cirúrgicas livres. Não foi indicado radioterapia. **Conclusão:** O Dermatofibrossarcoma protuberante mixóide é uma neoplasia benigna incomum, classificada como um sarcoma; seu diagnóstico é histológico e imunohistoquímico para definir a histogênese. A abordagem terapêutica é cirúrgica, com margem de 2/3cm. Em caso de comprometimento das margens ou grande extensão tumoral, a radioterapia local está indicada, sendo a terapia sistêmica com Imatinib ou Sorafenib para tratar recidivas e metástases. A importância do caso relatado é o fato de esta ser uma neoplasia extremamente rara e clinicamente exuberante.

Referências: Sousa EDP, Santos Filho AB, Dias CP. Sarcoma de mama: relato de caso. Rev Bras Mastologia 2011; 21(2): 78 – 80. Linhares JJ, Nobre PC, Costa DG, Aragão S, Macedo CR, Djassi A. Sarcoma indiferenciado de mama: uma forma rara de apresentação. Rev Bras Oncologia Clínica 2009; 6(16): 29-31. Alves JCRR, Fonseca RPL, Silva Filho AF, Andrade Filho JS, Araujo IC, Almeida ACM, Pereira NA, Neffa L. Ressecção alargada no tratamento do dermatofibrossarcoma protuberante. Rev. Bras. Cir. Plást. 2014; 29(3): 395-403.Sudhakar K, Prasanth P, Amrutha G, Parthasarathy V, Balasubramanian G, Srinivas BH. Dermato Fibrosarcoma Protuberance of The Breast– A Rare Case And Review of Literature. Indian Journal of Applied Research 2016; 6(4): 321-23. Hamid R, Hafeez A, Darzi MA, Zaroo I, Rasool A, Rashid H. Outcome of wide local excision in dermatofibrosarcoma protuberans and use of radiotherapy for margin-positive disease Indian Dermatol Online Journal 2013; 4(2): 93–96.

Carcinoma metaplásico com desarticulação de membro superior esquerdo 05 anos após mastectomia radical modificada por carcinoma ductal invasivo: Relato de caso

RIBEIRO MV, PASSOS MDL, FERREIRA CF, SHIDA JY, GEBRIM LH. – **Instituição:** *Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington*

Introdução: O carcinoma metaplásico é uma lesão rara, constitui menos de 1% de todos os cânceres de mama e associa-se a uma lesão de crescimento rápido, com alto potencial de recorrência e de metástase. O diagnóstico diferencial inclui filóides maligno e sarcoma puro, todos esses apresentam resposta limitada à quimioterapia, sendo a cirurgia, a opção terapêutica com melhor controle de doença. **Método:** Trata-se de um relato de caso de uma paciente em seguimento por câncer de mama no Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington, atendimento realizado em março de 2016. **Resultado:** E.B.C.A., 45 anos com nódulo em mama esquerda diagnosticado em 2010 como carcinoma ductal infiltrativo (CDI) grau II histológico e II nuclear, imunohistoquímica

compatível com luminal B (HER 2+: negativo/ receptor de estrogênio:25%/ receptor de progesterona: 10%, ki-67: 60%), estadiamento inicial IIB. Foi submetida à mastectomia radical modificada no mesmo ano. O anatomopatológico foi compatível com CDI com 02 lesões irregulares medindo 3,5 cm e 2,0cm, distando 1,0cm entre sie com metástase em 04 dos 11 linfonodos estudados. Recebeu quimioterapia adjuvante com 4 ciclos de adriamicina e ciflofosfamida e 04 ciclos de taxano, radioterapia adjuvante, seguido de uso de tamoxifeno por 05 anos. Em seguida, foi submetida à reconstrução tardia e simetrização da outra mama. Em março de 2016, apresentou nódulo em prolongamento axilar esquerdo, realizada core-biopsy demonstrando proliferação fusocelular com atipias e necrose. Realizou tomografia de braço esquerdo apresentando volumosa massa heterogênea, ovalada, mal definida, com 13 cm no maior eixo, em região axilar e sem nítido plano de clivagem com a parede torácica, com alargamento do espaço entre as duas costelas adjacentes. Foi encaminhada ao serviço de cirurgia torácica do Hospital das Clinicas de São Paulo onde foi submetida à desarticulação acrômio clavicular e retalho de deltoide e braço para fechamento. Anatomopatológico dessa cirurgia: lesão ulcerada de 12 cm- neoplasia maligna pouco diferenciada predominantemente fusocelular com elevado índice mitótico, extensas áreas de necrose e metaplasia óssea focal, neoplasia presente nas margens profundas e sub-escapular. Imunohistoquímica compatível com carcinoma metaplásico (coloração fraca positiva e focal para citoqueratinas 1 e 3). Atualmente está em vigência de quimioterapia com docetaxel e gemcitabina. **Conclusão:** O diagnóstico desse caso foi possível devido à coloração imunohistoquímica para marcadores epiteliais como a citoqueratina. O tamanho do tumor apresentado relaciona-se a um pior prognóstico, no entanto, conclusões definitivas em matéria de prognóstico e tratamento do carcinoma metaplásico são difíceis devido à raridade dessa entidade.

Câncer de mama masculino: epidemiologica, clínica e tratamento

MORGAN, AM; MENDES, TAR; CARDOSO-FILHO, C; SHINZATO, JY – INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DA MULHER "PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI" – CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER –CAISM/UNICAMP

.....

Introdução: o câncer de mama masculino é uma doença rara, compreendendo 1% dos casos de câncer de mama, e representa 0,2% dentro do conjunto das neoplasias. A faixa etária de acometimento é em torno de 50-60 anos. Algumas condições de hiperestrogenismo estão ligadas ao maior risco de câncer de mama em homens como: ginecomastia, síndrome de Klinefelter, alterações testiculares, cirrose hepática, etilismo, uso de estrógenos exógenos. Como não se preconiza o rastreamento desta neoplasia para a população masculina, o tempo entre aparecimento dos sintomas e diagnóstico é maior que na neoplasia da mama feminina, contribuindo para diagnóstico em estágio mais

avançado. O tipo histológico mais prevalente é o carcinoma ductal invasivo, com receptores hormonais positivos. Devido à sua ocorrência incomum, é necessário maior conhecimento do comportamento desta neoplasia e das opções de tratamento, além de avaliação da sobrevida através de séries de casos. **Métodos:** estudo descritivo retrospectivo dos casos de neoplasia de mama no sexo masculino entre 1996 e 2016 tratados no Caism-Unicamp. Foram avaliados idade e estágio ao diagnóstico, tipo histológico e receptores hormonais, tratamento realizado e sobrevida global. **Resultados:** dos 32 casos de neoplasia de mama masculina, a distribuição por faixa etária foi: 2 casos abaixo de 40 anos; 3 casos entre 40-50 anos; 11 casos entre 50-60 anos; 5 casos entre 60-70 anos; 4 casos entre 70-80 anos; 6 casos entre 80-90 anos e 1 caso acima de 90 anos. O estágio ao diagnóstico apresentou a seguinte distribuição: I (2 casos); IIa (3 casos); IIb (7 casos); IIIb (12 casos); IIIc (3 casos); Iv (3 casos). O tipo histológico mais prevalente foi o carcinoma ductal invasivo (30 casos), com positividade de receptores hormonais em 22 deles (73%). O tratamento cirúrgico foi mastectomia radical em 27 casos, sendo realizada quimioterapia em 18 dos casos, radioterapia em 19 e 17 pacientes receberam hormonioterapia, sendo registrados 6 óbitos pela neoplasia. **Conclusão:** observa-se nesta casuística os achados relatados pela literatura, tais como: idade e estágio ao diagnóstico superiores aos achados no câncer de mama feminino, o carcinoma ductal invasivo luminal como tipo histológico e sub-tipo molecular mais prevalentes, e mastectomia radical como tratamento cirúrgico padrão. Embora raro, o câncer de mama masculino não demanda tratamento diferente do realizado em mulheres, e embora diagnosticado tardiamente, a taxa de óbito pela neoplasia é baixa (19%). Novas perspectivas podem ser aventadas com a adição da avaliação dos subtipos moleculares, permitindo extrapolar o manejo dos estágios mais avançados com terapia antiblástica sistêmica previamente ao tratamento cirúrgico. Além disso, cumpre ressaltar a importância da avaliação familiar pela ocorrência do câncer de mama masculino, e a possibilidade de rastreamento particularizado para os casos de hiperestrogenismo.

Miofibroblastoma mamário multicêntrico

Bordin LP, Cardoso MAB, Schiavini IP, Bordin MCP, Bordin Júnior NA – Consultório Privado

Introdução: Descrito em 1987 por Wargotz *et al.*, o miofibroblastoma mamário é um tumor mesenquimal benigno composto por miofibroblasto que corresponde a menos de 1% de todos os tumores mamários. Acomete homens e mulheres entre 41 a 87 anos. Geralmente se manifesta como uma massa de crescimento lento, móvel, circunscrita, indolor e unilateral. Histologicamente é composto por miofibroblasto entremeado por colágeno hialinizado, exibindo uma pseudocápsula formada pelo estroma mamário comprimido. Costuma apresentar positividade para actina músculo-específica, CD34, actina de músculo liso e desmina. Suas variantes podem ser epitelioide, infiltrante, fibroso e mi-

xoide. À mamografia (MMG) se manifesta como uma lesão arredondada ou ovalar bem delimitada e não calcificada, de tamanho variando entre 1,0 e 4,0 cm. Ao ultrassom (US) também é bem delimitado, sólido e homogeneamente hipoecoico. O diagnóstico é histopatológico, preferivelmente por *core biopsy* guiada por US e complementada por ressecção cirúrgica. **Material e métodos:** Apresentamos o caso de uma paciente com 58 anos assintomática, em uso de Tibolona 2,5 mg/dia, com implante estético mamário bilateral há nove anos e com uma prima de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos. Realizou em 2013 MMG digital com assimetria em quadrante superior lateral (QSL) de mama esquerda e US que visualizou duas imagens redondas hipoecoicas em QSL de mama esquerda, que mediam 0,8 x 0,6 x 0,7 cm e 0,6 x 0,4 x 0,6 cm, as duas localizadas às 2 horas. Uma delas distando 2,0 cm e outra a 6,0 cm da papila, respectivamente. Categoria BI-RADS 3. Foi realizado controle com exames de imagem evidenciando ausência de fluxo ao Doppler colorido e baixa elasticidade à elastografia shearwave, sugerindo benignidade. Dois anos após, a imagem teve aumento de suas dimensões, medindo o primeiro 1,1 x 0,9 x 1,0 cm e o segundo 0,7 x 0,5 x 0,7 cm, sugestivos de lesões sólidas sendo optado por investigação histopatológica. **Resultados:** Realizado biópsia percutânea do primeiro nódulo com evidência de lesão mesenquimal fusocelular com atipias focais, exibindo imunofenótipo miofibroblástico e negativo para citoceratinas e Beta-catenina, não permitindo a distinção entre tumor Filodes, fasceíte nodular e outras proliferações miofibroblásticas semelhantes, sendo recomendado a exérese da lesão para avaliação histopatológica. Feito ressecção radioguiada das lesões sendo o resultado anátomo-patológico de miofibroblastomas com margens cirúrgicas livres e com positividade difusa para os anticorpos CD34, EMA, Desmina, Bcl2 e positividade focal para actina de músculo liso. **Discussão e Conclusão:** Raro, o miofibroblastoma mamário é uma doença benigna também chamada de "tumor benigno de células fusiformes", "fibroma", "tumor estromal miogênico", "lipoma de células fusiformes" e "tumor fibroso solitário". O tratamento padrão é a ressecção cirúrgica com margens livres, não sendo encontrados relatos de recidiva ou transformação maligna, nem a necessidade de procedimentos complementares. No caso apresentado, a doença benigna mostrou-se multicêntrica acometendo mulher em terapia de reposição hormonal e com implante estético mamário bilateral. Atualmente a paciente encontra-se assintomática, com evolução clínica favorável e sem evidência de recidiva local após 13 meses da cirurgia.

Relato de caso de angiolipoma gigante em mama de paciente do sexo masculino.

Rodrigues RAN, Vieira MLB, Botelho MM, Saliba RCF, Silva, HMS – Hospital MaterDei

Introdução: os lipomas mamários são raros e ocorrem principalmente em mulheres na perimenopausa. Geralmente são encapsulados, móveis e apresentam morfologia semelhante

ao tecido adiposo ao seu redor. Pode mimetizar um tumor maligno ao sofrer necrose gordurosa e calcificações. A distinção entre localização intramuscular ou subcutânea auxilia na diferenciação entre maligno/benigno. **Relato de caso:** L.O.C, 48 anos, sexo masculino, hígido. Procura avaliação médica devido à percepção de nódulo em mama direita, com crescimento progressivo. Negava alterações mamárias anteriores. Negava uso de medicação de uso crônico, drogas ilícitas, anabolizantes, tabaco. Sem avaliação urológica prévia. Historia familiar negativa para neoplasias malignas de mama ou ovário. Pai com diagnóstico de Ca de próstata. Ao exame físico: Assimetria de mamas à inspeção, com abaulamento importante à direita. Fossas supraclaviculares, infraclaviculares e axilas livres. Mama esquerda sem alterações. Mama direita com nódulo em QSE (quadrante superior externo) de aproximadamente 7x4cm, móvel, de consistência amolecida, indolor. Trazia ultrassonografia que descrevia em topografia de plano muscular, imagem ecogênica, levemente heterogênea medindo 67x28mm, sem captação de fluxo ao Doppler, sugestivo de processo inflamatório. Fez uso de compressas frias e antiinflamatorio, sem melhora. Solicitado mamografia, porem paciente retorna 6 meses após primeira consulta devido a crescimento da lesão, trazendo o resultado da mamografia: imagem macronodular regular, de baixa densidade, medindo 12x6cm, projetada no QSE de mama direita. Indicado exérese da lesão devido ao desconforto estético. Solicitado TC de tórax para avaliar extensão de lesão para planejamento cirúrgico. Laudo TC: massa volumosa e circunscrita, com densidade tomográfica de gordura, contendo capsula fina e finos septos internos sem realce significativo pelo contraste. Medidas 16x12x8cm. Realizada ressecção do nódulo mamário sem intercorrências. Resultado anatompatológico: Macroscopia: Tumor amarelado, finamente encapsulado, consistência macia e fibroelástica, medindo 15,0x10,5x6,0cm, mostrando superfície de corte untuosa e homogênea. Microscopia: lesão constituída predominantemente por tecido adiposo mostrando focos de proliferação vascular e com presença de células perivasciulares fusiformes. Não há sinal de malignidade. Ausência de componente fibroductal ou hamartoma. Conclusão: Angiolipoma(?). Imunohistoquimica: CD-34: positivo nos vasos sanguíneos da lesão. SMA (1A4): positivo nos pericitos. HMB 45: negativo nas células neoplásicas. Melan-A: negativo nas células neoplásicas. **Diagnóstico:** Angiolipoma. Pós operatório sem intercorrências e com resultado estético satisfatório. **Resultado:** paciente orientado quanto a benignidade do caso e possibilidade de recidiva. Conclusões: lipomas são tumores mesenquimais primários que representam 4-5% de todos os tumores benignos do corpo. Se atingem 10cm ou mais, ou pesam mais de 1kg, são chamados lipomas gigantes. Ressecção completa é importante para evitar recidiva. Os principais diagnósticos diferenciais para massas mamarias em homens são: câncer de mama, ginecomastia, cisto epidermoide, abscesso subareolar, metástases de câncer de próstata, câncer de cólon, osteosarcoma, cancer de pulmão e câncer de laringe.

Caso de recidiva local de câncer de mama após reconstrução com tecido autólogo – papel da mamografia no rastreamento e diagnóstico.

Purcino F, Araujo I, Zaros D, Filassi JR, Baracat EC – Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP/ Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP

Introdução: Estudos prévios sugerem que recidivas locais de câncer de mama em mamas reconstruídas se manifestam com sinais e sintomas perceptíveis ao exame físico, como alterações palpáveis, edema ou retração de pele e dor. No entanto, em casos de reconstrução com tecido autólogo, o músculo peitoral maior se encontra sob o tecido deslocado, potencialmente dificultando o diagnóstico de recorrências locais apenas ao exame físico. **Descrição do caso:** TMA, submetida a mastectomia radical modificada à direita e reconstrução imediata da mama com DIEP, aos 45 anos de idade, após diagnóstico de câncer de mama. Á época, classificado como carcinoma lobular, grau nuclear 2, variante alveolar, medindo 3,0 cm no maior eixo, invasão neoplásica vascular, sanguínea, linfática e perineural não identificadas, margens cirúrgicas, pele e complexo areolo-papilar livres de neoplasia e ausência de metástase em 14 linfonodos. Triplo negativo à imunohistoquímica, Ki67 inconclusivo. Estadiamento final pT2pN0. Submetida à quimioterapia adjuvante, permaneceu em seguimento com exame físico semestral e mamografia bilateral anual. Evoluiu com focos de cicatriz hipertrófica e diversos nódulos na mama reconstruída, com diagnóstico de esteatonecrose após biópsia. Aos 60 anos de idade, apresentou queixa irregularidade em mama reconstruída, não identificada ao exame físico. Submetida a investigação com métodos de imagem (MMG/USG/RNM) que demonstraram alteração textural associada a áreas nodulares de permeio, correspondendo a assimetria caracterizada na mamografia, localizada no terço posterior do QSL / músculo peitoral maior da mama direita medindo 10 cm x 5 cm. *Core biopsy* identificou adenocarcinoma pouco diferenciado acometendo tecido fibroadiposo e linfoide, receptor de estrogênio positivo, compatível com neoplasia primária da mama. A pesquisa de metástase sistêmica foi negativa. Paciente foi submetida à mastectomia da mama reconstruída, com exérese do tecido autólogo e saída de porção inferior do músculo peitoral maior e músculo peitoral menor, devido a presença de acometimento macroscópico dos mesmos, confirmando os achados prévios. **Discussão:** O seguimento pós operatório do leito mamário reconstruído é um desafio. Nodulações mamárias são mais frequentes em reconstrução com tecido autólogo, sendo a necrose gordurosa sua principal causa. Os riscos para desenvolvimento de necrose gordurosa variam de acordo com o tipo de retalho. O tempo de aparecimento da nova massa é um fator importante: relatos sugerem que a casa mês que se passa da cirurgia, o risco dessa nova massa corresponder a câncer em relação a necrose gordurosa, é 5.12 vezes maior. A necrose gordurosa ocorre em 58,5%

das pacientes submetidas a TRAM pediculado em até 1,7 meses após a cirugia; e em 17,7% das pacientes reconstruídas com DIEP em até 4 meses após a cirurgia. A taxa de detecção de tumores não palpáveis através de screening mamográfico em pacientes submetidas a reconstrução com TRAM varia entre 0,7% e 1,9% , na literatura. Dessa forma, o seguimento pós mastectomia é feito de forma segura com exame físico. No entanto, na presença de qualquer fator que dificulte ou confunda o exame físico, devemos sempre ponderar a realização de mamografia de rastreamento na mama reconstruída com tecido autólogo, como ocorrido no caso clínico apresentado.

Metástases Cutâneas em Câncer de Mama: Revisão Bibliográfica e Relato de Caso

Coelho, AF1; Cabral, KMAA1; Ferreira RNF2; Alvarenga, JMM2; Castro, NCT2. Instituição: 1Médica do Serviço de Mastologia do Hospital Ascomcer - Juiz de Fora – MG, 2Graduanda de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas – Suprema - Juiz de Fora - MG.

Introdução: No Brasil, o câncer de mama ainda é a neoplasia maligna mais frequente entre mulheres e a sobrevida global tem aumentado a cada ano. Com o aumento desta, temos que ficar atentos quanto à incidência metastática desse tipo de tumor. Metástase é processo dinâmico e complexo, não sendo alvo de discussão desse artigo em questão. A metástase para pele no câncer de mama não é tão comum (0,7% a 10,4%) quando comparada à frequência de metástases para pulmão e fígado, mas quando presente, proporciona fácil acesso ao diagnóstico precoce. **Relato de caso:** L.A.M, 60 anos, sem comorbidades, procurou o Serviço de Mastologia do Hospital Ascomcer - Juiz de Fora - MG, em fevereiro de 2016, após ter sido orientada pela sobrinha enfermeira. Apresentou-se com quadro de endurecimento em mama esquerda, linfaedema importante de membro superior esquerdo (MSE) e diversas lesões cutâneas endurecidas, erisipelóides, sem sinais de contaminação secundária em região torácica e MSE. Nulípara, menopausada, não fez terapia de reposição hormonal, sem vícios. Sem controle ginecológico e com matologista há 10 anos. Relatou que as lesões de pele aumentaram em tamanho e número nos últimos dias de forma indolor. Ao exame clínico, sem alterações em mama, fossa supraclavicular e axila à direita. Mama esquerda com encarceramento, pele em courassa, axila esquerda aderida e linfaedema de MSE de grande intensidade. Core biópsia prévia inconclusiva. Solicitado pré-operatório da paciente para biópsia excisional das lesões de pele realizada após 10 dias do atendimento inicial sob sedação e anestesia local. Ressecção dificultada pelo edema de pele extenso. Realizados, na mesma internação, exames de imagem para rastreio de metástase visceral e óssea sem evidência das mesmas. Resultado anatomopatológico evidenciou lesão metastática de carcinoma ductal, com imunohistoquímica evidenciando receptores hormonal negativos, herb2 +3.

Paciente se mantem no momento com doses semanais de paclitaxel sem evidência de outras metástases. **Discussão:** Metástases a partir do câncer e mama ocorrem em aproximadamente 10-15% das pacientes e mais frequentemente, dentre os primeiros três anos do diagnóstico primário. As metástases cutâneas do câncer de mama obedecem, em geral, ao princípio de localização segundo a região topográfica próxima ao órgão origem. Dessa forma, as lesões cutâneas metastáticas de mama devem localizar na pele do pescoço, parede torácia e membros superiores. O padrão dermatológico dessas lesões é variável. Em 192 casos de metástases cutâneas de câncer de mama, 150 (78,1%) forma de padrão papulonodular e ocasionalmente ulcerados. Em 10% as metástases foram referidas como padrão inflamatório, erisipelóide e com obstrução linfática por células neoplásicas. Mais rara é a metástase em courassa de localização exclusiva em parede torácia com pele infiltrada e dura. Há relatos de lesões esclerodermiformes em couro cabeludo (alopécia neoplásica). Estudo recente abordando o prognóstico após o diagnóstico de metástase cutânea do câncer de mama observou que, quando presente apenas metástase cutânea, a sobrevida em um, três, cinco e dez anos foi de 79%, 51%, 37% e 11% respectivamente, com mediana em 42,1 meses. **Conclusão:** Metástases cutâneas no câncer de mama não são comuns, mas têm importância por sinalizar recidiva do câncer original ou por alertar a existência de possível neoplasia oculta.

Carcinoma mamário coexistente com tuberculose extrapulmonar: relato de caso

AMORIM, JMS; ARAUJO, RRF, CUNHA, MM, EDESSA, TK, GUERRA, ALS – Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) – Universidade de Pernambuco

Introdução: A concomitância de tuberculose (TB) primária e câncer de mama é extremamente rara, variando entre 0,1 a 4,9%. Grande parte dos relatos refere-se a comprometimento linfonodal axilar por lesão tuberculosa, podendo ou não coexistir nesse sítio com lesão neoplásica. A TB ganglionar, no curso do tratamento para o câncer de mama, geralmente está associada a estados de imunossupressão, eventualmente correlacionados ao tratamento quimioterápico. Relatamos o caso de uma paciente com carcinoma mamário que desenvolveu tuberculose ganglionar e óssea criando uma dúvida diagnóstica com a possibilidade de metástase à distância. **Relato de Caso:** Paciente JAB, sexo feminino, 54 anos, foi encaminhada ao serviço com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo (CDI) de mama direita por biópsia incisional prévia. Mamografia evidenciando Birads 4. Ao exame físico, mamas simétricas, sem abaulamentos e/ou retrações, cicatriz cirúrgica em QSL mama direita com área de nodularidade de 3,0 x 4,0cm e axila direita com nódulo móvel de 3,0cm. Iniciou a quimioterapia (QT) neoadjuvante com Adriamicina e Ciclofosfamida, com resposta tumoral de 90%. Submetida à mastectomia radical modificada à direita. Es-

tadio ypT2 ypN1 Mx. Imunohistoquímica com receptores hormonais positivos, Her2 3+. Fez QT adjuvante com Paclitaxel, radioterapia e hormonioterapia. Durante o 6º ano de seguimento evoluiu com lesões ósseas e múltiplas linfoadenomegalias em regiões cervical, mediastinal, peritoneal e retroperitoneal mesmo em uso de inibidor de aromatase. Iniciou 5 ciclos de Docitaxel seguida de hormonioterapia de 2ª linha Faslodex, Zometa e Herceptin, porém houve progressão das lesões com aparecimento de nódulo palpável em região axilar esquerda de 6,0 x 3,0cm, pouco móvel ao exame físico. A RNM tinha volumosos nódulos em região axilar esquerda se estendendo ao QSL da mama esquerda com realce heterogêneo. Submetida à linfadenectomia axilar esquerda com histopatológico linfadenite granulomatosa com necrose caseosa altamente sugestiva de tuberculose ganglionar sem carcinoma metastático. A paciente foi encaminhada à infectologia para realizar tratamento adequado para tuberculose. Evoluiu com remissão das lesões. **Discussão:** A tuberculose é um problema de saúde pública em diversos países. Os locais mais comuns de TB extrapulmonar são os gânglios linfáticos da região cervical, pleura, sistema genito-urinário, osso, articulações e sistema nervoso central. Mais raro é o envolvimento no trato gastro-intestinal e peritoneal. A tuberculose ganglionar apresenta-se habitualmente como uma tumefacção indolente e indolor de uma cadeia ganglionar. Os exames de imagem não permitem a distinção entre processos benignos e malignos nestes casos, porém imagens que indicam calcificações e processos de liquenificação podem levar a suspeita de tuberculose. O diagnóstico definitivo é obtido através da demonstração de Mycobacterium tuberculosis em meios de cultura apropriados ou através de técnica de PCR. Histologicamente pode-se observar um infiltrado linfocitário não específico, granulomas não caseosos ou células gigantes de Langerhan em áreas de necrose caseosa. O tratamento de eleição é a quimioterapia tuberculostática.

Relato de caso: Comparação da mamografia digital e ressonância magnética(RM) versus mamografia com contraste de dupla energia (CESM) na avaliação um caso de carcinoma oculto das mamas.

Rossi G, Borges JB, Souza J, Villas Boas L – FMJ-Faculdade de medicina de Jundiaí / NOVA-Medicina Diagnóstica

Introdução: O câncer de mama oculto é definido como presença de lesão metastática em linfonodo axilar sem lesão primária na mama detectada ou por exame físico ou exame de imagem. A mamografia convencional no rastreamento do câncer de mama tem suas limitações na avaliação de mamas densas, também na avaliação da extensão local da lesão, pois a mamografia pode subestimar o tamanho do tumor. A RM é mais sensível que a mamografia na detecção do câncer de mama, porém possui altas taxas de falsos positivos. Até agora, existem apenas alguns dados publicados sobre exames CESM comparando-a com a mamografia digital e a ressonância magnética para

a detecção de câncer de mama, estimativa do tamanho da lesão, e avaliação pré- operatória. A hipótese é que a CESM proporcione detecção de lesões de forma mais precisa, identifique focos adicionais e avalie de forma mais exata o tamanho das lesões (no pré-operatório) do que a mamografia digital e não será inferior a ressonância magnética. **Metodologia:** Paciente feminino, A.P.D.F,77 anos, natural de Louveira –SP, em acompanhamento mamográfico de rotina, foi evidenciado um linfonodo axilar com características de mau prognóstico sendo então laudado Bi-rads 4 exclusivamente pelas características morfológicas do linfonodo axilar. Deste modo, a paciente foi submetida a punção por agulha fina (PAAF) em 20/06/16 deste linfonodo com achados citológicos compatíveis com proliferarão epitelial com atipias. A paciente tinha um exame clínico das mamas sem alterações. Com isso, foi submetida a core biopsy do linfonodo e a imunohistoquímica. Seu resultado foi definido como carcinoma pouco diferenciado do tecido linfoide. Com o estudo da imunohistoquímica foi possível confirmar o carcinoma : Progesterona 30% +, estrógeno 100% + , hera -, ki67? sendo portanto classificado como luminal B. Concluindo então, que os receptores hormonais encontrados na parafina da biópsia são compatíveis com origem metastática da mama. A paciente foi encaminhada para realizar RM e CESM das mamas para melhor elucidação do caso. Foram adquiridos os seguintes resultados: RM (27/07/16): Realce irregular de mama direita. Linfonodomegalia axilar à direita (Bi-rads 5); CESM (27/07/16):Assimetria e distorção da arquitetura com tênue realce da mama direita. Linfonodomegalia axilar à direita (Bi-rads 5). Agendada mastectomia com esvaziamento axilar. **Conclusão:** Neste relato de caso foi possível identificar a lesão na mama direita através da CESM e RM, sendo que a mamografia convencional não evidenciou lesão mamária(somente linfonodopatia axilar), logo a CESM foi superior à mamografia convencional e semelhante à RM na elucidação de um caso de câncer oculto das mamas uma vez que identificou a lesão. Talvez estejamos vivendo mais uma quebra de paradigma na avaliação das mamas. Se os robustos dados da literatura persistirem, é possível vislumbrar num futuro próximo, um cenário onde possamos ter um método simples, reprodutível, não operador dependente, com valor preditivo positivo e negativo extremamente altos, evitando realizações não apenas de biópsias desnecessárias, mas também de outros métodos como ressonâncias magnéticas e até ultrassonografias das mamas.

Comparação da mamografia digital e ressonância magnética(RM) versus mamografia com contraste de dupla energia (CESM) na avaliação de imagens suspeitas para tumores mamários

Rossi G, Borges JB, Souza J, Villas Boas L
FMJ-Faculdade de medicina de Jundiaí / NOVA-Medicina Diagnóstica

.....

Introdução: A introdução da mamografia digital permitiu o desenvolvimento de outras técnicas que são menos dispendiosas do que a RM

e mais amplamente disponível. Uma delas é a mamografia digital com contraste de dupla energia (CESM). A CESM melhora a sensibilidade para a detecção de câncer de mama, sem diminuir a especificidade porque proporciona maior contraste e melhor delimitação da lesão do que a mamografia sozinha. A mamografia com contraste de dupla energia consiste numa técnica semelhante à mamografia digital convencional, porém com a utilização do contraste iodado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de uma coorte prospectiva. Serão incluídas 60 pacientes com idade superior a 25 anos, que apresentem em suas mamografias de rastreamento ou diagnóstica, lesões mamárias suspeitas uni ou bilaterais (BIRADS 0, 3, 4 e 5). Todas estas pacientes serão submetidas a uma nova mamografia digital e a CESM no aparelho Senographe Essential GE Healthcare e a seguir a uma Ressonância Magnética no equipamento Optima 450 W. **Resultados:** O presente estudo encontra-se em andamento, e os resultados parciais mostram que a sensibilidade da mamografia com contraste (CESM) é superior à da digital, e semelhante à da RM na detecção do câncer de mama. Outro resultado encontrado foi o aumento da sensibilidade da CESM na detecção de novos focos de tumores (na mama com imagem suspeita e na contralateral) em relação à mamografia convencional. Conclusão : Talvez estejamos vivendo mais uma quebra de paradigma na avaliação das mamas. Se os robustos dados da literatura persistirem, é possível vislumbrar num futuro próximo, um cenário onde possamos ter um método simples, reprodutível, não operador dependente, com valor preditivo positivo e negativo extremamentee altos, evitando realizações não apenas de biópsias desnecessárias, mas também de outros métodos como ressonâncias magnéticas e até ultrassonografias das mamas. Com isto teríamos neste cenário, uma significativa redução de custos e diminuição da ansiedade das pacientes, permitindo um aumento das taxas de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Hiperplasia pseudoangiomatosa do estroma – Relato de Caso

Ramos EHM, Dias, ALR, Santos EFP, Mendes VUM, Correia TV. – Universidade Federal da Paraíba e Faculdade de Medicina Nova Esperança.

.....

Introdução: A hiperplasia pseudoangiomatosa do estroma mamário (PASH) é uma lesão benigna, proliferativa do mesênquima mamário descrita pela primeira vez por Vuitch e colaboradores em 1986 que costuma-se apresentar como uma lesão nodular indolor, móvel, firme, de crescimento rápido. Acomete geralmente de mulheres em pré-menopausa ou pós-menopausa em hormonioterapia suplementar (DOMINGO, 2012). Na mamografia, é demonstrada como uma massa circunscrita e não calcificada ou uma assimetria focal com categoria variando entre BIRADS 3 e BIRADS 4; enquanto na ultrassonografia, é descrita como massa oval, circunscrita, hipoecóica e sem componente cístico. (LEE, 2016). Alguns estudos demonstram que essa hiperplasia é causada por uma resposta exacerbada dos miofibroblastos, ao estímulo hormonal endógeno ou exógeno, sobretudo da

progesterona (ORTEGA, 2014). Histopatologicamente apresenta-se como uma rede de células fusiforme, semelhantes a endotélio vascular, simulando canais anastomosados e espanções vasculares, cobertos por miofibroblastos. **Caso Clínico:** AGC, 37 anos, natural de João Pessoa, história familiar positiva para câncer de mama, apresentou em 08/2014, massa sólida palpável, de crescimento rápido, ocupando toda a região central da mama esquerda. A mamografia revelou massa oval, isodensa, com margens encobertas, em região central da mama esquerda, medindo 8,0 cm, categoria 5. A ultrassonografia revelou massa heterogênea, oval, margens microlobuladas, orientação paralela a pele, medindo 9,5 x 7,0 cm, categoria 5. A ressonância magnética revelou lesão expansiva ovalada, com margens lobuladas, medindo 8,7 x 5,7 x 6,7 cm, com impregnação precoce e heterogêneo do gadolínio (curvas tipo I e II), categoria 4b. Em 10/2014, submeteu-se a biopsia de fragmento com agulha grossa, com resultado anatomopatológico revelando hiperplasia pseudoangiomatosa estromal. O resultado definitivo foi obtido em 11/2014, através de tumorectomia, evidenciando-se tratar de hiperplasia pseudoangiomatosa do estroma, forma nodular, com adenose esclerosante e hiperplasia ductal típica. **Conclusões:** A PASH pode apresentar largo aspecto clínico-patológico, podendo ser achado histológico acidental, apresentar-se como nódulos mamários palpáveis ou não-palpáveis. As pacientes com tumores de PASH têm normalmente crescimento lento, sendo nódulos solitários, móveis, circunscritos que mimetizam um fibroadenoma, mas algumas vezes podem apresentar crescimento rápido e simular um tumor maligno. O interesse na PASH deve-se principalmente à capacidade de simular lesões malignas clínica, radiológica e histologicamente, podendo ser difícil distingui-la de angiosarcoma de baixo grau ou tumor filoide.

Linfoma primário de mama: relato de caso

Nascimento M S, Guglielmelli A C M, Valadares C N, Pires D M, Bellini P A – Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

O câncer de mama é a neoplasia mais frequente e a principal causa de morte por câncer em mulheres. O tipo histológico em 95% dos casos é o carcinoma sendo o linfoma primário da mama (LPM) extremamente raro, correspondendo a 0,04 a 0,5% de todas as neoplasias de mama. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de LPM diagnosticado e tratado na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (SCBH). **Relato de caso:** paciente 56 anos, sexo feminino, atendida em novembro/2015 com queixa de nódulo em mama esquerda desde janeiro/2015 com crescimento progressivo. Sem comorbidades ou história familiar de câncer de mama. Ao exame não possuia linfonodos palpáveis e na mama esquerda apresentava uma massa em junção de quadrantes superiores (JQS) mal delimitada, móvel e fibroelástica com 6cm. Mamografia realizada em fevereiro/2015 categoria 2 BIRADS e Ultrassonografia de agosto/2015 mostrava pele espessada com discreta retração e uma imagem sólida, heterogênea de contornos

e limites mal definidos medindo 60,4 x 35,7 x 8,8mm na JQS a esquerda. Realizou 2 core biopsys, sendo a primeira em outubro/2015 com resultado de condição fibrocística e a segunda em novembro/2015 compatível com lesão de caráter benigno. Foi submetida então a biópsia incisional em março/2016 com histologia compatível com processo inflamatório com infiltrado linfohistiocitário, não podendo excluir doença linfoproliferativa. A imunohistoquímica (IMH) foi consistente com proliferação linfóide atípica de imuno-fenótipo T. Sendo assim, a paciente foi encaminhada para tratamento quimioterápico. Os LPM mais frequentes são do tipo não Hodgkin, sendo os tipos histológicos mais comuns o fenótipo B de grandes células (que corresponde a 50% de todos os LPM), linfoma folicular, linfoma mucosa associated lymphoid tumors (MALT), linfoma de Burkitt e linfoma Burkitt like. O tecido linfoide mamário origina-se, provavelmente, do tecido linfóide associado à mucosa (MALT), ou ainda do tecido linfático que permeia ductos e lóbulos e dos linfonodos intramamários. As manifestações clínicas dos linfomas são semelhantes aos dos carcinomas. Apresentando-se como massas únicas, indolores, com crescimento rápido, bem delimitados e elásticos. O acometimento axilar está presente em 30 a 40% dos casos. Os achados mamográficos mais comuns são massas ovalóides (71%) e com densidade aumentada (90%). No exame ultrassonográfico, 75% das lesões são únicas, 50% são circunscritas e 50% são ovalóides. O padrão ecográfico das lesões é geralmente hipoecóico. Não foi demonstrada associação com margens espiculadas ou microcalcificações. O exame histopatológico e a IMH são necessários para confirmação diagnóstica. Wiseman e Liao desenvolveram critérios que devem ser estabelecidos antes de firmar o diagnóstico de um LPM. Tais critérios incluem: espécime patológico adequado, ausência de disseminação do linfoma ao diagnóstico, tecido mamário com infiltrado linfomatoso associado e presença de linfadenomegalia axilar ipsilateral concomitante à lesão primária. Devido à raridade, o LPM ainda não possui um tratamento bem estabelecido, porém sabe-se que a cirurgia não altera o prognóstico, sendo o tratamento baseado na quimioterapia e radioterapia. A quimioterapia usa o esquema rituximab, ciclofosmamida, vincristina, doxorubicina e prednisona (R-CHOP) feito em 6 ciclos a cada 14 dias. É realizada ainda manutenção com rituximabe por dois anos. A radioterapia usa doses que variam entre 12 a 55 Gy, em campos tangenciais.

Sarcoma mamário primário: relato de caso

Nascimento M S, Guglielmelli A C M, Valadares C N, Pires D M, Bellini P A – Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Sarcomas mamários são tumores raros com origem no mesoderma primitivo ou do mesenquima. Representam 0,2 a 1% de todas as neoplasias de mama. A incidência anual é estimada em 44,8 casos novos para cada 10 milhões de mulheres. Devido sua raridade, o tratamento ideal não esta bem estabelecido. Relato de caso: paciente 42 anos apresentou nódulo em mama

direita em 2014. Nega comorbidades e história familiar de câncer. Mamografia: categoria 0 BIRADS; Ultrassonografia: nódulo misto em quadrantes superiores medindo 72x47mm. Exame físico: nódulo em mama direita com limites mal definidos, pele hiperemiada e axilas livres. Feito mastectomia simples em novembro/2015. Anátomo-patológico: neoplasia fusocelular maligna pouco diferenciada com margens livres medindo 17x15x6cm. Evoluiu com nódulo em plastrão em janeiro/2016. Punção positiva para malignidade. Tomografia de tórax: metástase pulmonar. Submetida a cirurgia VY em março/2016 para ressecção da lesão. Iniciou quimioterapia em abril/2016 e no momento ainda encontra-se em uso de quimioterápicos e sem recidiva local. Sarcomas são neoplasias raras e heterogêneas, com surgimento entre 45 e 50 anos. Apresentam-se como massas indolores, endurecidas e volumosas, raramente existe fluxo papilar ou comprometimento da pele. Na mamografia apresentam-se como massas densas, circunscritas e grandes, sem microcalcificação ou espiculas. Não há comprometimento linfático pois a disseminação é hematogênica. O diagnóstico deve ser aventado quando há tumor de crescimento rápido sem comprometimento axilar ou de pele. Anátomo-patológico e imunohistoquímica são essenciais para confirmação diagnóstica. O pulmão é o sítio mais frequente de matástase, sendo a tomografia de tórax indicada no rastreamento inicial. O tamanho, grau histológico, margens, número de mitoses e grau de atipia estão relacionados ao prognóstico. A recorrência local varia entre 33 e 52% e geralmente surge nos primeiros 15 meses. Sobrevida global em 5 anos varia entre 50 e 66%. O tratamento de escolha é a ressecção da lesão com margens livres sem abordagem axilar de rotina. O tratamento adjuvante é controverso, sendo a radioterapia e quimioterapia indicada nos casos de tumores de alto grau, volumosos e com margens comprometidas, por aumentar a sobrevida livre de doença, mas não a sobrevida global. **Conclusão:** o sarcoma mamário primário é uma neoplasia rara e com prognóstico ruim, sendo o diagnóstico precoce de fundamental importância para uma desfecho favorável.

Câncer de mama masculino bilateral sincrônico e multifocal: um relato de caso

CUNHA, P. C.; BRANDES, A; MAZZEI, R. L.; FAURE, R.; ROSSETTI, C. – Departamento de Mastologia - Faculdade de medicina do ABC

Introdução: O câncer de mama masculino é uma patologia de ocorrência rara, respondendo por apenas 0,7% de todos os cânceres de mama diagnosticados. Dentro desta categoria, a presença de bilateralidade é reportada como 2,7%. O achado de múltiplos focos em uma mesma mama masculina foi poucas vezes descrito na literatura. A descrição de ambos os achados, câncer de mama masculino bilateral sincrônico e multifocal, apresentado neste relato de caso, surge como uma exceção, neste reduzido grupo de evidência científica no qual se encaixa o câncer de mama masculino. **Relato de Caso:** Paciente, masculino, 70 anos, atendido no ambulatório

de Mastologia da Faculdade de Medicina do ABC. Referiu nódulo em mama esquerda desde setembro de 2015. Ao exame físico, apresentava nódulo de 20x10mm, em mama esquerda, além de nódulo superficial de 4mm em complexo areola-papilar (CAP) de mama direita, sem outras alterações. Axila esquerda com linfonodo palpável de 10mm, de características benignas. Solicitada mamografia bilateral que evidenciou nódulo de contornos irregulares e limites pouco definidos em quadrante súpero-lateral (QSL) de mama esquerda e região retro-areolar (RRA) de mama direita, BI-RADS IV. Optou-se por avançar investigação propedêutica com setorectomia bilateral com de biópsia de linfonodo sentinela (BLS) á esquerda. O exame de congelação intraoperatório avaliou: nódulo de mama esquerda positivo para malignidade; linfonodo sentinela esquerdo, livre de comprometimento neoplásico; nódulo de mama direita positivo para malignidade. Prosseguiu-se a mastectomia simples bilateral. Anátomo-patológico cirúrgico: nódulo de mama esquerda, carcinoma mamário invasivo; Linfonodo Sentinela, 01 linfonodo livre de comprometimento neoplásico; Nódulo de mama direita, carcinoma mamário invasivo; Nódulo areolar á direita: carcinoma mamário invasivo. Estadiamento patológico: pT1c pN0(sn) pMx. Imuno-histoquímico de ambas as mamas: Luminal B. **Discussão:** Em 2016, nos Estados Unidos da América, cerca de 2,600 novos casos de carcinoma invasivo de mama masculino serão diagnosticados, e aproximadamente 440 homens morrerão desta afecção. Embora seja uma patologia rara, respondendo a menos de 1% de todos os cânceres de mama, sua taxa de incidência aumenta 0,8% ao ano. Similar ao câncer de mama feminino, a incidência aumenta com a idade, sendo a idade média ao diagnóstico masculino de 68 anos. Devido a sua infrequência, o diagnóstico é obtido em estágios avançados da doença em cerca de 40% dos casos, refletindo a pouca conscientização da população, a inexistência de programas de rastreamento, e a baixa suspeição da doença por generalistas. **Conclusão:** A baixa incidência do câncer de mama masculino, e a raridade de suas variáveis, como demonstrado neste relato de caso, limitam a evidência sobre esta patologia, destacando a necessidade de mais estudos dirigidos ao câncer de mama masculino, e maior conscientização desta enfermidade.

Gingantomastia gestacional: Relato de caso e revisão da literatura.

Teixeira CLB, Ramos LSP, Ribeiro EB, Almeida DC, Fernandes LCC. Instituição: Hospital Aristides Maltez em Salvador-Bahia (BA).

Introdução: Gigantomastia é uma condição rara, comumente associada ao período gestacional, caracterizada pelo crescimento mamário excessivo, com impactos físicos e psicológicos significativos. Sua etiologia e fatores de risco são incertos. O tratamento cirúrgico é a única opção curativa disponível atualmente. **Métodos:** As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos que a paciente foi submetida e revisão da literatura, com objetivo de relatar um caso de Giganto-

mastia gestacional. **Resultados:** LSS, 38 anos, G6P4A1, admitida no serviço de Mastologia do Hospital Aristides Maltez em Salvador-BA em dezembro de 2015, com Idade Gestacional de 28 semanas, relatando ter notado aumento do volume mamário bilateralmente e surgimento de nódulos mamários bilaterais há cerca de 5 meses, que passaram a interferir e prejudicar as atividades diárias, cursando com quadro de dor local, dor em região lombar e alteração postural. Não houve alteração nas mamas em gestações anteriores. Passado de setorectomia bilateral há 2 anos, secundária a Tumor Filodes na mama direita (MD) e Harmatoma, Papiloma e Fibroesclerose em mama esquerda (ME). Ao exame a paciente apresentava mamas extremamente volumosas, assimétricas (ME > MD), área de úlcera e necrose extensa em quadrantes inferiores de ME, edema e espessamento de pele difuso bilateral, não delimitando nódulos e presença de cicatrizes cirúrgicas em prolongamento axilar esquerdo, união de quadrantes inferiores de ME e periareolar em MD, descarga papilar ausente. Resultado de exames laboratoriais sem anormalidades, ultrassonografia mamária não evidenciou nódulos e a biópsia por agulha grossa evidenciou hiperplasia lactacional bilateral e processo inflamatório agudo à esquerda. Optado por procedimento cirúrgico após o parto. Paciente retorna com 45 dias pós-parto normal a termo para programação cirúrgica. Realizada mamografia direita que evidenciou mama extremamente densa com espessamento trabecular e cutâneo e mama esquerda não foi radiografada, devido úlcera cutânea. A paciente foi submetida à mamoplastia redutora pela técnica de Thorek, sem intercorrências e peça cirúrgica pesou 4,5 Kg. **Conclusões:** A Gigantomastia gestacional é uma condição rara, com etiologia e patogênese incerta, tendo sido propostas associações com produção excessiva de estrogênio e prolactina e doenças autoimunes. Seus fatores de risco não são bem estabelecidos sendo que a maioria dos casos ocorre na puberdade e na gestação. Complicações físicas, infecções e complicações psicológicas são comuns. Devido diagnóstico diferencial com diversas condições malignas, é importante a exclusão dessas condições para seu diagnóstico. O tratamento padrão para a Gigantomastia gestacional é o cirúrgico após o parto, nos casos sem maiores complicações. As intervenções cirúrgicas indicadas são mamoplastia redutora e mastectomia em suas diversas técnicas. A mastectomia pode ser preferível em pacientes que desejam gestar, condição que aumenta o risco de recorrência.

Tratamento do carcinoma oculto primário de mama com linfadenectomia axilar e preservação mamária: levantamento de casos de um hospital universitário.

Machado N P, Miguel L, Santiago K M, Pimentel F F, Buzatto I P C – Divisão de Mastologia e Oncologia Ginecológica – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Introdução: O carcinoma oculto primário de mama (COPM) caracteriza-se por adenopatia

axilar isolada decorrente de metástase sem sítio primário identificado no exame clínico ou radiológico (T0N+), com comportamento oncológico ainda pouco estabelecido. Corresponde a 0,1-0,8% de todos os casos de carcinoma de mama, ainda sem protocolo terapêutico bem definido. Apresentamos uma série de sete casos tratados no período de 1998 a 2016, em nosso serviço. **Métodos:** Foi realizada revisão de prontuários médicos dos pacientes com diagnóstico de COPM no período determinado e coletadas informações como: exame clínico das mamas e axila, exames radiológicos (adequados e disponíveis à época do diagnóstico), tratamentos realizados e seguimento, comparando-os com dados bibliográficos. **Resultados:** Foram levantados sete casos de COPM entre os anos de 1998 e 2016, sendo seis em mulheres (1/7; 86%) e um caso (6/7; 14%) em homem, com tempo médio de seguimento de 73 meses (variação 10-126 meses). A idade mediana no diagnóstico foi 49 anos (variação 35-71 anos). Clinicamente, dois pacientes apresentavam acometimento linfonodal N1 e cinco apresentavam N2. De acordo com a classificação molecular, dois tumores eram luminais, quatro triplo negativos e um caso indefinido por não ter realizado imunohistoquímica. Nenhum dos pacientes foi submetido à mastectomia e todos foram submetidos à linfadenectomia axilar e quimioterapia. A mediana do número de linfonodos com macrometástases foi 4 (variação de 1-20 linfonodos). Três pacientes (43%) realizaram radioterapia adjuvante. Nenhum dos pacientes apresentou recidiva após o tratamento. **Conclusões:** A preservação da mama na casuística levantada, não interferiu no prognóstico oncológico, uma vez que não houve recidiva nos pacientes tratados de COPM com linfadenectomia axilar e quimioterapia, associado ou não a radioterapia. Desta forma, também não houve diferença de recorrência entre os pacientes que foram submetidos a radioterapia em relação aos que não foram. Esse dado é conflitante com resultados publicados anteriormente e pode ser explicado pela amostra reduzida de pacientes, uma vez que se trata de patologia rara. No entanto, a evolução favorável apresentada pelos casos levantados em nosso serviço reflete que o tratamento do COPM com linfadenectomia axilar e preservação da mama associada à quimioterapia é uma abordagem que possivelmente poderia beneficiar populações selecionadas e mereceria ser avaliada por estudo clínico controlado e prospectivo.

Casuística de câncer de mama masculino no hospital ASCOMCER – Juiz de Fora / MG.

Cabral Kmaa, Figueiredo Acds, Coelho Af, Aquino Rp, Cabral Mtcc. Instituição: Suprema / Faculdade de Ciências Médicas e da Saude de Juiz De Fora.

.....

Introdução: o câncer de mama representa 1% dos tumores malignos que acomentem homens. O subtipo mais comum é o carcinoma ductal infiltrante. O exame fisico e anamnese talvez sejam as principais ferramentas para

o diagnóstico. Tratamentos são baseados na experiência com câncer de mama feminino. A média de idade em torno de 65 anos. Mutações no gene brca1 estão associados, porém a ligação entre no gene BRCA2 é mais evidente. **Métodos:** foi realizada uma revisão de prontuários no período de janeiro/2015 a janeiro/2016. **Resultados:** diagnosticados 02 homens com câncer de mama, sendo um com câncer de mama bilateral, tnm iiib o qual o tratamento realizado foi mastectomia a patey e bilateral, quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia. Paciente evolui para obito. O segundo paciente de 72 anos, cancer de mama a esquerda, submetido a mastectomia radical modificada, TNM IIIA; realizando radioterapia. A principal localização foram na região retroareolar. **Conclusão:** por se tratar de uma doença rara, o diagnóstico geralmente é tardio, comprometendo assim o prognóstico da doença. O exame físico e a anamnese são os prinicipais elementos para o diagnóstico, sendo sempre confirmado pelo histopatológico. A mamografia tem uma utilidade diagnóstica limitada, pela propria anatomia da mama do homem, sendo solicitada nos casos em que a malignidade não é suspeitada clinicamente. Por se tratar de uma doença pouco incidente no sexo masculino, torna-se necessário uma maior consientização não só da população, como também dos profissionais da área da saude, quanto as manifestações clinicas desta patolog

Correlação entre os aspectos morfológicos ultrassonográficos do câncer de mama e a imunohistoquímica

Ramos, EHM, Mendes RM, Sousa, LCF, Macedo TRFP, Brito MBR – Universidade Federal da Paraíba e Faculdade de Medicina Nova Esperaça

Introdução: A heterogeneidade do câncer mamário faz com que tumores com mesmos tipos histológicos, estádios e graus de diferenciação possam apresentar prognósticos diferentes. Dessa forma, os avanços das técnicas de biologia celular proporcionaram melhor conhecimento dos mecanismos que regulam crescimento e diferenciação celular. Alterações genéticas, tais como acúmulo de mutações, são reconhecidos pelo método da imunohistoquímica, que também testa biomarcadores preditivos e prognósticos em cada amostra do tumor. Esse estudo teve como objetivo, correlacionar os aspectos morfológicos ultrassonográficos do câncer de mama, com seus achados imunohistoquímicos. **Método:** Foi utilizado um modelo observacional, transversal, abordando os resultados anatomopatológico, imunohistoquímico e os dados ultrassonográficos das lesões mamárias malignas, diagnosticadas no período de 01/2015 a 01/2016. As variáveis utilizadas para os achados ultrassonográficos foram forma, margens e orientação em relação a pele. As variáveis munohistoquímicas utilizadas foram receptor de estrogênio (RE), receptor de progesterona (RP) e HER2. Buscou-se encontrar um padrão de associação entre as variáveis. O

teste utilizado é o teste exato de Fisher, sendo reportado o valor p obtido e a decisão tomada a um nível de 5% de significância. **Resultados:** Foram avaliados 40 pacientes do sexo feminino com nódulo mamário visibilizalizado na ultrassonografia. As pacientes caracterizavam-se por: 11 (27,5%) com menos de 40 anos; 18 (45%) de 40 a 60 anos e 11 (27,5%) acima de 60 anos. Dentre elas, 30 (75,0%) apresentaram nódulo de forma irregular, 4 (10%) de forma oval e 6 (15%) de forma redonda. Quanto à margem, 14 (35%) são microlobuladas, 13(32,5%) são espiculadas e 13(32,5%) são anguladas. Quanto à orientação do nódulo em relação à pele, 25 (62,5%) foram perpendiculares e 15 (37,5%) foram paralelos. Dentre os quatro padrões imunohistoquímicos estabelecidos: Tipo 1: RE positivo(+) RP positivo(+) HER2 negativo(-); Tipo 2: RE negativo (-) RP negativo (-) HER2 positivo (+); Tipo 3: RE positivo(+) RP positivo(+) HER2 positivo (+); e Tipo 4: RE negativo (-) RP negativo (-) HER2 negativo (-). Encontraram-se: a) 16 pacientes (40%) com Tipo 1; 13 pacientes (32,5%) com Tipo 3; 11 pacientes (27,5%) com Tipo 2; e nenhuma apresentou triplo negativo (RE- RP- HER2-). As margens espiculadas mostraram uma associação com o Tipo 2, com tendência ao significado estatístico (p=0,067). A forma da lesão não se mostrou associada aos padrões imunohistoquímicos (p=0,225); nem a orientação em relação a pele (p=0,226). Os padrões imunohistoquímicos mais encontrados na faixa de mulheres abaixo de 40 anos foi o tipo 2; entre 40-60 anos, foi o Tipo 3; e entre aquelas acima de 60 ano, Tipo 1. **Conclusão:** Padrões imunohistoquímicos de maior agressividade podem-se mostrar associados a alguns aspectos ultrassonográficos de maior suspeição de malignidade. Mais estudos com maior número populacional, se fazem necessários para comprovação estatística.

Fibromatose Mamária: série de casos

Aguiar JL, Sousa UW, Germano TCO, Gurgel MLAG, Sousa VKA – Instituição: Liga Norteriograndense contra o Câncer

Introdução: Fibromatose desmóide é uma neoplasia benigna composta por miofibroblastos derivados de estruturas músculo-aponeuróticas, bastante rara, com < 0,03% de todas as neoplasias do organismo. É localmente agressiva e tem alto risco de recorrência local, mas nenhum potencial metastático. O acometimento mamário é muito raro, correspondendo a cerca de 0,2% das lesões mamárias. O tratamento exige ressecção ampla para reduzir as taxas de recidiva. **Método/Relato de Caso:** Caso 1 - mulher de 69 anos, G2P2A0, sem história familiar de câncer de mama, apresentou nodulação em mama direita (MD) de 2,5cm em quadrante superior lateral (QSL), axilas livres. Mamografia (MMG) evidenciou nódulo espiculado de 2,7cm em QSL de MD, Birads 5. Caso 2 - mulher de 24 anos, G2P1A1, sem história familiar de câncer de mama; apresentou nódulo em MD de 2cm às 2 horas. Axilas livres. Ultrassonografia (USG) evidenciou NMD 1,1cm Birads 4. Caso 3 - mulher, 31 anos, G3P2A1, sem história familiar de câncer; apresentou nodulação em mama esquerda (ME) de 3cm

em quadrante superior medial (QSM), axilas livres. USG com nódulo de 4,2cm às 10 horas, sem Birads. MMG evidenciou nódulo denso 4,2 cm em ME – Birads 0. Caso 4 - mulher, 59 anos, G3A2P1; 2 irmãs com câncer de mama; apresentou nódulo em ME de 14cm ocupando toda a mama. USG evidenciou nódulo em ME 4,5cm às 6 horas, Birads 4, e MMG com nódulo denso de 6,5cm, BIrads 0. As 4 pacientes foram submetidas a core biopsy e a seguir exérese da lesão com margens, cujo anatomopatológico revelou lesão de células fusiformes. Apenas uma paciente necessitou de ampliação de margens. Imunohistoquímica fechou o diagnóstico de fibromatose tipo desmóide nos 4 casos. **Resultados/Discussão:** O tumor desmóide (fibromatose desmóide) caracteriza-se pela proliferação excessiva de tecido conjuntivo. Seu crescimento é lento, porém progressivo, podendo atingir grandes proporções. Apesar dos casos descritos de tumores mamário após implantes cirúrgicos e trauma, fatores físicos isolados parecem ser insuficientes para iniciar a fibromatose na mama. Embora a maioria dos casos tenham sido descritos em mulheres no menacme, a presença de receptores hormonais na fibromatose mamária ainda é controversa. Clinicamente, manifestam-se na forma de massa solitária de consistência endurecida e indolor, de localização profunda, podendo ser fixa. Histopatologicamente, a lesão é irregular, não-capsulada, e se caracteriza pela proliferação de células fusiformes. Devido ao caráter infiltrativo, sua abordagem é sempre cirúrgica e exige ampla excisão com margens livres. Apesar de frequentes, as recidivas quase sempre podem ser tratadas com êxito através de nova excisão, e estão intimamente relacionadas ao status das margens cirúrgicas da lesão. A abordagem axilar e tratamentos adicionais não são necessários. **Conclusão:** Fibromatose mamária é uma lesão de células fusiformes benigna e rara que pode simular malignidade clínica e radiológica devido ao seu padrão de crescimento infiltrativo localmente. A consciência de tais lesões por radiologistas, cirurgiões e patologistas é, portanto, de extrema importância para se proteger contra uma abordagem cirúrgica desnecessária. Telefone para contato: (84) 99418-9111. Email julopesaguiar@hotmail.com

Toxoplasmose axilar como diagnóstico diferencial de câncer de mama com metástase linfonodal

Aguiar JL, Sousa UW, Souza VKA, Germano TCO, Gurgel MLAG. – Instituição: Liga Norteriograndense contra o Câncer

Introdução: Toxoplasmose é uma zoonose altamente prevalente, acometendo cerca de 10% da população americana e até 77% em algumas áreas do Brasil. 90% dos imunocompetentes são assintomáticos, mas os 10% restantes ou pacientes com algum grau de imunodepressão (como transplantados, portadores de neoplasia ou AIDS) podem ter formas clínicas variáveis, sendo a linfadenopatia a forma clínica mais comum. Quando sintomática, a adenopatia cervical é o achado mais frequente, podendo a adenopatia axilar simular sítio metastático de câncer de mama. **Método/Relato de caso:**

Mulher de 65 anos, hipertensa e diabética e sem história familiar de câncer de mama; apresentou nodulação em mama direita (MD) de 2cm às 6h e axila negativa. Mamografia mostrou nódulo na união dos quadrantes mediais de 1,8cm e outro em quadrante superior lateral de MD de 1cm, Birads 0. Ultrassonografia evidenciou nódulo isoecogênico, heterogêneo, com sombra acústica posterior e não vascularizado, de 2,5cm às 6h, Birads 4, e adenomegalia axilar bilateral de até 2,6cm. Core biopsy de carcinoma colóide (mucinoso), grau histológico (GH) I, grau nuclear (GN) 2. Foi submetida a mastectomia com biópsia de linfonodo sentinela (BLS), que foi negativa para neoplasia, mas foi realizado esvaziamento axilar, já que a axila era clinicamente suspeita. O estudo histopatológico mostrou carcinoma colóide GH 1 GN 2 e carcinoma ductal in situ de alto grau; 19 linfonodos com linfadenite crônica com formação de microgranulomas epitelióides, sem necrose caseosa, pesquisa de BAAR, fungos e metástase todas negativas – foi sugerido linfadenite por toxoplasmose. Imunohistoquímica com tumor luminal A e exames de estadiamento com adenomegalias disseminadas. A paciente evoluiu com acidente vascular encefálico um mês após a mastectomia; ficou em acompanhamento com infectologista, fez uso de anastrozol e não realizou quimioterapia. Faleceu nove meses após de causa indeterminada. **Resultados/Discussão:** A toxoplasmose, causada pelo protozoário Toxoplasma gondii, tem distribuição geográfica mundial e alta prevalência sorológica. As principais vias de transmissão são: fecal-oral, carnivorismo, e transplacentária. A maioria dos casos é assintomática, e a infecção aguda tem maior importância em imunocomprometidos, sendo a forma sintomática mais frequente a linfoglandular, que é benigna e autolimitada. Na maioria dos casos, os linfonodos tem características benignas (fibroelásticos, lisos, não aderidos, simétricos, bilaterais), no entanto, alguns se encontram amolecidos e/ou confluentes, induzindo à suspeita de doença maligna. A literatura é escassa quanto a artigos associando câncer de mama e toxoplasmose axilar. **Conclusão:** é raro o acometimento axilar pelo carcinoma colóide (até 4% dos casos). A adenomegalia por toxoplasmose pode mimetizar linfonodos infiltrados por neoplasia, e a raridade da doença sintomática faz considerá-la como diagnóstico diferencial pouco provável. Tanto o carcinoma colóide como a toxoplasmose sintomática são de bom prognóstico.

Tomossíntese no diagnóstico de distorção arquitetural

Ferreira FAT, Guido DAR, Moreira MBF, Barros N, Moraes PC – Instituição: Salomão Zoppi Diagnósticos, São Paulo, SP

Introdução: No Brasil, o câncer de mama é o carcinoma mais incidente no sexo feminino, excetuando-se os carcinomas de pele não melanoma; em 2016, foram estimados 57.120 casos novos, sendo a principal causa de mortalidade por câncer nas mulheres. A mamografia é atualmente o método de imagem de escolha no rastreamento. Novas técnicas têm sido introduzidas visando melhorar a sensibilidade da mamografia na de-

tecção do câncer de mama como por exemplo a tomossíntese. Na tomossíntese uma das mamas é mantida comprimida entre o compressor e o detector, semelhante à mamografia digital, no qual o tubo de raios-X se move em arco adquirindo séries de imagens com exposições de baixa dose de radiação em um curto intervalo de tempo. As imagens são orientadas conforme incidências padrões (craniocaudal e mediolateral oblíqua) com cortes milimétricos reduzindo a sobreposição dos tecidos. Assim, há aumento na sensibilidade e na especificidade e redução nos diagnósticos falso-positivos e falso-negativos comparados à mamografia 2D. As distorções arquiteturais e outras lesões mamárias são melhor visibilizadas, assim como alterações que poderiam ser ocultas na mamografia. Métodos: Paciente feminina, 45 anos, com mamografia de rastreamento negativa e associada a tomossíntese que evidenciou distorção arquitetural no terço posterior do quadrante superolateral da mama esquerda, BI-RADS® 5. Prosseguiu investigação com biópsia percutânea assistida a vácuo, conforme a recomendação, com resultado histológico concordante com os achados imagiológicos, de carcinoma lobular invasivo. **Resultado:** A tecnologia de imagem tridimensional com imagens multiplanares e reconstruções de alta resolução, remove a sobreposição de estruturas, ajudando assim a localizar lesões ocultas na mamografia, aumenta a visibilidade das margens e facilita a análise, principalmente nas distorções arquiteturais. **Conclusão:** A tomossíntese associada à mamografia 2D, aumentou a eficácia do diagnóstico das patologias mamárias, podendo revelar lesões suspeitas não visibilizadas na mamografia, reduzindo erros de diagnósticos e intervenções desnecessárias.

Avaliação do uso da imunocitoquímica no diagnóstico dos tumores papilares mamários em punção aspirativa de agulha fina

Mansani FP, Netto MRM, Collaço LM, Bertucci MB, Santos JFLP – Trabalho realizado no Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR), Brasil; Patologia Médica de Ponta Grossa LTDA, em Ponta Grossa (PR), Brasil.

Introdução: As lesões papilares da mama representam aproximadamente 0,5% de todos os diagnósticos de tumor de mama, que podem ser benignas ou malignas, porém todas caracterizadas pela presença de um centro fibrovascular revestido por proliferação epitelial com graus variáveis de atipia. O diagnóstico das lesões mamárias, de forma geral, é determinado pela tríade laudo anatomopatológico, clínica e imagem. Nesse contexto, a punção aspirativa por agulha filha (PAAF) tem papel importante na avaliação dessas lesões, já que é um método simples, rápido, barato e confiável na obtenção de material para análise. Porém, há grande variabilidade estatística, que pode ser explicada por alterações na quantidade e qualidade da amostra, bem como por mudanças na avaliação do patologista. Isso é devido à sobreposição de características citopatológicas entre entidades benignas e malignas, bem como outras lesões contendo componente papilar. Algumas características como celularidade, fragmentos complexos de lesões papilares com ramificações complexas e células atípicas intactas apontam

para natureza maligna do tumor. Este estudo observou a efetividade do método imunocitoquímico no diagnóstico das lesões papilares de mama a partir de amostras por punção aspirativa por agulha fina (PAAF), para validar o método que, aplicado à prática clínica, evitaria a exérese desnecessária dos pequenos papilomas intraductais da mama. Diversos marcadores podem ser utilizados para tumores de mama. Neste trabalho, foram utilizados o p63, que é uma proteína nuclear expressa no epitélio basal de diversos órgãos, que na mama tem sua positividade próxima a 100% quando a matriz extracelular é normal e em lesões proliferativas benignas, e o ki67, que é uma proteína cuja função está associada à replicação celular, corando os núcleos em qualquer fase do ciclo da célula, exceto G0. **Método:** foram analisados prontuários (informações acerca de idade, histórico familiar de neoplasias, histórico de terapia de reposição hormonal e classificação radiológica BI-RADS da lesão tanto por mamografia quanto ultrassonografia), utilizadas para analisar possíveis correlações, e exames de PAAF durante o período de 2003 a 2012, sendo posteriormente realizado exame imunocitoquímico com marcador de célula mioepitelial p63 e índice proliferativo Ki67, analisando-se especificidade e sensibilidade dos marcadores no diagnóstico de lesões papilares da mama. **Resultados:** a imunocitoquímica (ICQ) dos materiais das lesões papilares mamárias com os imunomarcadores ki67 e p63 apresentou sensibilidade de 78,6% e especificidade de 73,33% na identificação das lesões benignas. **Conclusão:** o uso combinado destes marcadores em PAAF de lesão papilar mamária auxilia na orientação terapêutica da doença, mas novos estudos incluindo um maior número de casos devem ser realizados para melhor avaliar esse método.

Correlação dos achados radiológicos suspeitos observados na tomossíntese mamária com sua respectiva análise histopatológica.

Silveira NLM, Saraiva MN, Santos TR, Dias SB, Silveira CC, Alves LJB. Instituição: Hospital Central da Aeronáutica.

Introdução: A mamografia digital combinada com a tomossíntese traz um ganho na pratica clínica. Em comparação com a mamografia digital isolada, a tomossíntese adicionada a mamografia aumenta modestamente a taxa de detecção do câncer de mama e diminui as taxas de recall para mamografias falso-positivas [1,2,3]. **Métodos:** O estudo avaliou 10 mulheres com achados suspeitos na tomossíntese de rastreamento no período entre janeiro de 2015 e julho de 2016 no Hospital Central da Aeronáutica, que não eram candidatas a biópsia percutânea. A idade das pacientes no momento da cirurgia variou de 43 anos a 74 anos. As mamografias dessas pacientes foram classificadas de acordo com a quinta edição do BI-RADS, avaliando-se as categorias 3 e 4. As pacientes foram submetidas à marcação pré-cirúrgica através de estereotaxia por mamografia. O tecido mamário obtido nas biópsias cirúrgicas foi processado para cortes em blocos de parafina e coloração pela hematoxilina-eosina e os diagnósticos foram elaborados

por médicos patologistas com experiência em patologia mamária. Procurou-se também correlacionar quais os achados radiológicos mais importantes relacionados à neoplasia maligna em cada categoria. **Resultados:** Identificadas 09 pacientes com microcalcificações pleomórficas categoria 4 e uma paciente com microcalcificações agrupadas categoria 3, com aumento do número de partículas em exame prévio. Análise histopatológica de 06 pacientes evidenciou ausência de malignidade (tabela). Quatro pacientes apresentaram resultado anatomopatológico positivo para malignidade, 02 carcinoma ductal in situ e 02 carcinoma ductal invasor (tabela). **Conclusão:** A adição de tomossíntese à mamografia digital aumenta a exposição à radiação e tempo de leitura do mamógrafo. O uso dessa ferramenta como método de rastreio em nosso serviço tem melhorado a avaliação de mamas densas e detecção de patologias mamárias. **Bibliografia:** 1- Comparison of digital mammography alone and digital mammography plus tomosynthesis in a population-based screening program. 2- Integration of 3D digital mammography with tomosynthesis for population breast-cancer screening (STORM): a prospective comparison study. 3- Breast cancer screening using tomosynthesis in combination with digital mammography.

Uso do metotrexate no tratamento de mastite granulomatosa idiopática: um relato de caso

Dias, A L R; Uchoa, A T; Assis, C F, Leite M A V C; Correia T V. Instituição Universidade Federal da Paraíba e Faculdade de Medicina Nova Esperança.

Introdução: A mastite granulomatosa idiopática (MGI) é uma doença rara, caracterizada por uma inflamação crônica das mamas. Trata-se de uma desordem benigna, de causa desconhecida, com características clínicas e radiológicas semelhantes ao carcinoma mamário. Costuma se manifestar como uma massa fixa, endurecida e dolorosa, de tamanho variável. Os achados radiológicos são inespecíficos e o diagnóstico é de exclusão, feito a partir do estudo histopatológico. O tratamento varia desde o uso de corticosteróides em doses imunossupressoras à cirurgia. O metotrexato (MTX) é um medicamento imunossupressor. O objetivo deste estudo é relatar um caso de mastite granulomatosa idiopática em que foi utilizado metotrexato como tratamento. **Métodos:** Estudo trata-se de um relato de caso com abordagem qualitativa realizado por meio de coletada de dados em entrevista, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente M.G.R.V., feminina, 35 anos, GIPIA0, parto cesáreo há 4 anos e meio, com queixas mastalgia, hiperemia, endurecimento da mama esquerda associados a inversão mamilar e retração das porções inferiores também da mama esquerda há 11 meses. A mama foi afetada por nódulos de consistência endurecida e abscesso com posterior fistulização, recebeu um tratamento inicial equivocado, com uso de nove antibióticos. A cultura realizada a partir da punção guiada por ultrassonografia (USG) constatou a ausência

de microorganismos. Em análise histopatológica apresentou reação inflamatória aguda e crônica. Exames de imagem são inconclusivos para MGI, porém, foi observada em mamografia nódulos ovóides, isodensos, de margens obscurecidas pelo parênquima, na mama esquerda e em ultrassonografia(USG) lesões nodulares hipoecóicas, trajetos fistulosos, com redução do volume após uso de Corticoterapia. Devido aos efeitos colaterais característicos da Sídrome de Cushing, a continuidade com o tratamento da prednisona foi impossibilitada, apesar das melhoras evidenciadas na USG. Após 15 dias de início do tratamento houve melhora clínica relatada pela paciente e observada ao exame clínico. **Conclusões:** Existe uma dificuldade de diagnóstico e tratamento da MGI. O uso de corticosteroides é o tratamento de primeira escolha na MGI. Quando efeitos colaterais se apresentam de forma exacerbada, deve-se pensar em outras drogas imunossupressoras, como o metotrexato. O tratamento deve ser prolongado, pois se trata de uma patologia crônica e com alta taxa de recidivas.

Aspectos radiológicos relacionados a não visualização mamográfica em carcinomas mamários localmente avançados.

*Pignataro VV; Cabral BEF; Salto MM; Watanabe AHU; Vieira RAC – **Instituição:** Núcleo de Mastologia. Hospital de Câncer de Barretos.*

Introdução: A mamografia é uma das principais modalidades radiológicas de diagnóstico de lesões mamárias, encontrando-se relacionada a redução da mortalidade do câncer de mama. Porém, cerca de 10 a 30% dos cânceres de mama podem não ser diagnosticados na mamografia, sendo as possíveis causas o parênquima mamário denso, erros de percepção, interpretação incorreta dos achados suspeitos, características tênues de malignidade e crescimento lento de uma lesão. No Brasil, o carcinoma mamário localmente avançado (CMLA) é uma realidade, sendo as mulheres frequentemente sintomáticas, porém desconhece-se nesta população a frequência de achados mamográficos negativos. **Métodos:** Estudo prospectivo, controlado, realizado em pacientes portadoras de CMLA, atendidas em Hospital Oncológico Terciário, em pacientes do SUS. Avaliou-se a frequência de ausência de achados mamográficos suspeitos, mesmo em pacientes sintomáticas, fato este que pode contribuir para o atraso diagnóstico. Estudo 135/2008 aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, inscrito no www.clinicaltrials.gov (NCT 00820690). Todas as pacientes eram portadoras de CMLA, estádio III, sendo sistematicamente submetidas a nova mamografia de alta resolução em equipamento CR em duas incidências, seguido por ultrassonografia, visando a correlação entre exame clínico e de imagem. As imagens foram encaminhadas cegamente e de maneira independente a três radiologistas, de larga experiência que desconheciam os dados das pacientes, sendo os dados foram agrupados. A densidade do parênquima foi dividido em quatro categorias, isto é, mamas adiposas, predominantemente adiposas, densas e he-

terogêneas e densas. Nas pacientes onde os achados foram negativos, avaliou-se as possíveis causas responsáveis pela não identificação do tumor a mamografia. Resultados: 85 pacientes, com idade média de 46.4 anos (21.5 a 68.4 anos), foram avaliadas. Todas as pacientes eram sintomáticas, com tempo de queixa médio e tamanho médio dos tumores de 12.2 meses (DP 11.6 meses) e 6,96 cm (2 a 15cm; DP 2,51 cm), respectivamente. 97.6% apresentavam acometimento unilateral. Frente ao estádio clínico 56,5% eram portadoras de estádio clínico IIIA, 38.8% IIIB e 4.7% IIIC. 62.4% eram T3, 72.9% N1 e 86.9% eram portadoras de carcinoma ductal invasivo. 20% das lesões não foram identificadas à mamografia, sendo destas, 76.4% possuíam parênquima denso; 17.6% não apresentavam parênquima denso e as lesões não eram visíveis a mamografia; e em 5.8% a lesão não foi percebida pelo radiologista (exame falso negativo). **Conclusões:** No Brasil, a ausência de rastreamento mamográfico efetivo leva muitas pacientes sintomáticas a realizarem a mamografia em fase sintomática, onde os dados clínicos são pouco valorizados. No presente estudo, a densidade mamária elevada foi o principal fator relacionado a discordância clínico-radiológica. A presença de assimetrias, distorções, alterações de espessura cutânea e acometimento de linfonodos, são sinais de alerta que devem ser valorizados, mesmo na ausência de descrição de achados clínicos. A observação rigorosa do dado clínico deve ser considerada a avaliação radiológica, visando a correlação clínico-radiológica adequada e diminuição das taxas de falso negativo.

Carcinoma Medular de Tireóide Metastático para a Mama: Um Relato de Caso

Brito B M, Faria F B, Cavalcante J P, Jucá P C F C, Vignal G M. – Instituto Nacional de Câncer - INCA

Introdução: A estimativa de casos novos de câncer da glândula tireóide proporcional ao sexo feminino para o ano de 2016, no Brasil, é de 5.870 (2,9%), ocupando o oitavo lugar. Metástase de carcinoma medular de tireóide para mama é extremamente raro existindo poucos casos relatados na literatura. **Relato do Caso:** Paciente de 48 anos de idade, sexo feminino, com diagnóstico de carcinoma medular de tireóide, sendo indicado e realizado tireoidectomia total e radioterapia cervical. Posteriormente, foi submetida à linfadenectomia cervical por recidiva local e em linfonodo cervical. Após três anos, evoluiu com progressão de doença para osso e fígado. E decorrido nove anos do diagnóstico, o estudo mamográfico evidenciou nódulo, regular, parcialmente definido, em quadrante inferior lateral de mama esquerda, BI-RADS categoria 0 e mama direita categoria 1. À ultrassonografia complementar de mama esquerda, nódulo sólido, de 15 mm em mesmo quadrante, BI-RADS categoria 3. Apesar da baixa suspeição da lesão, foi indicado diagnóstico histopatológico, pela história clínica de alto risco. Sendo o laudo histopatológico compatível com carcinoma medular variante papilífera metastático para mama, após ressecção completa do nódulo. Identificado por estudo imuno-histoquímico: Calcitonina positivo forte

(difuso); TTF1(fator de transcrição da tireoi-de-1) positivo fraco (difuso). Tireoglobulina, Galectina 3 e GCDFP 15(Gross cystic disease fluid protein-15) negativos. E receptores de estrogênio e de progesterona com positividade focal. **Metodologia:** Este estudo foi embasado a partir da revisão do prontuário da paciente em questão, e de artigos relacionados a este tema, publicados no Pubmed, Cochrane Library, Lilacs e Portal Capes. **Discussão:** A base do tratamento do câncer medular de tireóide metastático é terapia sistêmica (terapia alvo) e radioterapia. O tratamento cirúrgico está reservado para pacientes em que a mama representa o único sítio de metástase. Desse modo, diante de um paciente com alteração de exame de imagem mamária ou sintomas mamários com história pregressa de neoplasia maligna em outro sítio, o mastologista deve considerar como diagnóstico diferencial, doença metastática para mama. O diagnóstico correto é fundamental para que a melhor abordagem terapêutica seja escolhida

Novos critérios de avaliação da simetria mamária após tratamento conservador da mama.

Biller G, Oliveira LTMF, Silva FCB, Silva JJ, Vieira RAC – Instituição: Hospital de Câncer de Barretos. Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária

Introdução: O tratamento conservador constitui metodologia segura no tratamento do câncer de mama, desde que associado a radioterapia. Existem múltiplas técnicas que podem ser empregadas no tratamento conservador; e múltiplos fatores podem determinar assimetria mamária, como a técnica cirúrgica, volume mamário, volume do tecido ressecado, resposta a radioterapia e alteração no peso corporal. A cirurgia oncoplástica constitui modalidade cirúrgica que pode minimizar as assimetrias decorrentes do tratamento conservador. O BCCT.core é um software automático que avalia a simetria mamária, porém seu uso é restrito a pesquisa. Faltam critérios universais que possam separar resultados considerados aceitáveis dos inaceitáveis, visto a discordância entre critérios considerados aceitáveis entre os diversos profissionais que tratam da mama e a satisfação da paciente. **Métodos:** Estudo prospectivo controlado aprovado no Comitê de Ética em pesquisa sob o no 975/2015 e pela FAPESP sob o no 08197-0-0/2014. Trezentas pacientes foram submetidas a tratamento conservador da mama, fotografadas de maneira padronizada. As imagens foram submetidas a análise da simetria mamária através do software BCCT.core, sendo categorizadas o resultado como excelente, bom, razoável e ruim. Nestas pacientes através do software Image J, avaliou-se a diferença da distância entre os pontos Fúrcula-Mamilo, Externo-Mamilo, altura entre os mamilos. Avaliou-se também no lado sadio, o ângulo entre base da mama e mamilo, e ângulo de queda do lápis a abdução. Estes dados formam tabulados no programa Medcalc, onde dicotomizou-se os achados relacionados a simetria mamária em excelente/outros (modelo 1) e excelente-bom/outros (modelo 2). Avaliou-se através da curva de roc, a sensibilidade, especificidade, área e

ponto de corte diferencial entre a simetria aceitável e não aceitável, visando a identificação de critérios simples relacionados a uma boa simetria mamária. **Resultados:** 297 pacientes foram avaliadas (perda 1.0%), onde o resultado foi excelente em 6.0%, bom em 23.7%, razoável em 45.0% e ruim/pobre em 24.3%. Os achados relacionados a mensuração externo-mamilo, não se mostraram importantes na predição da assimetria tanto no modelo 1 (área de 0.450 e p=0.48), como no modelo 2 (área de 0.437, p=0.091). Os resultados considerados aceitáveis são resumidos na Tabela 1. Modelo 1 = excelente x outros; Modelo 2 = excelente/bom x outros; Sensib. = sensibilidade; Especif. = especificidade. **Conclusões:** A avaliação da simetria mamária é importante na seleção de pacientes a cirurgia de simetrização. Os resultados apresentados constituem instrumentos simples que podem auxiliar o cirurgião na seleção destas pacientes, bem como na avaliação de resultados cirúrgicos de pacientes submetidas a cirurgia conservadora da mama.

Retalho toracoabdominal ITADE. Segurança e efetividade baseado em metanálise da literatura.

Vieira RAC, Silva KMT, Oliveira LTMF, Lima MA, Bailão Jr A – Instituição: Hospital de Câncer de Barretos. Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária

Introdução: O carcinoma mamário localmente avançado (CMLA) ainda é um problema a ser resolvido no cotidiano, principalmente em países em desenvolvimento. As ressecções extensas visam controle local e melhoria da qualidade de vida, sendo utilizados retalhos miocutâneos, fasciocutâneos e dermogordurosos, sendo a escolha baseada na experiência do cirurgião. Apresenta-se um retalho não publicado anteriormente, retalho este ipsilateral, toracoabdominal horizontal, dermogorduroso (ITADE), unilobado com rotação superior, pedículo randômico de irrigação lateral, a ser utilizado na reconstrução de médios defeitos da parede torácica após mastectomia, amplia as opções cirúrgicas a serem utilizadas no CMLA. **Métodos:** Estudo retrospectivo aprovado no Comitê de Ética em pesquisa sob o número 975/2015. No período de 2006 a 2015, 23 pacientes foram submetidas a mastectomia e reconstrução imediata com o retalho ITADE. Avaliou-se os diversos fatores relacionados a indicação, técnica-cirúrgica, complicação pós-operatória e taxa de recorrência local. Realizou-se revisão da literatura, procurando-se avaliar os retalhos toracobadominais (RTA) utilizados no fechamento pós-masctectomia, comparando-os com os retalhos miocutâneos com os RTA e o ITADE, frente a área de ressecção e o risco de necrose. Na comparação dos retalhos, realizou-se comparações utilizando o teste do qui-quadrado, teste de Mann Witney e regressão logística univariada e multivariada. **Resultados:** Todas as pacientes eram portadoras de CMLA, sendo que 5 (21.7%) apresentavam progressão de doença após quimioterapia neoadjuvante, 4 (17.4%) portadoras de doença metastática; 2 (8.6%) submetidas a radioterapia neoadjuvante. A média do tamanho do retalho e do

tempo de internação foi de 360 cm2 e 1.4 dias, respectivamente. Uma (4.3%) paciente apresentou perda extensa do retalho necessitando reabordagem em centro cirúrgico, e 8 (34.8%) apresentaram pequena área de necrose. A taxa de recorrência local do tumor foi de 17.4%, a qual ocorreu em média 25.6 meses após a cirurgia. Na revisão da literatura, observou-se 301 pacientes, sendo 180 RTA. Observou-se significante diminuição do risco de necrose utilizando-se o retalhos miocutâneos em relação ao RTA (OR 0,28; IC 0.11-0.65; p=0,001). Porém ao comparar-se todos os RTA descritos, não se observou diferença entre estes frente a forma e localização. Ao se comparar aos demais RTA e o ITADE, considerando todas as necroses, observou-se diferença significante (OR 0,31; OC 0,11-0,88; p=0.01), desaparecendo ao se avaliar a apenas a necrose maior (p=0.12). Comparando-se a área ressecada dos retalhos miocutâneos em relação ao ITADE e aos outros RTA, observou-se que o ITADE apresentou superior e significativa área ressecada em relação aos outros retalhos (p=0.006). Regressão univariada dos fatores relacionados a necrose mostrou que os grupamentos miocutâneo-RTA (p=0.002), miocutâneo-RTA_lateral-RTA_medial (p=0.001) e miocutâneo-RTA_demais-ITADE (p=0.001), mostraram diferença significativa. Porém, no modelo multivariado o principal fator relacionado a necrose do retalho foi a área do defeito (p<0.0001). **Conclusões:** Em pacientes portadoras de CMLA, o ITADE constitui-se de uma boa opção para reconstrução de médios defeitos da parede torácica. Permite a cobertura de extensas áreas, início precoce do tratamento adjuvante e baixa recorrência, podendo ser realizado pelo mastologista geral, sem a necessidade de equipe reconstrutora.

Osteomielite de arcos costais após mastectomia poupadora de pele.

Autores: Schmidt RL1, Michelli RAD1, Bailão Jr A1, Viana CR2, Vieira RAC1 – Instituição: Hospital de Câncer de Barretos. 1- Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária. 2- Departamento de Patologia.

Introdução: A taxa de infecção da ferida pós -operatória após a cirurgia de mama é baixas, sendo da ordem 2.9%; taxa esta que se eleva para 6.7% na cirurgia de reconstrução mamária. O desenvolvimento da cirúrgia oncoplástica elevou substancialmente a utilização da prótese mamária, sendo a osteomielite pouco descrita. A osteomielite de arcos costais pós cirurgia mamaria é uma entidade rara, de difícil resolução e com desfecho favorável, se diagnosticada e tratada adequadamente. Realizou-se revisão na PubMed utilizando o termos "Breast" AND "Osteomyelitis"[Mesh] AND ("Breast Implants"[Mesh] OR "Prostheses and Implants"[Mesh] OR "Breast Implantation"[Mesh]) identificou-se 3 artigos, onde são apresentados 2 casos. Adiciona-se mais dois casos a literatura. **Resultados:** Apresenta-se dois casos de osteomielite após o uso de prótese mamária. - Caso 1: 56 anos, portadora de tumor de mama direita, EC IIa, luminal A. Submetida a mastectomia skin sparing a direita e reconstrução com prótese mamária. Após duas semanas iniciou com sinais flogisti-

cos em ferida operatória onde cultura revelou Pseudomanas aeruginosa, sendo introduzido Ciprofloxacino e a prótese removida. Mesmo após o tratamento manteve-se com secreção local e sinais de flogose, fazendo uso de antibioticoterapia estendida. Dois meses após a cirurgia mantinha sinais inflamatórios locais, optando-se por realização de tomografia, a qual sugeriu acometimento de arcos costais sugerindo osteomielite, fato este corroborado pela ressonância magnética e cultura local. Submetida a desbridamento cirúrgico de plastrão, ressecção de arco costal acometido e lavagem exaustiva. Anatomopatológico evidenciando Osteomielite Crônica em 4º arco costal. Realizou antibioticoterapia por 30 dias com resolução completa. - Caso 2: 51 anos, portadora de tumor de mama esquerda, EC IIIb, luminal A. Realizou quimioterapia neoadjuvante baseado no esquema ACT. Submetida a mastectomia radical modificada e reconstrução mamária com prótese imediata. Aos 30 dias apresentou infecção local, sendo infecção local, sendo introduzido antibioterapia. Cultura evidenciou Pseudômonas aeruginosa. Introduzido ciprofloxacino, sem melhora no quadro local. Ressonância magnética da parede torácica evidenciou osteomielite de parede torácica. Realizado desbridamento cirúrgico rigoroso em plastrão seguido de tratamento com Ciprofloxacino por 30 dias. Apresentou controle local. Submetida a reconstrução mamária tardia com grade dorsal e prótese, com evolução satisfatória. **Conclusões:** Há pouca disponibilidade de dados na literatura frente a osteomielite de arcos costais pós mastectomia com reconstrução com prótese. O diagnóstico diferencial ser aventado na presença de complicações infecciosas locais com comportamento arrastado e de difícil controle, mesmo após a retirada da prótese. O uso da tomografia ou ressonância magnética torácica auxilia na avaliação diagnóstica. O tratamento depende de antibioticoterapia, prolongada, debridamento cirúrgico, sendo descrito a ausência e presença de resseção costal, a qual foi realizada nos pacientes descritos, com evolução favorável.

Tratamento cirúrgico curativo de recidiva locorregional esternal após quimioterapia paliativa.

França DC, DC Pinto, Silva CM, Pignataro VV, Haikel RL. – Instituição:Hospital de Câncer de Barretos. 1- Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária. 2- Departamento de Cirurgia Torácica.

.....

Introdução: A taxa de recorrência locorregional após a mastectomia por doença invasora é da ordem de 9%, sendo que um terço destas também terão metástases à distância e um quarto terão recorrência isolada. A recorrência local isolada esternal e mediastinal é rara, sendo a toracectomia uma opção de tratamento curativo a ser oferecido a essas pacientes. **Métodos:** Apresenta-se uma situação rara na prática clínica, onde tratamento cirúrgico associado a ressecção da parede torácica, mostrou-se efetivo em paciente em tratamento paliativo. **Resultado:** Paciente 39 anos, estádio clínico III, luminal B/ her negativo, submetida a quimioterapia neoadjuvante, quadrantectomia e radioterapia. No quarto ano

de tratamento, em uso de hormonioterapia, apresentou recidiva esternal única, considerada irressecável. Realizou quimioterapia paliativa, com baixa resposta durante o uso de diferentes esquemas quimioterápicos, fato que se modificou após a introdução de gencitabina, quando apresentou boa resposta local. Neste sentido, devido a ausência de comorbidade, resposta local e ausência de doença metastática, a mesma foi submetida a ressecção de tecido mamário, esternectomia, e reconstrução com rotação de retalho miocutâneo e tela de Dual Mesh. Evolução satisfatória, observando-se ausência de doença no anatomopatológico. Atualmente, aos 20 meses após a cirurgia a paciente encontra-se sem evidência de doença em uso de anastrozol e agonista de LHRH. **Conclusões:** A recorrência de câncer de mama em parede torácica pós mastectomia é considerada uma doença de tratamento complexo, necessitando de tratamento multimodal.A ressecção da parede torácica e sua reconstrução para câncer de mama localmente recorrente é um procedimento factível, de baixa mortalidade e razoável morbidade. A cirurgia permitiu melhor controle local, associado a elevação na qualidade de vida, devendo ser considerado como opção terapêutica.

Divergências regionais quanto ao tipo de cirurgias oncológicas mamárias realizadas nas pacientes atendidas no Sistema Único de Saúde

Guidoux JRO, Gouveia PA, Rahal RMS, Paulinelli RR, Freitas-Junior R – Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás; Faculdade de Medicina da Faculdade Federal de Goiás; Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

Introdução: No Brasil existem divergências regionais quanto ao tipo de cirurgias oncológicas mamárias realizadas nas pacientes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual em 2015, por exemplo, foi responsável pelo tratamento cirúrgico de 39% das pacientes diagnosticadas com câncer de mama. O câncer de mama é a neoplasia que mais acomete mulheres no Brasil e no mundo, excluindo-se os carcinomas de pele não-melanoma, sendo um grave problema de saúde pública, com alto índice de mortalidade. Seu tratamento tem como objetivo central melhorar os resultados estéticos e qualidade de vida das pacientes, além de prolongar sobrevida. Estudos recentes mostram tendência ao aumento do número de mastectomias, possivelmente em virtude do uso de Ressonância Nuclear Magnética no pré-operatório e pela preferência das pacientes, que acreditam estarem mais protegidas com a retirada total da mama. O objetivo deste estudo foi avaliar se houve aumento no número de mastectomias, cirurgias conservadoras e de reconstruções mamárias nessas pacientes entre os anos de 2008 a 2015, além de analisar se houve divergência entre o tipo de tratamento cirúrgico realizado nas pacientes em diferentes regiões brasileiras. Métodos: Foi realizado estudo descritivo de série temporal das cirurgias oncológicas mamárias, com base em dados secundários dos Sistemas de Informações Hospitalares do

SUS (SIH/SUS), que registra as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) referentes a todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiados pelo SUS, sendo incluídas, neste estudo, aquelas para as internações por tratamento cirúrgico de câncer de mama no período entre 2008 e 2015. A análise do número absoluto de cirurgias foi realizada utilizando-se a regressão de Poisson, através Programa Jointpoint Regression e para a tendência calculou-se a mudança percentual anual (MPA), com intervalo de confiança de 95% e significância estatística quando p<0,05. **Resultados:** Em relação ao número de mastectomias simples, a região Sul foi a única a mostrar redução (MPA -3.3%; IC 95%-8.0- -3,5; p<0,05); as demais mostram estabilização nesse período. Em se tratando de mastectomias radicais, as regiões Nordeste e o Sudeste mostraram redução significativa, enquanto que as demais regiões mostraram estabilização. Quanto à análise de cirurgias conservadoras da mama, a região Sul foi a única que mostrou redução significativa (MPA -2.5%; IC95%-3.9- -1.2; p<0.05), enquanto as demais mostraram estabilização. Referente às reconstruções mamárias, houve aumento significativo do número de reconstruções com retalhos miocutâneos nas regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Sul, com estabilização na região Norte. Nas reconstruções com prótese, encontrou-se tendência de aumento com significância estatística para o Brasil e para as regiões Norte, Sudeste e Centro -Oeste, com estabilização nas regiões Nordeste e Sul. **Conclusão:** O estudo mostrou que não houve aumento no número de mastectomias, tanto simples, quanto radicais, nos diferentes estados brasileiros, assim como nas cirurgias conservadoras; entretanto, demonstrou aumento das reconstruções mamárias, tanto com retalhos miocutâneos, quanto com próteses.

Carcinona Lobular Invasivo de mama: Perfil Imunohistoquímico no Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.

FURLANETTI TM, GAMA BLA, RIBEIRO MV, TANAKA PSS, GEBRIM LH. INSTITUIÇÃO: Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington (CRSM-HPB).

Introdução: Carcinoma Lobular Invasivo de Mama (CLI) é o segundo tipo mais comum de carcinoma de mama (5-15%). A Imunohistoquímica (IHQ) classifica os subtipos moleculares que são fatores preditivos de resposta. Dosam-se receptores de estrogênio (RE), receptores de progesterona (RP) e receptor do fator de crescimento epidérmico humano (HER-2) e ki-67 (St Gallen, 2011). **Metodologia:** Estudo retrospectivo do banco de dados com 4924 cirurgias do CRSM-HPB dos anos 2011-2016. Dos 152 casos de CLI, utilizamos o índice de ki67 ≥ 14% para diferenciar os tumores Luminais (Vialle, 2002) e os critérios de exclusão foram: Lobular misto, IHQ incompleta, E-caderina positiva; hibridização Cromogênica in situ (CISH) insatisfatória que resultaram no final 113 casos. Foi considerado o resultado da biopsia percutânea por agulha grossa (Core-biopsy) em casos discordantes entre a IHQ deste e

do anatomopatológico (AP) da peça cirúrgica. **Resultado:** Encontramos: 32,7% (N=37) Luminal A; 60% (N=68) Luminal B; 6,1% (N=7) tumor HER-2 positivo e 0,8% (N=1) de triplo negativo. Encontramos predominância de Luminal B ao passo que Harris (2013) citam o Luminal A. O perfil triplo negativo e HER foram menores que 10% da amostra. **Conclusão:** No carcinoma Lobular puro, com o uso de "cut-off" de ki67 mais restrito (ki 67 ≥ 14%) observamos predominância de subtipo Luminal B. Subtipos moleculares HER e triplo negativo são a minoria da amostragem.

Carcinoma adenoide cístico de mama: relato de caso.

Macedo, TRFPM[1]; Uchoa, ATC[2]; Paz, AR[2]; Santos, EFP[2]; Brito, MBR[2]. Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança.

Introdução: O carcinoma adenoide cístico representa cerca de 0,1% dos carcinomas mamários, possuindo baixo grau de malignidade e potencial de agressividade, apresentando excelente prognóstico. Essa variante de tumor é, normalmente, vista em glândulas salivares, podendo, também, acometer outros tecidos. É caracterizado pela presença de um padrão celular bifásico de células mioepiteliais (basaloides) e epiteliais (ductais). **Métodos:** As informações obtidas foram através de revisão de prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos realizados e revisão da literatura. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, procurou o serviço de Mastologia para rastreamento de câncer de mama. À mamografia, foram identificados dois nódulos bilaterais (BIRADS 4), na região retroareolar das duas mamas, de densidade semelhante ao tecido fibroglandular e contornos encobertos. Na ultrassonografia mamária, foram identificadas formações nodulares sólidas na mama esquerda e cisto mamário à direita. Foi realizada core biopsia dos nódulos, a qual foi encaminhada para estudo anatomopatológico, cujo diagnóstico obtido foi carcinoma mamário invasivo de padrão adenoide-cístico, com grau histológico de Nottingham II e grau nuclear 2. O exame imuno-histoquímicose mostrou positivo para receptor de estrógeno e progesterona, e negativo para a expressão de HER-2. A paciente foi submetida àmastectomia radical com pesquisa do linfonodo axilar sentinela. No exame macroscópico, observou tumoração brancacenta e firme, medindo 1,9cm, de padrão tubular e cribiforme com focos sólidos. Foi identificado linfonodo com hiperplasia linfoide reacional, sem evidências de comprometimento neoplásico. O carcinoma adenoide cístico da mama é um tumor maligno, caracterizando-se por uma combinação de tecidos glandular, estromal e de membrana basal, com distribuição heterogênea. Varia entre as faixas dos 38 aos 82 anos, predominando na sexta década de vida da mulher, e ocorrência pontual em homens. O diagnóstico é guiado pela análise histológica. A aparência mamográfica é variável, poucos tumores têm sido detectados por mamografia, que em alguns casos pode se apresentar negativa. O tratamento é geralmente por mastectomia simples e raramente propaga-se através do sistema linfático. O diagnóstico diferencial principal é

com o carcinoma cribriforme invasivo da mama. Com exceções ocasionais, o carcinoma adenóide cístico da mama é negativo para receptores de estrógeno e de progesterona, e para HER-2. Conclusão: São relatadas características clínico-patológicas de um carcinoma adenóide cístico de mama, tumor raro e de bom prognóstico, embora possa apresentar um padrão triplo negativo, presente em tumores mais agressivos. No caso supracitado, o tumor apresenta-se positivo para receptores hormonais, o que sugere melhor prognóstico.

Avaliação da taxa de cirurgia conservadora em pacientes com câncer de mama submetidas a quimioterapia neoadjuvante

Do Couto Corrêa FHR, Madeira TCS, Celloni DT, Fonseca IM, Cordeiro GM – Instituição: Hospital do câncer Aldenora Bello

Introdução: O câncer de mama é o tipo de maior incidência na mulher em 140 países, é o tipo mais comum entre as mulheres brasileiras, exceto o câncer de pele não melanoma. No Brasil, sua estimativa para os anos de 2014 e 2015 foi de 57.120 novos casos, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. A quimioterapia neoadjuvante tem o objetivo de se conseguir uma redução da massa tumoral em tumores localmente avançados e permitir a utilização de tratamentos cirúrgicos e radioterápicos mais eficientes. A avaliação do grau de resposta da quimioterapia neoadjuvante é realizada através das análises anatomopatológicas dos produtos cirúrgicos, sejam estes de procedimentos radicais ou conservadores. A ausência de células tumorais remanescentes nos tecidos constitui a resposta patológica completa. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e transversal, para registro das informações foi utilizado questionário próprio e os dados obtidos de prontuários. **Resultados:** Após arquivamento e analise dos dados, foram obtidos os seguintes dados. Em relação a faixa etária, a maioria da população do estudo foi composta por mulheres com idade entre os 40 e os 49 anos, compondo 41,1% da amostra, sendo seguida pela faixa etária dos 50 aos 59 anos, com 25,0% dos casos. A média das idades foi de 45,9 anos com mediana de 44 anos e desvio padrão de 10,1 anos. O tipo histológico mais predominante foi o carcinoma ductal infiltrante (CDI), responsável por 98,2% dos tumores de mama. O estadiamento das pacientes antes da quimioterapia neoadjuvante, 41,1% apresentava o estágio IIIA, o segundo mais incidente foi o estágio IIIB, com 33,9%. A quimioterapia neoadjuvante compreendeu o esquema de Doxorrubicina com Ciclofosfamida e Docetaxel em 98,2% e Doxorrubicina com Ciclofosfamida e Paclitaxel em 1,8%. Em Relação ao tipo selecionado de procedimento cirúrgico (tabela 5), em 59% da amostra, optou-se a realização da Mastectomia sem reconstrução, 21,40% procedimentos conservadores de mama, 19,6% Mastectomia com reconstrução. Sobre a abordagem linfonodal axilar, em 69,60% foi realizada linfadenectomia e 30,40% biopsia do Linfonodo sentinela. **Conclusão:** Este estudo apresentou algumas limitações por se tratar

Sociedade Brasileira de Mastologia Regional São Paulo

de um estudo retrospectivo de base hospitalar, no qual existe o risco da perda de dados em prontuários, bem como do seguimento de pacientes. Porem é notório que a utilização da quimioterapia neoadjuvante quando bem indicada, pode ser uma alternativa importante no tratamento e na avaliação do prognóstico de pacientes portadoras de câncer de mama operável, resultando na chance de diminuição do volume tumoral e o comprometimento axilar ("downstaging") aumentando a possibilidade de cirurgia conservadora. **Palavras chave:** Mastectomia; Quimioterapia; Mama

Miopericitoma em mama masculina - Relato de caso

Ferreira FAT, Guido DAR, Fanstone GD, Barros N, Moraes PC – Instituição: Salomão Zoppi Diagnósticos, São Paulo, SP

Introdução: O miopericitoma é um tumor de partes moles de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde, representa um grupo de tumores originários de células mioides perivasculares. O termo caracteriza um espectro de tumores benignos evidenciados histologicamente por proliferação perivascular concêntrica de células fusiformes, mostrando diferenciação mioide aparente. É uma entidade muito rara na mama. **Métodos:** Paciente masculino, 24 anos, com nódulo doloroso à palpação na mama esquerda, com crescimento progressivo em curto espaço de tempo, notado há um mês. Realizou como exame de diagnóstico ultrassonografia mamária, que evidenciou nódulo redondo, hipoecoico e circunscrito, sem fenômeno acústico posterior, medindo cerca de 0,5 x 0,3 x 0,4 cm, apresentando vascularização periférica no estudo doppler colorido. Foram solicitadas como complemento imagens de mamografia da mama esquerda com incidências adicionais com compressões localizadas que caracterizou a lesão de forma redonda e de margens indistintas, em correspondência topográfica ao exame ultrassonográfico. Em virtude da características descritas referentes principalmente à forma e à margem do nódulo, foi classificado pelo sistema ACR BI-RADS® como categoria 4 e o estudo histológico recomendado. Prosseguiu-se com a biópsia percutânea por agulha grossa guiada por ultrassonografia, cuja a correlação anátomo-radiológica concordante resultou em neoplasia de células fusiformes e redondas, sem atipias significativas, presença de focos com vasos sanguíneos de padrão hemangiopericítico e tecido conjuntivo adjacente com ectasias vasculares. O conjunto dos achados histopatológicos pode corresponder ao observado no miopericitoma, sendo recomendado o estudo imunohistoquímico com ênfase no diagnóstico diferencial com tumor fibroso solitário e mioepitelioma de partes moles, na tentativa de se definir a linhagem de diferenciação celular desta neoplasia. **Resultado:** O miopericitoma é lesão comumente circunscrita e não encapsulada e o diagnóstico diferencial pode ser realizado com características morfológicas específicas ou por imunohistoquímica. Clinicamente apresenta-se como nódulo no subcutâneo e na derme de extremidades. Incide principalmente no sexo masculino a partir de segunda década de vida. A variante maligna é

rara, mas pode ocorrer em pacientes acima dos 60 anos, com nódulos de crescimento rápido e frequentemente associados a metástases. **Conclusão:** O miopericitoma é um tumor de partes moles, incomum na mama, bem definido e indolente. São caracteristicamente benignos e raramente recidivam após exérese da lesão.

Molecular Breast Imaging (MBI): Papel de uma nova ferramenta diagnóstica na detecção do câncer de Mama.

Tavares,MGM; Lemos, DSS; Araujo NetoJ; Andrade JC; Goes JCS. – Instituição: Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC)/ Unidade de Diagnóstico e Densitometria Óssea (UDDO). São Paulo-SP.

Objetivo: Avaliar a eficiência desta nova técnica na detecção do câncer de mama em 50 pacientes submetidas a procedimento cirúrgico e o impacto da quimioterapia neoadjuvante nos resultados. **Método:** Entre janeiro e junho de 2014 foram realizados 50 estudos de MBI no setor de Medicina Nuclear, em pacientes com lesões mamárias detectadas por USG e Mamografia. Imagens nas projeções crânio-caudal e médio-lateral, foram adquiridas após injeção endovenosa de 20mCi de Sestamibi-Tc99m e analisadas visualmente. 14 pacientes foram submetidas a quimioterapia (QT) neoadjuvante antes do estudo cintilográfico. Uma análise de sensibilidade, especificidade e acurácia foi realizada no grupo total, no grupo pós QT neoadjuvante e no grupo sem QT neoadjuvante. **Resultados:** Dos 50 casos, 35 (70%) foram considerados malignos no estudo anátomo-patológico (AP) e dos 14 pacientes pós QT neoadjuvante, resposta patológica completa foi observada em 29% dos casos. Na avaliação do grupo total, MBI foi positivo/suspeito em 88,6% dos pacientes com AP positivo e negativo em 47% dos pacientes com AP negativo. Foi observada boa correlação da imagem do MBI com a imagem mamográfica. No grupo dos pacientes com QT neoadjuvante, 70% dos MBI positivo/duvidoso apresentaram AP positivo. A especificidade foi de 25% porém numa casuística pequena de 4 pacientes com o AP negativo. No grupo sem QT neoadjuvante, a sensibilidade chegou a 96%, especificidade de 88,8% e acurácia de 91,6%. **Conclusão:** O MBI é um exame de aplicação recente na avaliação das lesões mamárias e apresenta boa sensibilidade na detecção do câncer de mama, inclusive na doença residual pós QT neoadjuvante e especificidade elevada principalmente nos pacientes não submetidos a quimioterapia. Sua elevada acurácia indica um futuro promissor desta técnica como ferramenta diagnóstica.

Pesquisa do linfonodo sentinela no Câncer de mama: Causas de não drenagem na Linfocintilografia. Análise retrospectiva de 4 anos do Instituto Brasileiro de Contole do Câncer- São Paulo-SP.

Tavares MGM; Barbosa IPR; Barbosa EM; Andrade JC; AraujoNeto J ;Goes JCS

Instituição: Instituto Brasileiro de Controle do Cancer (IBCC) – SP/ Unidade de Diagnóstico e Densitometria Óssea (UDDO) – SP/SP.

Objetivo: Avaliar as causas de ausência de drenagem na imagem de linfocintilografia prévia ao procedimento cirúrgico de pesquisa do linfonodo sentinela. Maior chance de axila positiva? **Método:** Foram avaliados 2.219 estudos de pesquisa do linfonodo Sentinela (Injeção periareolar ou pós injeção peritumoral para pesquisa do SNOLL) de pacientes submetidos a cirurgia de mama no período de 2012 a 2015. Foi utilizado o radiofármaco fitato marcado com Tecnecio99m ,30 minutos a uma hora antes da imagem da linfocintilografia. Reinjeção periareolar foi realizada na tentativa de visualização do linfonodo axilar. Imagens planares foram adquiridas nas projeções anterior e lateral do tórax da lesão em estudo. **Resultados:** Das 2.219 linfocintilografias, 138 não demostraram drenagem axilar (6,2%). A axila estava comprometida em 55 pacientes (39,8% dos casos), em 7 casos a axila não foi abordada por patologia benigna na congelação e em 6 casos havia relato de abordagem cirúrgica axilar prévia. Dos 70 casos de axila negativa ao estudo anátomo-patológico, 45,7% dos pacientes tinham relato de cirurgia prévia na mama referida ou axila (23 casos) ou foram submetidos a Quimioterapia neoadjuvante (9 casos). Em 27,5% dos casos não drenados na imagem e axila negativa na avaliação patológica, não identificamos motivos habitualmente relacionados. A aquisição de imagem de tomografia computadorizada acoplada a medicina nuclear (SPECT/CT) certamente possibilitaria uma maior detecção de linfonodos axilares em relação a técnica planar empregada no presente estudo. **Conclusão:** A identificação do(s) linfonodo(s) sentinela(s) na imagem de linfocintilografia ocorre em média em 94% dos estudos e tem importância reconhecida não só por informar posição, número e grau de captação dos linfonodos, mas também nos casos de não drenagem, serve como alerta para o cirurgião no sentido de avaliar uma maior chance de comprometimento axilar. No presente estudo confirmamos a possibilidade de axila positiva em quase 40% dos casos. Além de axila comprometida vale ressaltar a possibilidade de imagem negativa nas pacientes com procedimento cirúrgico prévio na mama/axila ou quimioterapia neoadjuvante.

Pioderma Gangrenoso na mama. Uma patologia de episódio único.

Pignataro VV; França DC; Oliveira IJ; Michelli RAD; Matthes AGZ
Instituição: Departamento de mastologia do Hospital de Câncer de Barretos

Introdução: Pioderma Gangrenoso é uma dermatose neutrofílica rara, crônica e muitas vezes recorrente. Pode simular infecção de ferida operatória, sendo tratada erroneamente para tal. Sua patogênese ainda é incerta e tem sido relacionada com fenômeno de patergia. Geralmente ocorre em episódio único. O quadro se inicia, mais comumente, por pápulas ou pústulas eritematosas que evoluem para úlceras doloro-

sas de bordos violáceos e fundo purulento, de evolução rapidamente progressiva. Não existem achados laboratoriais específicos, entretanto um infiltrado de leucócitos polimorfonucleares é considerado marcador. Portanto, o diagnóstico depende exclusivamente da observação das características clínicas e do curso evolutivo. A terapia com corticosteroides sistêmicos em altas doses é o método mais efetivo para o tratamento. **Métodos:** Relato de paciente, 33 anos, feminina, realizou Ultrassonografia (US) de mamas que evidenciou nódulo BI-RADS 4B em mama direita. Core biópsia compatível com Carcinoma Ductal Invasivo. Exames de estadiamento (Radiografia de tórax, cintilografia óssea e US abdominal) sem evidência de doença à distância. Foi submetida à mastectomia Nipple Sparing + pesquisa de linfonodo sentinela e reconstrução imediata com prótese de silicone à direita, sem intercorrências. Recebeu alta no dia seguinte à cirurgia e iniciado Amoxicilina com Ácido Clavulânico profilático. **Resultados:** Apresentou no 4º dia pós-operatório, hiperemia em ferida cirúrgica, sem relato de febre, sendo associada Clindamicina por suspeita de infecção secundária. Após 2 dias, o quadro mamário evoluiu com piora e surgimento de duas úlceras de bordo violáceo e fundo purulento. Foi iniciado antibióticoterapia venosa em regime hospitalar, com Ciprofloxacino e Clindamicina. Exames laboratoriais mostraram leucocitose (14000/ mm^3), VHS 80 mm/h e PCR 32 mg/L que não sofreram redução com antibióticoterapia. Tendo em vista a piora rápida e progresiva durante os 2 dias posteriores à internação, foi submetida à retirada de prótese e ressecção de toda a pele acometida. Resultado de cultura e bacterioscopia negativos. Anatomopatológico identificou "intenso infiltrado polimorfonuclear e áreas de hemorragia". Foi aventada a hipótese de pioderma gangrenoso e iniciado Prednisolona 60mg/dia, com melhora da hiperemia restante após 24h de tratamento. Prossegui terapia adjuvante com em esquema de antraciclico e taxol, sem indição de radioterapia. Em 04 de Maio de 2016 foi submetida a plástica mamária reconstrutiva com prótese subcutânea 690cc. Evoluiu bem e sem novos episódios de pioderma gangrenoso. Está no 5º mês de pós operatório, satisfeita com o resultado estético. **Conclusão:** O acometimento mamário por pioderma gangrenoso é um evento raro, com evolução rápida e graves consequências se não tratado precocemente. Apesar disso, costuma se apresentar em episódio único, não havendo motivo para evitar nova reconstrução quando necessário.

Resultados Oncológicos de Pacientes Submetidas a Cirurgia Oncoplástica de Mama

Cicero Urban, Vanessa Amoroso, Rubens Silveira de Lima, Cleverton Spautz e Ana Paula Martins Sebastião.
Universidade Positivo, UP, Curitiba, Brasil; Universidade Federal do Paraná, UFPR, Curitiba, Brasil; – Unidade da Mama, Hospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, Brasil.

Introdução: A cirurgia oncoplástica (OP) permite resseções maiores utilizando técnicas de ma-

moplastia e assim mantendo a forma e a simetria entre as mamas. Entretanto, ainda existem poucas séries com resultados de longo prazo avaliando esta metodologia. **Método:** Trata-se de estudo de coorte retrospectiva e prospectiva, onde foram avaliadas 246 pacientes com carcinomas invasivos ou in situ, submetidas à OP na Unidade da Mama do Hospital Nossa Senhora das Graças em Curitiba (Brasil), entre os anos de 2004 a 2014. Foram excluídas pacientes que tiveram quimioterapia neoadjuvante ou OP unilateral. A biópsia de linfonodo sentinela foi indicado em todas as pacientes com carcinoma invasivo ou in situ extenso e/ou com comedonecrose associada. Foi considerado nível de significância estatística de 5% (p=0,05). **Resultados:** A média de seguimento foi de 56 meses; a técnica cirúrgica mais utilizada foi a do pedículo inferior em 41,5% das pacientes; o tipo histológico predominante foi o carcinoma ductal invasor, com 63.9% dos casos; o grau histológico mais frequente foi o grau II, em 47,15% dos casos; foram diagnosticas inicialmente como T1 61,04% das pacientes, 15,81% como Tis e 15,41% como T2; com infiltração linfo vascular (ILV) presente em 20,33% dos casos; o perfil biológico mais frequente foi o Luminal A em 52% das pacientes e 56,6% das pacientes receberam terapia hormonal com tamoxifeno. O esvaziamento axilar foi realizado em 14,5% das pacientes, 93,7% das pacientes foram submetidas a tratamento radioterápico e 28,7% das pacientes foram tratadas com quimioterapia adjuvante. A taxa de reoperação foi de 6,09%, a taxa de recidiva local foi de 5,2% e a taxa de metástase a distância foi de 4%. A taxa de margens comprometidas foi de 6,5%. Pacientes N0 e receptor de estrogênio positivo tiveram menor risco para recidiva local. Pacientes com ILV presente apresentaram risco aumentado para metástase a distância e necessidade de reoperação. **Conclusões:** Com este estudo, em uma grande série de pacientes que foram seguidas a longo prazo, demonstrou-se baixa taxa de recidiva local e baixas taxas de reoperação e de margens comprometidas.
Palavras-chave: Oncoplástica. Resultado oncológico. Margem cirúrgica. Recidiva local. Cirurgia conservadora de mama.

Avaliação do ki-67 e do tamanho tumoral em pacientes com carcinoma lobular invasivo operadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher

FURLANETTI TM, RIBEIRO MV, GAMA BLA, TANAKA PS, GEBRIM LH. Instituição: Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington (CRSM).

O Ki-67 marca proliferação nas fase G1 e M do ciclo celular, é reprodutível e acessível. O carcinoma lobular Invasivo (CLI) é insidioso e lento, não provoca reação desmoplásica adjacente. Assim dificulta o diagnóstico clínico e de imagem. Avaliamos o perfil de ki-67 da biopsia percutânea por agulha grossa (Core biopsy) e classificamos conforme o tamanho do componente invasivo do tumor. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo do banco de dados com 4924 cirurgias do CRSM-HPB dos anos 2011-2016. Consideramos CLI a au-

sência do marcador de E-caderina e outras neoplasias associadas no anatomopatológico da peça (APs). De 152 APs, excluímos: quimioterapia neoadjuvante, doença recidivada e dados de imunohistoquímicos ou medida tumoral incompletos. Resultaram 120 casos com idade que variam de 32 a 84 anos. Conforme 7° American Joint Committee on Cancer (AJCC) os grupos foram: T1, (≤2 cm), T2 entre 2 a 5,0 cm e T3 maiores que 5,0 cm. Nosso "cut-off" de ki67 foi ≤ 14% para subgrupo A e ≥ 14% subgrupo B (Vialle, 2002). Utilizamos os testes estatísticos de distribuição anormal do tipo não-paramétricas (Mann-Whitney) para detectar diferença estatística entre os grupos (T1, T2 e T3) e subgrupos de ki67. Resultados: Encontramos: T1 com 28,3% (N=33); T2 com 50% (N=61) e T3 com 21,7% (N=26) . Entre o grupo T1 (A=41,1%; B=58,9%); T2 (A=31,6%; B= 68,4%) e T3(A=27%; B= 73%). A média etária das paciente estava na faixa de 59 anos. Aplicados os testes observamos que houve predominância de ki67 alto nos três grupos, e entre cada grupo houve diferença estatística entre os subgrupos A e B. Conclusão: No CLI puro houve predomínio de mulheres na faixa de 40-50 anos, com lesões palpáveis (T2). O ki67 isolado não parece ter relação direta com tamanho tumoral visto com base nos APs finais das cirurgias.

Insuficiência hepática aguda secundária a múltiplas metástases hepáticas de carcinoma ductal de mama: relato de caso com necropsia

Moraes, T.C.D.; Amaral, A.V.; de Campos, P.T.R.; Teixeira, C.O.; Teixeira, M.A.B. – GECAC - Grupo de Estudo em Correlação Anátomo-Clínica – Campinas - SP

Introdução: A insuficiência hepática aguda (IHA) possui diversas etiologias e é caracterizada pela rápida perda da função hepática. A seguir é descrito um caso desta síndrome causada por múltiplas metástases hepáticas (MH) de câncer de mama. **Métodos:** confronto anátomo-clínico -radiológico. Mulher, de 53 anos referia sintomas de IHA há 3 semanas. Era etilista, tabagista e havia descoberto um nódulo de mama há 6 meses. Ao exame físico apresentava ascite, fígado palpável por rechaço e nódulo na mama direita (MD), com 6 cm de diâmetro, endurecido e aderido. Exames laboratoriais com alteração da função hepática (FH). No 3° dia de internação trouxe mamografia realizada 1 dia antes da entrada, com mamas densas, BI RADS 4 à direita e 1 à esquerda. Apesar do tratamento adequado, houve piora do quadro, evoluindo para óbito em 6 dias. **Resultados:** Em estudo necroscópico, em MD notou-se tecido adiposo abundante e massa extensa infiltrada em planos profundos; no abdome, múltiplas MH. À microscopia o nódulo da mama tratava-se de carcinoma ductal invasivo, sendo o mesmo padrão encontrado nos nódulos hepáticos. A etiologia atribuída do quadro de IHA foram as múltiplas MH, já

Sociedade Brasileira de Mastologia REGIONAL SÃO PAULO

que não havia outra hepatopatia. **Conclusões:** Estima-se que doze tipos de câncer podem causar IHA por infiltração metastática, sendo esta situação incidente em 0,44% dos casos de IHA. O fígado é um dos principais sítios de metástase do câncer de mama (CM), ocorrendo em cerca de 50% das pacientes e em apenas 1% de forma isolada. Muito embora sejam muito comuns, as MH raramente levam ao quadro de IHA, sendo o prognóstico reservado, com mortalidade de 90%. O caso é concordante com a literatura em relação à idade, sinais mais comuns, alteração da FH, diagnóstico da IHA previamente ao do CM, e diagnóstico etiológico feito post-mortem. O rastreamento e o tratamento precoce do CM, ao contrário do que ocorreu neste caso, evitam a ocorrência das MH. Além disso, destaca-se a discordância entre a mamografia e a macroscopia, pois o exame não traduz a extensão da infiltração da neoplasia. Tal situação pode ser explicada pelo fato da paciente possuir mamas densas, uma vez que a literatura mostra que a sensibilidade do método nesses casos é diminuída, podendo variar de 88-62% a depender do grau de densidade.

Avaliação do HER-2 e do tamanho tumoral em pacientes com carcinoma lobular invasivo operadas no Centro de Referência da Saúde da Mulher.

FURLANETTI TM, RIBEIRO MV, GAMA BLA, TANAKA PSS, GEBRIM LH. Instituição: Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington (CRSM).

O HER-2 é uma proteína transmembrana que indica maior agressividade tumoral. O carcinoma lobular Invasivo (CLI) é insidioso e lento, não provoca reação desmoplásica adjacente. Assim dificulta o diagnóstico clínico e de imagem. Avaliamos o perfil de HER-2 da biópsia percutânea por agulha grossa (*Core biopsy*) e classificamos conforme o tamanho do componente invasivo do tumor. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo do banco de dados com 4924 cirurgias do CRSM-HPB dos anos 2011-2016. Consideramos CLI a ausência do marcador de E-caderina e outras neoplasias associadas no anatomopatológico da peça (APs). De 152 APs, excluímos: quimioterapia neoadjuvante, doença recidivada e dados de imunohistoquímicos ou medida tumoral incompletos. Resultaram 120 casos com idade que variam de 32 a 84 anos. Conforme 7° American Joint Committee on Cancer (AJCC) os grupos foram: T1, (≤2 cm), T2 entre 2 a 5,0 cm e T3 maiores que 5,0 cm. Os subgrupos HER-2 foram A, negativo. B, duvidoso. C, positivo. Utilizamos os testes estatísticos de distribuição anormal do tipo não-paramétricas (Mann-Whitney) para detectar diferença estatística entre os grupos (T1, T2 e T3) e subgrupos do HER-2. Resultados: Encontramos: T1 com 28,3% (N=33); T2 com 50% (N=61) e T3 com 21,7% (N=26) . Entre o grupo T1 (A=76,5%; B=20,6%; C= 2,9%); T2 (A=78,3%; B= 13,4%; C= 8,3%) e T3 (A=69,3%; B= 23%; C=7,7%). A média etária das pacientes estava na faixa de 59 anos. Aplicados os testes observamos que houve predominância de HER-2 negativo nos três grupos, e entre cada grupo houve diferença estatística entre os subgrupos A e B. Conclusão: No CLI puro houve predomínio de mulheres na faixa de 40-

50 anos, com lesões palpáveis (T2). O HER-2 isolado não parece ter relação direta com tamanho tumoral visto com base nos APs finais das cirurgias.

Estudo Comparativo de Linfonodo Axilar com Metástase de Câncer de Mama Marcado com Semente Radioativa (Iodo-125) e Submetida à Quimioterapia Néo Adjuvante e a Localização do Linfonodo Sentinela Pré Operatório com Tecnécio-99m.

Duarte C R, Mendes S, Gabure L A G, Rostelato M E C M , Zeituni C A Instituição: Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Introdução: Mulheres com câncer de mama com linfonodos positivos axilares detectados por USG ou exame clinico confirmados por A.P (N1/N2) após serem submetidos a tratamento de quimioterapia néo adjuvante também apresentam remissão da doença axilar. Após término do tratamento QTN os pacientes deverão ser submetidos ao tratamento cirúrgico da(s) mama(s) e axila(s). Antes disso são habitualmente encaminhadas para localização das lesões ocultas (ROLL) além da técnica de pesquisa de linfonodo sentinela com Tc-99m ligado à FITATO ou DEXTRAN para posterior localização operatória. A proposta deste método consiste que junto à técnica de demarcação intratumoral com o uso da semente de Iodo-125 para lesões mamárias em tumores avançados pré quimioterapia também sejam submetidos à esta demarcação o(s) linfonodo(s) axilare(s) caracterizados como suspeitos por USG ou exames clínicos. **Métodos:** semente consiste em uma pequena capsula de titânio , em seu interior consta o Iodo-125 que é um um emissor gama com energia média de 29Kev e meia vida física 59.4dias. A introdução da semente radioativa é realizada nas lesões de mama e LN axilares através de biópsia guiada por USG, ou estereotaxia usando agulha para punção proporcional ao diâmetro da semente. Logo após, realiza-se exames de imagem (US ou Mamografia) para confirmação do implante. Antes dos procedimentos operatórios os pacientes também foram submetidos ao método de pesquisa de linfonodo sentinela (PLNS) com FITATO-99m-Tc para realização de cintilografia e posterior detecção intra-operatória. Para detecção intra operatória das sementes de iodo-125 e linfonodos sentinelas (LNS) marcados com Tc-99m foi utilizado o equipamento gama probe modelo (Europrobe®). Resultados: Até o momento, 20 pacientes para QTN submetidos ao implante da semente intratumoral (já operados), destes, 11 (onze) tiveram LN axilares marcados com a semente de iodo-125 e que também realizaram PLNS. Todas das peças localizadas pela semente continham o LN marcado gerando uma eficiência inicial de 100%. Houve correlação aceitável de captação I-125/Tc99m em 7 casos considerando o mesmo LN ou LN adjacente em que não houvesse certeza do posicionamento exato da semente devido à regressão gerada pelo tratamento. Em 4 casos não houve correlação aceitável entre o LN marcado com a semente e o marcado com Tc-99m. Com relação à sensibilidade do gama-probe, como já evidenciado

em momentos iniciais do estudo, a superfície de contato detectada pela semente fica significativamente menor (em torno de 0,5cm) contra uma variação de 2,0 até 5 cm em comparação ao método com FITATO/DEXTRAN-99mTc devido à dispersão do radiofármaco ou rastros deixados pelos canais linfáticos). **Conclusão:** As evidência preliminares nas demarcações de linfonodos axilares demonstram que podem haver correlações entre as duas técnicas semente + pesquisa de linfonodo sentinela (aproximadamente 60%). Esta observação pode impor uma maior confiabilidade na demarcação de linfonodos alterados pré QT com o uso da semente de iodo do que a técnica da pesquisa de linfonodo sentinela.

Relato de caso: Mioepitelioma associado à papiloma intraductal

Guidoux JRO, Guidoux GN, Gouveia PA, Sá SKS, Freitas-Junior R – Serviço de Mastologia do Hospital Santa Genoveva – Uberlândia –MG

Introdução: O mioepitelioma é uma lesão benigna rara, que pode ser encontrada isoladamente ou associado à papiloma intraductal. Trata-se de tumor benigno composto pela proliferação de células epiteliais e mioepiteliais, mas sem evidência de formação de matriz mixóide. A diferenciação com carcinomas complexos bem diferenciados pode ser difícil. A presença de cápsula, ausência de necrose e atipia, e a atividade mitótica baixa dão suporte ao diagnóstico. **Métodos:** Foi realizado relato de caso de uma paciente com mioepitelioma associado `a papiloma intraductal tratada em nosso serviço. **Resultados:** Paciente GPO, 46 anos, bióloga, há 7 anos submetida à setorectomia bilateral por lesões atípicas, evoluindo com nodulação retroareolar em mama esquerda, com aumento progressivo, irregular e heterogênea na ultrassonografia, além de lesões multifocais em outros quadrantes da mesma mama e na mama contralateral na ressonância nuclear magnética. Realizada core biopsy da lesão retroareolar, cujo anatomopatológico mostrou se tratar de carcinoma papilifero solido. Foi realizada adenomastectomia bilateral, com reconstrução imediata com próteses de silicone retromusculares, com boa evolução e resultado estético satisfatório. Exame anatomopatológico das peças mostrou focos de hiperplasia ductal atípica bilateralmente, além de mioepitelioma associado com papiloma intraductal na lesão previamente descrita como tumor. **Conclusão:** O mioepitelioma é uma lesão benigna rara que deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de papiloma intraductal

Estadiamento Clínico Inicial entre os Subtipos Luminais do Carcinoma Lobular Invasivo de Mama no Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.

RIBEIRO MV, GAMA BLA, FURLANETTI TM, TANAKA PS, GEBRIM LH.
INSTITUIÇÃO: Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington (CRSM-HPB).

Introdução: Carcinoma Lobular Invasivo de Mama (CLI) é o segundo tipo mais comum de carcinoma invasivo de mama, representando aproximadamente de 5-15% dos tumores de mama. A Imunohistoquímica (IHQ) é um método diagnóstico revolucionário na patologia que utiliza anticorpos dirigidos contra antígenos específicos, os quais podem estar localizados na membrana plasmática, no citoplasma e no núcleo, apresentando grande importância no tratamento adjuvante do câncer, através drogas especificas para cada tipo de receptor. Conforme estabelecido pelo Consenso de Saint Gallen em 2011, recomenda-se a adoção do painel de fatores preditivos receptores de estrogênio (RE), receptores de progesterona (RP) e receptor do fator de crescimento epidérmico humano (HER-2) para todos os casos de câncer mamário, incluindo a pesquisa do Ki-67, o qual avalia a atividade proliferativa e melhor caracteriza os tumores luminais. Dessa forma, os subtipos luminais clínico-patológicos foram assim classificados: luminal A: RE e/ou RP positivos, HER-2 negativo e Ki-67 baixo (<14%); luminal B HER-2 negativo, RE e/ou RP positivos eki-67 alto (≥14%). Entre 70 a 95% dos CLI apresentam positividade para receptores hormonais e ausência de hiper-expressão de HER2. Segundo dados da literatura, a maioria dos CLI são classificados como subtipos Luminal A, no entanto, alguns casos são incluídos como Luminal B. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, com análise do banco de dados das pacientes submetidas a procedimento cirúrgico no CRSM-HPB efetuadas entre setembro de 2011 a setembro de 2016. Para o diagnóstico dos casos de CLI foi considerada a ausência do marcador E-caderina na IHQ e ausência de carcinoma ductal invasor associado ou outras neoplasias sincrônicos no anatomopatológico (AP) da peça. Foram incluídos no trabalho 152 casos de CLI e os critérios de exclusão foram: ausência de dados na IHQ, ambos dos receptores hormonais negativos ou grupo HER 2 superexpresso ou inconclusivo, totalizando 102 casos de luminais. Para classificação molecular dos tumores foi utilizado o Consenso da Conferência Internacional de ST Gallen - 2011. A classificação utilizada para EC e patológico foi o sistema Tumor, Nodes, Metastases (TNM) da American Joint Committee on Cancer (AJCC) de 2010. **Resultado:** A análise imunohistoquímica da biopsia percutânea com agulha grossa *(Core biopsy)* e do AP da peça cirúrgica dos 102 casos analisados demonstrou que a distribuição dos luminais A conforme o EC I, II, III e IV foi de 9,8%, 17,5%, 4,9% e 0,9%, respectivamente. E dos luminais B conforme o EC I, II, III e IV foi de 9,8%, 29,4%, 23,5% e 3,9% respectivamente. **Conclusão:** Em nossa amostra, concluímos que a maioria dos luminais estão distribuídos nos EC iniciais (I e II).

Desarticulação interescapulotorácica em paciente com carcinoma mamário localmente avançado.

Oliveira LTMF, Oliveira Jr I, Paiva CE, Toller EA, Vieira RAC. – Instituição: Hospital de Câncer de Barretos. Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária

.....

Introdução: As cirurgias para tratamento dos tumores das cinturas escapulares são procedimentos extensos. A desarticulação Interescapulotorácica (DIET) consiste na ressecção do membro superior, clavícula e escapula, sendo indicada na ressecção de tumores primários ou metastáticos que invade o feixe vasculho-nervoso axilar. Embora descrito frequentemente na síndrome de Stewart-Treves, em sarcomas pós mastectomia e linfedema, a realização desta cirurgia é pouco descrita em carcinomas. A cirurgia visa controle locorregional e melhoria da qualidade de vida. **Método:** Procurou-se descrever os fatores relacionados a DIET em paciente portadora de carcinoma mamário localmente avançado (CMLA) recorrente. **Resultados:** 73 anos, sexo feminino, portadoras de CMLA e comorbidades elevadas. Clinicamente tumor T4bN3M0, associado a linfedema de membro superior a direita. Biópsia evidenciou carcinoma ductal invasivo, grau histológico III, triplo negativo. Submetida inicialmente a 2 ciclos de quimioterapia com placlitaxel, apresentando não resposta a terapêutica, optando-se por cirurgia. Submetida a Halsted a direita, sendo a cirurgia considerada R2 devido a doença junto ao plexo braquial. Apresentou deiscência da ferida operatória e recorrência local axila visível em 2 meses. Optou-se a realização da ressecção R2 da região comprometida pela neoplasia, adjacente a área de deiscência, com rotação de retalho miocutâneo de oblíquo externo para fechamento de ferida operatória. Apresentou nova deiscência local. Devido a condição clínica da paciente, não foi indicado quimioterapia ou radioterapia adjuvantes. Neste sentido, visando controle local, e melhoria da qualidade de vida, optou-se a realização da cirurgia de DIET, sendo a ressecção considerada R0, e evolução cirúrgica satisfatória, fato que permitiu o inicio de radioterapia adjuvante. Submetida ao questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30, no pré-cirúrgico, um mês após a cirurgia e três meses após. No quesito relacionado a qualidade de vida em geral (escores de 1-péssimo a 7-ótimo), a mesma pontuou 3 no pré-cirúrgico, 5 no primeiro mês e terceiro mês. Aos 4 meses após a cirurgia, desenvolveu metástase pulmonar, sendo encaminhada para tratamento paliativo, mesmo que assintomática. A DIET permitiu melhoria na qualidade de vida. **Conclusão:** A cirurgia de DIET é uma conduta de exceção no cenário de paciente com CMLA. Encontra-se associada a pequena morbidade e mortalidade cirúrgica, devendo ser considerada, mesmo que em caráter paliativo, visando a melhoria de sintomas doença-específicos, e aprimorando a qualidade de vida.

Carcinoma lobular invasivo: Correspondência entre estadiamento clínico e patológico.

*RIBEIRO MV, FURLANETTI TM, GAMA BLA, FARIA ALA, SHIDA JY. – **Instituição:** Centro de Referência da Saúde da Mulher - Hospital Pérola Byington (CRSM)*

.....

Introdução: O carcinoma lobular invasivo (CLI) constitui o segundo tipo de câncer de mama invasivo mais frequente compreendendo a cerca de 5 a 15% dos cânceres de mama. A extensão

do tumor pode ser consideravelmente subestimada tanto ao exame físico quanto aos exames de imagens, pois pode apresentar achados radiológicos sutis como áreas mal delimitadas, distorções assimétricas ou até mesmo não ser detectado, mesmo na presença de tumor palpável. A infiltração de células tumorais no carcinoma lobular invasivo pode não destruir estruturas anatômicas da mama e em virtude do padrão de crescimento distinto, muitas vezes o CLI não consegue formar massa distinta, o que pode diminuir a especificidade do exame clínico. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, com análise do banco de dados das pacientes submetidas a procedimento cirúrgico no CRSM-HPB efetuadas entre setembro de 2011 a setembro de 2016. Para o diagnóstico dos casos de CLI foi considerado a ausência do marcador de E-caderina na imunohistoquímica e ausência de carcinoma ductal invasor associado ou outras neoplasias sincrônicas no anatomopatológico da peça. Foram incluídos no trabalho 152 casos e os critérios de exclusão foram: Quimioterapia neoadjuvante, tumor recidivado, estadiamento clínico (EC) inicial IV e EC não relatado, totalizando 131 casos. A classificação utilizada para EC e patológico foi o sistema Tumor, Nodes, Metastases (TNM) da American Joint Committee on Cancer (AJCC) de 2010. **Resultados:** Das 131 pacientes incluídas no estudo, 19,1% encontraram-se no estágio clínico (EC) I, 51,9% EC II e 29% EC III. 18,3% das pacientes foram classificadas no estágio patológico (EP) I, 45,8% no EP II e 35,9% EP III. 79,3% das pacientes mantiveram o mesmo estágio clínico e patológico. **Conclusão:** Apesar da característica biológica do CLI de estar relacionada à subestimação do tamanho do tumor tanto ao exame físico quanto aos exames de imagem, os achados desta análise demonstraram compatibilidade entre estadiamento clínico e patológico em 79,3% das pacientes avaliadas no CRSM.

Rastreamento mamográfico no Brasil. Revisão Sistemática das Barreiras relacionadas ao sistema de saúde.

Vieira RAC1, Formenton A2, Franca DC1, Bertolini SR2. – Instituição: 1. Hospital de Câncer de Barretos. Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária. 2. Universidade Aberta do Brasil/ UNIFESP.

Introdução: No Brasil o rastreamento mamográfico é oportunístico, havendo inúmeras barreiras relacionadas a não realização regular do exame mamográfico, que podem ser agrupadas em relacionadas ao sistema de saúde, educação/conhecimento ou adesão/atitude. As barreiras relacionadas ao sistema de saúde são de difícil avaliação, visto não haver um indicador específico. Assim justifica-se uma avaliação crítica frente as barreiras relacionadas ao sistema de saúde, visando diagnóstico e delineamento de estratégias em saúde púbica. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado em publicações através de metodologia sistemática de busca, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa2 sob o número 0650/2016. Realizou-se revisão sistemática nas bases PubMed e LILACS utilizando-se os

termos *"Breast cancer"* and *"system of health"* and "Brazil or Brasil". Não se avaliou a qualidade da publicação, mas seu conteúdo, sendo o mesmo categorizado em função da metodologia PRISMA baseada no PICTOS. Na data limite de 16/12/2015 foi possível identificar 94 publicações na PubMed e 43 publicações na LILACS. Avaliando o título e resumo, e excluindo-se 21 as publicações repetidas, foi possível identificar 51 publicações para avaliação completa, onde foram excluídos 21 artigos, restando 30 publicações. **Resultados:** A meta pública adotada é mamografia bianual na faixa 50-69 anos. Observou-se que a base de mamógrafos é limitada, o tempo até diagnóstico é elevado, e o estádio ao diagnóstico avançado. A cobertura populacional é baixa, havendo problemas na qualidade da mamografia. As pacientes de menor renda, escolaridade e etnia não branca são as mais vulneráveis. Observam-se exemplos de mutirões, e experiências inicias de rastreamento. Necessita-se de aprimoramento do fluxo de diagnóstico e tratamento. A desigualdade na mortalidade é reflexo da estrutura para rastreamento e tratamento, observando-se melhores resultados em serviços públicos bem estruturados. Gradativamente observa-se melhoria na oferta de mamografia e diminuição do estádio clínico ao diagnóstico. O aumento da incidência encontra-se associado a elevação da mortalidade na região norte, centro-oeste e nordeste; e diminuição da mortalidade na região sul e sudeste. **Conclusões:** Há diversas barreiras relacionadas ao sistema de saúde que refletem no estádio avançado ao diagnostico e limitam os resultados na sobrevida. O estabelecimento de um fluxo de diagnóstico e tratamento rápidos e efetivos, dentro de um contexto hierarquizado, são importantes etapas a serem aprimoradas dentro do contexto da saúde pública.

Avaliação de Pacientes Submetidos ao Método de Detecção Radioguiada de Lesão Mamária e Axilar Demarcadas com Sementes de Iodo-125 Pré Quimioterapia Néo Adjuvante.

Mendes S, Duarte C R, Gabure L A G, Rostelato M E C M , Zeituni C A Instituição: Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo

Introdução: Pacientes portadoras de câncer de mama (estadiamento 2 e 3) com metáteses axilares e receptores triplo negativo marcados com Sementes de Iodo-125 foram submetidas a quimioterapia néo adjuvante e ao final dos ciclos observou-se grande diminuição tumoral e axilar. Existe uma grande dificuldade de localização destas lesões e linfonodos momentos antes da cirurgia pós QtNéo com os métodos tradicionais (agulhamento, ROLL com Tc-99m e pesquisa de linfonodo sentinela) onde, na sua maioria das vezes com os métodos convencionais citados não é possível a localização exata do sitio tumoral e linfonodo comprometido pré quimioterapia. **Métodos:** Os pacientes desta análise foram submetidos à exames pré tratamento (mamografia, Ultrassonografia, *Core-biopsy* e Ressonância Magnética (RM)) para avaliação dos limites tumorais em mama e axila. As demarcações intratumorais foram realizadas por punção guia-

da por ultrassonografia utilizando sementes de Iodo-125 nas lesões mamárias e nos linfonodos axilares comprometidos ou classificados como suspeitos por US. Para as punções utilizou-se agulha de calibre 18, logo após foram realizadas mamografias para confirmação do implante, pacientes então foram submetido à Quimioterapia néo adjuvante. Para detecção intraoperatória da semente foi utilizado equipamento gama -probe modelo Europrobe® com sonda CdTe. **Resultados:** Pós tratamento de quimioterapia néo adjuvante as pacientes foram submetidas a nova RM para estudo da área pré marcada onde se observou no tecido mamário uma área com densidade compatível com fibrose e US onde não observou-se linfonodos suspeitos axilares. No procedimento cirúrgico os pacientes submetido a exérese de região em lesão de tecido tumoral (localizada via semente marcada pré QT) e submetida à biopsia de congelação onde não se identificou células com malignidade). Na região axilar é retirado gânglio pré marcado com semente e submetido à biopsia de congelação com resultado negativo. **Conclusão:** Com o uso da semente da semente de iodo-125 fica-se estabelecido que estas pacientes com resposta total de tumores de mama e axila classificadas como triplo negativa não tiveram necessidade de cirurgias agressivas e por consequência procedimentos de reconstrução e/ou necessidade de esvaziamento axilar. O que contribui para um menor custo, certeza de abordagem eficaz no ponto exato do desenvolvimento tumoral no tecido mamário assim como redução de pacientes com patologias de membros superiores geradas por procedimentos de esvaziamento axilares desnecessários.

Relato de caso: piodermite gangrenosa mamária

Guidoux JRO, Guidoux GN, Gouveia PA, Porto, RDV, Freitas-Junior R – Serviço de Mastologia do Hospital Santa Genoveva – Uberlândia –MG

Introdução: A piodermite gangrenosa é uma patologia benigna, asséptica, frequentemente encontrada em pacientes tabagistas e com alta taxa de recorrência. Essa doença se apresenta em diferentes formas clinicas, sendo a bolhosa a mais frequente. **Métodos:** Foi realizado relato de caso de uma paciente com piodermite gangrenosa mamária tratada em nosso serviço. **Resultados:** Paciente LAB, 42 anos, faxineira, procura serviço de mastologia queixando-se de mastalgia, eritema, aumento de temperatura e flictenas com rotura espontânea na mama esquerda, de aparecimento súbito, há 3 dias, sem febre. Ultrassonografia mamaria e mamografia sem alterações. Realizada biopsia incisional que mostrou processo inflamatório sugestivo de piodermite gangrenosa. Realizado desbridamento químico, sem resultado, seguido de desbridamento cirúrgico com resposta satisfatória. Cultura do material foi negativa. **Conclusão:** A piodermite gangrenosa continua sendo uma doença de etiologia desconhecida e frequente em pós-operatório, devendo ser diagnosticada o mais precoce possível para um melhor resultado terapêutico.

Sarcoma de partes moles com metástase para a mama: relato de casos e revisão da literatura.

Fraianella L MD; Mandelli MG MD, Santos SS RN, MS, Makdissi FB MD, PhD
Instituição: AC Camargo Cancer Center

Introdução: O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, estimando-se quase 58.000 novos casos em 2016 no Brasil. Além das lesões primárias, as mamas podem ser acometidas por metástases de outros sítios (INCA 2016), com mais frequência da mama contralateral, porém são descritos melanoma, pulmão, ovário, sarcoma, entre outros. As metástases podem representar de 0,5 a 2% dos tumores das mamas, chegando até a 7% quando analisados trabalhos com dados de autópsias (Kothadia et al. 2016). Desta forma, uma lesão de mama tem sempre como indicação a biópsia para diagnóstico correto e posterior tratamento adequado. Relato dos **Casos:** Caso 1 – VPC, 28 anos, submetida à cirurgia para tratamento de sarcoma alveolar de partes moles em 2003 fora da instituição, sendo posteriormente realizada a ampliação de margens, sem radioterapia. Apresentou doença pulmonar um ano após e foi a tratamento sistêmico. Sete anos após o diagnóstico inicial, houve crescimento de nódulo metastático em mama esquerda. Paciente foi a óbito em outubro de 2011. Caso 2 – IPSS, 73 anos, apresentando três tumores primários. O primeiro, um carcinoma ductal in situ em mama direita em dezembro de 2013, tratado com cirurgia conservadora, radioterapia e hormonioterapia. O segundo tumor, em cólon, submetido à colectomia um ano após e quimioterapia adjuvante com ácido folínico, 5-fluorouracil e oxaliplatina. O terceiro, em útero (leiomiossarcoma), tratado com histerectomia (salpingooforectomia realizada previamente) em julho de 2015. Em reunião multidisciplinar, decidiu-se omitir a quimioterapia adjuvante pela má tolerância da paciente. Avaliação da Oncogenética não identificou mutação clinicamente patogênica. Um ano após a última cirurgia, houve recidiva pulmonar do leiomiossarcoma. Logo em seguida, uma biópsia de mama à direita apresentou sarcoma metastático. Também foi biopsiado linfonodo supraclavivular à esquerda, revelando o mesmo diagnóstico. **Conclusões:** O sarcoma de partes moles alveolar representa menos de 1% dos sarcomas, enquanto que o leiomiossarcoma é o subtipo mais comum de sarcoma (63%), responsável por 3–7% dos cânceres de útero (NCCN, 2016). No entanto, a descrição de metástases para mamas são incomuns em ambos os subtipos. Normalmente, um tumor metastático em mama não apresenta retração de pele, descarga papilar ou linfonodos axilares comprometidos. As microcalcificações, na mamografia, não são regra, embora a presença não exclua o diagnóstico (Orphanos *et al*. 2013). Ambos os casos demonstram que a mama pode ser sítio de metástases de sarcomas e o diagnóstico correto é imprescindível antes de instituir a terapêutica. **Referências:** 1) Instituto Nacional do Câncer (INCA), Estimativa 2016. Disponível em http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/tabelaestados.asp?UF=BR acesso setembro/2016; 2) Kothadia JP, Arju R, Kaminski M, Ankireddypalli A, Duddempudi S, Chow J, et al..

Metastatic Colonic Adenocarcinoma in Breast: Report of Two Cases and Review of Literature. Case Reports in Oncological Medicine 2015; 3) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines: Uterine Neoplasms, version 2.2016. Disponível em http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/ uterine.pdf acesso setembro/2016; 4) Orphanos G, Ioannidis G, Ioannou R, Zouvani I. Alveolar soft part sarcoma with breast metastases: a case report. Medical Oncology 2013; 30:342.

Incidência de bilateralidade sincrônica no Carcinoma Lobular Invasivo de mama operados Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington entre 2011-2016.

INSTITUIÇÃO: Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington (CRSM-HPB).

.....

Introdução: O câncer bilateral de mama (CBM) pode ser sincrônico ou metacrônico (intervalo superior a 6 meses). O CBM sincrônico é um evento raro, gira em torno de 1% (Donegan e Spratt 1995), ao passo que o CBM metacrônico tem incidência maior 1 a 12%. A bilateralidade no Carcinoma Lobular Invasivo de Mama (CLI) gira em torno de 2 a 38% (Swain, 1997), porém é menor se comparada com a lesão lobular pré-invasora ou neoplasia lobular, 9-69% (Swain, 1997). **Objetivo:** avaliar a incidência de CBM sincrônico no tipo histológico específico CLI puro nos casos operados no serviço entre 2011 a 2016. **Metodologia:** Estudo retrospectivo do banco de dados com 4924 cirurgias do CRSM-HPB dos anos 2011-2016. Dos 204 casos de CLI, os critérios de exclusão foram: Lobular misto, discordância entre a core-biopsy e cirurgia, IHQ incompleta, E-caderina positiva; CBM metacrônico e recidiva. Resultaram no final 152 casos. **Resultado:** Encontramos: 4 casos CBM sincrônico todos eles tratados com mastectomia bilateral, incidência 2,63% com diâmetro médio de 7 cm. e estádio mais prevalente (MODA) foi IIB. A faixa etária mais prevalente foi 40-50 anos, a queixa mais comum foi nódulo. **Conclusão:** No tipo CLI, o CBM sincrônico foi de 2,63%, compatível com a literatura. O perfil das pacientes foi de mulher jovem (40-50 anos) a literatura costuma relatar tal evento nas mais idosas e as lesões foram clinicamente palpáveis em pelo menos uma das mamas.

Tumor desmóide em região mamária: relato de caso

Oliveira LTMF; Haikel RL; Junior IO; Barreto GB; Saito MM – Instituição: Hospital de Câncer de Barretos. Departamento de Mastologia e Reconstrução Mamária.

.....

Introdução: Tumor desmóide ou fibromatose agressiva é um tipo de neoplasia que acomete os tecidos músculo aponeurótico, correspondendo à 3% dos tumores de partes moles, e 0,03% de todas as neoplasias, sendo mais comum em região abdominal, porém, pode acometer qualquer região do corpo, sendo a

mama extremamente raro. Apresenta maior frequência em mulheres jovens entre 20-40 anos, após gravidez, podendo estar relacionada a traumas ou cirurgias prévias. Apesar de serem benignos e não evoluir com metástase, apresentam comportamento maligno por serem localmente agressivos com alta taxa de recidiva, necessitando, por vezes, de cirurgias extensas para tratamento. **Objetivo:** Relatar um caso raro de tumor desmóide de parede torácica em região mamária esquerda, simulando um tumor de mama, no Hospital de Câncer de Barretos em 2016. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 27 anos, branca, casada, em menacme, sem comorbidades, sem antecedentes familiares de câncer, com antecedente de colocação de próteses mamárias bilateral estética há 4 anos, admitida no serviço em julho de 2016 com queixa de tumoração em mama esquerda há 04 meses. Ao exame físico: presença de massa de 12 x 6cm em mama esquerda, nos quadrante inferiores, endurecida, aderida a parede torácica, sem palpação de linfonodos nas cadeias axilares. *Core biopsy* da tumoração: fibromatose desmóide. Exame de imagem de Mamografia: formação nodular em união dos quadrante inferiores da mama esquerda. BIRADS 4; USG das mamas: imagem nodular de 12,1 x 8,4 x 4,6cm, BIRADS 4.; Ressonância Magnética foi visualizado lesão expansiva de 10,5 cm, intracapsular em intima relação com músculo peitoral maior. No demais exames de estadiamento sem sinais de doença a longa distância. Foi submetida a cirurgia em agosto de 2016, com achados intraoperatório de lesão solida endurecida medindo aproximadamente 10cm, não aderida a musculatura do peitoral maior e retoabdominal, e infiltrando a musculatura intercostal, aderido ao 4º e 5º arco costal à esquerda, deslocando cranialmente a prótese mamária. Realizou-se a retirada do tumor com ressecção em monobloco dos arcos costais e da musculatura aderida, drenagem torácica em selo d`agua, e reconstrução parede torácica com tela de dupla face, recobrindo a tela com o músculo peitoral maior e colocação de outra prótese em loja retroglandular. No momento paciente em seguimento ambulatorial sem recidiva, aguardando avaliação de tratamento adjuvante. **Conclusão:** Os tumores desmóides são raros, apresentando comportamento local agressivo, com alta taxa de recidiva, demandando, por vezes, cirurgias extensas, como no caso apresentado com ressecção de parede torácica para maior controle local.

Tuberculose primária da mama: diagnóstico diferencial com carcinoma de mama - relato de caso

Ferrari MW, Geraldes CG, Tarricone VJ, Larsen FM – Serviço de Mastologia do Hospital Guilherme Álvaro – Santos/SP

Introdução: Apesar do aumento dos casos de tuberculose em todo o mundo, devido à AIDS, continuam incomuns os relatos de tuberculose mamária. Esta doença apresenta uma incidência menor que 0,1% das lesões mamárias analisadas histologicamente, sendo importante diagnóstico diferencial com carcinoma mamário e abscesso piogênico. A doença acomete

quase que exclusivamente o sexo feminino, predominantemente jovens, multíparas e mais a mulher negra do que a branca. Evidências clínicas, achados laboratoriais sugestivos das formas ativas em pacientes com pelo menos uma cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis* de material extrapulmonar levam ao diagnóstico. No entanto, na maioria dos casos, não há identificação do agente etiológico, pelo que o diagnóstico só poderá ser estabelecido por histologia, através da identificação de lesões granulomatosas com necrose caseosa típica. Uma vez estabelecido o diagnóstico, microbiológico ou histológico, de tuberculose da mama, o tratamento é realizado com fármacos antituberculosos. Atualmente, preconiza-se um tratamento cirúrgico pouco invasivo, como a drenagem dos abscessos mamários e exérese de trajetos fistulosos. **Relato do Caso:** Paciente do sexo feminino, 72 anos, branca, multípara, procurou o Serviço de Mastologia com relato de nódulo mamário indolor à direita há cerca de um ano. Ao exame, notava-se a mama com espessamento cutâneo, com nódulo endurecido de 4,0 x 3,5 cm no prolongamento axilar ipsilateral, aderido aos planos profundos, sem adenomegalia palpável. Mamografia demonstrou espessamento de pele e nódulo de formato oval, hiperdenso, de margens espiculadas no prolongamento axilar direito (BIRADS V). Solicitado US de mamas, que evidenciou nódulo sólido medindo 4,0 x 3,6 cm (BIRADS IV-C) no prolongamento axilar da mama direita, sendo então realizada *core biopsy*. O histopatológico mostrou mastite crônica granulomatosa. Pesquisa para BAAR resultou negativa. Quadro morfológico compatível com tuberculose. À tomografia computadorizada de tórax caracterizaram-se discretas densificações irregulares na mama direita associadas a espessamento cutâneo, além de formação sólida expansiva na região retropeitoral direita que se extende ao plano cutâneo e subcutâneo axilar adjacente. Iniciado, então, esquema antituberculostático com rifampicina, isoniazida e pirazinamida. Após 15 dias de tratamento, a paciente apresentou-se com lesão fistulosa e drenagem purulenta em região axilar direita associadas à hiperemia e espessamento da pele, além do aumento da área nodular endurecida e edema de membro superior direito Ao ultrassom de mama notou-se nódulo sólido ovalado, heterogêneo, hipoecogênico, circunscrito, medindo 3,1 x 1 ,2 cm. Visualizada na região axilar direita imagem anecóica, com septação interna, ovalada, circunscrita, medindo 4 x 2,3 cm, adjacente ao nódulo, e com trajeto fistuloso à pele, compatível com coleção líquida. BIRADS 2. Iniciada antibioticoterapia e dado continuidade ao tratamento com tuberculostáticos, a paciente evoluiu com melhora significativa do quadro em quatro meses de seguimento. **Conclusão:** Dada a raridade desta entidade nosológica e apresentação não típica da tuberculose primária mamária em paciente idosa, é necessário ter um elevado grau de suspeição clínica para presumir o diagnóstico de tuberculose da mama diferenciando-o do carcinoma mamário.

Avaliação de Pacientes Portadores de Neoplasia de Mama Com Linfonodos Sentinela Positivo Submetidas a Esvaziamento Axilar.

Aguiar JL, Aguiar MG, Germano TCO, Navarro DTSM, Oliveira TCA. – Instituição: Liga Norte Riograndense Contra o Câncer

Introdução: é importante a análise de pacientes submetidas a biópsia do linfonodo sentinela (BLS) positivo para neoplasia, visando buscar fatores preditivos de acometimento linfonodal com relevância estatística. Com o objetivo de associar variáveis clínico-patológicas ao comprometimento axilar, o estudo analisou prontuários de pacientes cuja BLS foi positiva para metástase, seguidas de esvaziamento axilar (EA), na Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (LNRCC). **Método:** o presente trabalho consiste em estudo retrospectivo transversal de avaliação de prontuário de 103 pacientes portadoras de câncer de mama com tumores até 5cm e axila clinicamente negativa, que foram submetidas a cirurgia conservadora ou mastectomia com BLS, a qual foi positiva e as pacientes foram submetidas a EA, na LNRCC, de janeiro de 2013 a dezembro de 2014. Os critérios de inclusão foram: sexo feminino, portadora de neoplasia de mama em estágios T1-2,N0; BLS positiva e paciente submetida a EA. Foram avaliados dados clínico-patológicos das pacientes, e os dados referentes à caracterização da amostra estão apresentados como dados epidemiológicos. Para todos os testes estatísticos utilizados, foi considerado um nível de significância de 5% (p = 0,05). **Resultados:** a mediana de idade das pacientes foi de 56 anos; apenas 19,4% com menarca precoce; 56,31% menopausadas e 9,7% nulíparas. 63,1% das mulheres não apresentaram história familiar positiva para câncer de mama e ovário. A mama predominante foi a esquerda (52,4%), sendo 33% dos tumores no quadrante supero-lateral. Quadrantectomia foi a cirurgia mais frequente (50,48%). 91,2% dos casos foram de carcinoma invasivo do tipo não especial, a maioria tumores entre 2-5cm (56,3%), e apenas 37,86% tinham invasão angiolinfática e 14,5% eram multifocais. A média de linfonodos sentinela (LS) avaliados foi de 2. O falso negativo do exame de congelação foi 0,85% e o falso positivo foi 0,21%. O valor preditivo negativo e acurácia do exame físico foram de 72%; os falso negativos no exame físico corresponderam a 27,9% da amostra. 58,2% dos pacientes apresentaram apenas o LS acometido por metástase. Das 103 pacientes, 79,6% tiveram linfonodos com extensão extracapsular (EEC) presente. 60 pacientes das 103 estudadas apresentaram como único(s) linfonodo(s) acometido(s) o(s) sentinela. O perfil imunohistoquímico (IHQ) predominante foi o luminal (67,9%). Das variáveis estudadas - faixa etária, menarca, menopausa, antecedentes de gestação, histórico familiar de câncer de mama e ovário, mama acometida, localização tumoral, tipo de cirurgia, histologia, tamanho tumoral, grau histológico e nuclear, invasão angiolinfática, multifocalidade, EEC e IHQ - apenas a presença EEC foi significativamente correlacionada ao comprometimento de mais linfonodos além do sentinela (p 0,018, OR 0,259, CI 0,080-0,838). 79,6% dos pacientes tiveram EEC no

LS e 20,38% não tiveram. Das pacientes com EEC no LS, 48,1% tiveram comprometimento de outros linfonodos além do LS. **Conclusão:** de todos os fatores clínico-patológicos estudados, as pacientes que apresentaram extensão extracapsular no linfonodo sentinela reduzem em 75% a chance de ter apenas o linfonodo sentinela positivo (OR 0,259, CI 0,080 - 0,838).

Síndrome hereditária mama-ovário (mutação em BRCA-1): um relato de caso

Bastos MB, Ramos LR, Sá BS, Infante KP, Góes JCS – Instituição: Instituto Brasileiro de Controle o Câncer - IBCC

Introdução: Mutações germinativas nos genes BRCA-1 e BRCA-2 são os mais significantes e bem caracterizados fatores de risco genéticos para câncer de mama e/ou ovário. Cerca de 5-10% de todos os câncer de mama e 10-15% dos casos de câncer de ovário na pupulação geral podem ser atribuídos a estas mutações. A prevalência geral de portadores de mutações BRCA-1/2 é de cerca de 0,2%, sendo maior na população Judeu Ashkenazi. Mulheres com mutação no gene BRCA-1 têm risco de 65-80% de desenvolver câncer de mama ao longo da vida e 37-62% de desenvolver câncer de ovário, enquanto a mutação no gene BRCA-2 confere um risco de 45-85% para câncer de mama e 11-23% para câncer de ovário. **Métodos:** Estudo descritivo, tipo relato de caso, de uma paciente atendida no Ambulatório de Mastologia do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - SP. **Resultados:** A.C.E, 33 anos, solteira, auxiliar administrativa, natural e procedente de São Paulo, G1PN1. Irmã com câncer de mama aos 31 anos, com presença de mutação 245insA no gene BRCA-1, tia e avó paternas com câncer de mama na pré-menopausa e tia paterna com mutação deletéria no éxon 3 do gene BRCA-1. Em outubro de 2014, aos 31 anos, notou nodulação endurecida em mama esquerda, medindo cerca de 2cm, submetida a biópsia percutânea por agulha grossa, que evidenciou Carcinoma Ductal Invasivo SOE, subtipo molecular Luminal B. Iniciou quimioterapia neoadjuvante em janeiro de 2015, sendo realizados 4 ciclos de Adriamicina + Ciclofosfamida e 12 ciclos de Taxol, com término em junho de 2015. Paciente foi encaminhada para aconselhamento genético e o resultado do sequenciamento dos genes BRCA-1 e BRCA-2 realizado em maio de 2015 evidenciou mutação patogênica 245insA no éxon 3 do gene BRCA-1. Em julho de 2015 foi submetida a adenomastectomia bilateral e linfadenectomia axilar esquerda, apresentando resposta patológica completa em mama e axila esquerdas e ausência de sinais de malignidade em mama direita. Realizou radioterapia adjuvante, 5040 cGy em mama esquerda e 4500 cGy em fossa supraclavicular esquerda. Em novembro de 2015 foi iniciada hormonioterapia com Tamoxifeno 20mg/dia, sendo substituído por Anastrozol 1mg/dia em junho/2016, devido a queixa de fogachos intensos. Submetida, em abril de 2016, a salpingooforectomia bilateral profilática, cujo resultado anátomo-patológico evidenciou tumor de células da granulosa do adulto em ovário direito. Foi submetida a ci-

rurgia para estadiamento de tumor de ovário em julho de 2016, sem achados significativos. **Conclusão:** A identificação de portadores de mutações nos genes BRCA-1/2 é importante pois estes possuem risco cumulativo muito superior ao da população geral para desenvolver vários tipos de câncer ao longo da vida, outros familiares podem estar em risco para câncer hereditário, além de que, medidas de rastreamento e intervenções preventivas tornam-se eficazes em reduzir significativamente o risco de câncer nestes indivíduos. Os dados observados neste estudo correspondem aos da literatura.

Correlação de achados mamográficos e histopatólogicos de pacientes submetidas a mamotomia.

Aguiar JL, Azevedo UCP, Oliveira TCA, Silva PHA, Sousa UW – Instituição: Liga Norteriograndense Contra o Câncer, Natal/RN

Introdução: A mamotomia foi introduzida como alternativa a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e por agulha grossa *(Core biopsy)*, possuindo a vantagem de conseguir uma maior quantidade de fragmentos do tecido mamário, a partir de uma inserção apenas de forma multidirecional. Tal método se mostra, seguro, eficaz para estudo histopatológico e preciso para a obtenção de material necessário, possuindo boa acurácia, com sensibilidade de 97,4% e especificidade de 100%. Este estudo objetiva correlacionar os resultados mamográficos BI RADS 4 ou 5 de pacientes submetidas à mamotomia aos achados encontrados na histopatologia. **Método:** Foi realizado estudo retrospectivo transversal de análise de prontuário de 111 pacientes com lesões impalpáveis classificadas como BI RADS 4 ou 5 à mamografia (MMG), e que realizaram mamotomia na Clínica de Oncologia e Mastologia de Natal entre janeiro de 2010 e junho de 2015. Os critérios de inclusão foram: sexo feminino, paciente de qualquer idade, com MMG classificadas com BI RADS 4 ou 5. Foi realizada a comparação entre achados radiográficos e histopatológicos, e os dados referentes à caracterização da amostra estão apresentados como dados epidemiológicos. Para todos os testes estatísticos utilizados, foi considerado um nível de significância de 5% (p = 0,05). **Resultados:** A faixa etária predominante foi de 41-50 anos (40,5%); cerca de 30,7% possuía história familiar de câncer de mama; entre as pacientes selecionadas 97,3% possuíam classificação BI RADS 4 e 2,7% possuíam classificação BI RADS 5, predominando nos dois casos as microcalcificações como indicação de mamotomia (80,2% das indicações). A distribuição entre lesões benignas e malignas foi de 70% e 30%, respectivamente. A prevalência de lesões malignas foi de carcinoma ductal in situ (58%). Houve significância estatística com relação à suspeição de malignidade de acordo com o BI RADS 4 e 5 - p-valor = 0,018 [IC95% 0,28 (0,209 – 0,383)]. O grau de associação verificado através da Odds Ratio mostra que o grupo Birads 5 tinha 72% menos chance de ser benigno quando comparado ao grupo Birads 4. Não houve relato de complicações nas pacientes submetidas a mamotomia no presente estudo. Todas as pacientes tiveram a estere-

otaxia como método de auxilio à mamotomia. Foi visto que mais da metade dessas lesões foram vistas nos quadrantes superiores (63%), o que pode ser justificado pela maior presença de tecido mamário nessa localização. Obtivemos um valor de 28%, em concordância com a literatura. Em nosso estudo, as assimetrias focais associadas a microcalcificações suspeitas tiveram alto índice de malignidade: 03 casos de carcinoma de um total de 06. **Conclusão:** A mamotomia mostrou-se um método seguro no diagnóstico de lesões suspeitas (BI RADS 4 e 5), estando dentro do observado na literatura.

Carcinoma metaplásico com raro perfil hormonal positivo.

Pignataro VV; Junior AB; Oliveira LTMF; Haikel RL; – Instituição: Núcleo de Mastologia. Hospital de Câncer de Barretos.

Introdução: Os carcinomas (CA) metaplásicos da mama são tumores onde o epitélio glandular sofre transformação não glandular. A metaplasia varia de pequenos focos até substituição completa dos elementos gladulares. Representam menos de 1% de todos os carcinomas invasivos da mama e a idade média ao diagnóstico é de 47 anos. Aproximadamente 50% das pacientes desenvolvem doença metastática em 5 anos. Os fatores de mau prognóstico incluem: massas volumosos, metástase linfonodal, pouca diferenciação, celularidade difusa da matriz estromal e metaplasia cartilaginosa atípica. Pode se associar à CDIS ou adenocarcinoma invasor de mama. Geralmente apresentam na imuno-histoquimica o padrão triplo negativo, tem início e crescimento rápidos, são circunscritos e sem tendência à bilateralidade. A metástase axilar ocorre em 6-25% dos casos. Estadiamento e tratamento são semelhantes aos outros CA de mama. A adjuvância com radioterapia e quimioterapia têm eficácia limitada. Não existe padronização de agentes quimioterapêuticos. Está descrito na literatura a taxa de progressão de 83% em pacientes que receberam quimioterapia neoadjuvante, com resposta parcial em apenas 17,6% com o uso de taxanos (Chet et al. Rev Bras Mastologia, 2014)). **Métodos:** Paciente AGS, 67 anos, moradora de Bebedouro (SP), compareceu ao hospital Pio XII em 03/12/2015 com nódulo mamário ulcerado à esquerda com 9 cm de crescimento rápido e progressivo no periodo de 4 meses. Foi realizada Biópsia Core com anátomopatológico (AP) de carcinoma ductal invasive (CDI) G2, HER2 negativo, receptor de estrogênio (RE) 30%, receptor de progesterone (RP)40%, KI6790%, estadiamento clínico (EC) T4dN2Mx. **Resultados:** Em 26/01/2016 evoluiu com intenso sangramento mamário e sinais de instabilidade hemodinâmica e foi submetida à mastectomia higiênica na urgência. AP da cirurgia – CA metaplásico invasivo com componentes de células escamosas e de diferenciação condróide, G3; carcinoma ductal in situ (CDIS) associado; 12cm, Margens livres. Evoluiu em 3 meses com metástase para axila contralateral e recidiva no plastrão. Devido à resposta pobre à quimioterapis e radioterapia, após discussão entre cirurgião e oncologia clínica optou-se por cirurgia e posterior adjuvância. Foi submetida à ressecção do plastrão esquerdo e linfade-

nectomia axilar bilateral em 20/04/16. O AP da cirurgia mostrou 12 linfonodos comprometidos de 12 ressecados à esquerda, presença de fragmentos de tecido. adiposo com nódulos neoplásicos, 8 linfonodos comprometidos em 14 dissecados à direita, plastrão esquerdo com infiltração neoplasica de pele. Margens livres. Após 1 mês apresentou metastases pulmonares difusas e metástase óssea no fêmur e vertebra C7 com fratura patológica do corpo vertebral. Iniciou radioterapia na coxa direita em Maio de 2016 e fisioterapia respiratória. Evoluiu com insuficiência respiratória e óbito no dia 06 de Agosto de 2016. **Conclusão:** O carcinoma metaplásico da mama é um tumor agressivo, com prognóstico sombrio apesar das tentativas de cirurgias agressivas e terapia adjuvante. No presente caso, mostramos uma paciente com raro perfil imuno-histoquímico hormonal positivo, mas com o mesmo padrão agressivo.

Nodulação mamária em homem diagnosticada como fasciíte nodular: relato de caso.

Sousa WB, Aguiar JL, Farias JP, Lustosa AG, Sousa UW. – Instituição: Liga Norte Riograndense contra o Câncer

Introdução: as doenças mamárias masculinas são desordens raras, geralmente relacionadas a ginecomastia. É importante o diagnóstico diferencial com câncer de mama masculino, que é responsável por menos de 0,5% dos cânceres neste sexo. Qualquer nodulação que surja em paciente do sexo masculino deve ter como principal diagnóstico diferencial o câncer de mama. A fasciíte nodular é de ocorrência rara, benigna, devendo deve ser diferenciada desta entidade. **Método/Relato de Caso:** L.C.S., homem de 50 anos, procurou o Serviço de Mastologia da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, com relato de nodulação em mama direita (MD) há um mês da consulta médica. Nega história familiar de câncer de mama, uso de medicações e anabolizantes. Ao exame apresentou nodulação em MD em linha axilar média, móvel e endurecido, de 2cm. Axila negativa. Realizou ultrassonografia, que evidenciou nódulo em linha axilar média direita de 1,5x1,2cm, suspeito, mas sem classificação Birads. Não realizou mamografia. Realizou biópsia excisional de nodulação em MD, cujo anatomopatológico veio com o resultado de lesão de células fusiformes de 0,9cm, com margens da lesão comprometidas. Estudo imunohistoquímico favoreceu o diagnóstico de fasciíte nodular. Paciente está em acompanhamento clínico, sem evidência de doença. **Resultados/Discussão:** Fasciíte nodular é uma proliferação benigna de fibroblastos e miofibroblastos que ocorre predominantemengte em localização subcutânea. Ela pode simular câncer de mama devido ao seu crescimento rápido e celularidade alta. Mais usualmente se manifesta em adultos jovens (entre a segunda e quarta décadas de vida) e em extremidades, sendo semelhante a proporção de casos em homens e mulheres. É rara a ocorrência na mama, principalmente em homens. Estudos citam a ocorrência de 21 casos publicados na literatura de fasciíte nodular na mama feminina,

sendo apenas 2 na mama masculina. A etiologia é incerta; acredita-se que injúria local pode desencadear proliferação de fibroblastos, mas sem evidência científica. Sua principal característica é uma massa sólida, única, de rápido crescimento, indistinguível do câncer de mama clinica e radiologicamente. O seu diagnóstico diferencial inclui tumores de células fusiformes, como fibromatose desmóide, miofibroblastoma, lipoma de células fusiformes, tumor fibroso solitário, tumor filoide, carcinoma metaplásico de células fusiformes, melanoma de células fusiformes, fibrossarcoma e leiomiossarcoma. A biópsia excisional é curativa, não necessitando de nenhum tratamento adicional. **Conclusão:** Por se tratar de uma doença rara, ela é pouco pensada no diagnóstico diferencial de nodulação mamária no homem. Seu diagnóstico pré operatório é difícil devido aos achados clínicos e radiológicos inespecíficos; entretanto, para se evitar o "overtreatment", é necessário manter a possibilidade de fasciíte nodular em mente nestes casos.

Neoplasia de próstata metastática para a mama, uma lesão indistinguível do carcinoma primário da mama.

Sousa WB, Aguiar JL, Aquino MAA, Lustosa AG, Sousa UW. – Instituição: Liga Norte Riograndense contra o Câncer

Introdução: o câncer de mama masculino é um evento incomum, correspondendo a cerca de 0,5% de todas as neoplasias do sexo masculino, com metástases para a mama ocorrendo menos frequentemente ainda. Os principais sítios de acometimento secundário do adenocarcinoma prostático incluem osso, fígado, linfonodos e glândulas adrenais; a metástase mamária é rara, apesar de que entre todos os tumores metastáticos que a mama apresenta, a próstata é o sítio primário mais comum. **Método/Relato de Caso:** V. F. M., homem de 67 anos, foi diagnosticado com adenocarcinoma prostático Gleason 7 há 6 anos do aparecimento da lesão mamária. Na ocasião já apresentava hipercaptação em crista ilíaca esquerda à cintilografia óssea, fazendo-o iniciar tratamento com análogo do GNRH (goserelina), durante mais de 2 anos, até o aumento do PSA e das lesões ósseas, trocando tratamento para dietiletilbestrol, prednisona e ciclofosfamida, Há 3 anos fez 4 sessões de radioterapia mamária bilateral por ginecomastia dolorosa. Com a evolução da doença, ainda fez uso de bicalutamida e flutamida. Procurou o Serviço de Mastologia da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, com relato de aumento do volume mamário e nodulação em mama esquerda (ME) de 4x3cm periareolar e endurecida, e axila clinicamente suspeita. Ultrassonografia evidenciou nódulo em ME heterogêneo de 3,3cm às 3 horas periareolar, classificado como Birads 3, e linfonodo modificado de 1,6cm em axila esquerda. Não fez mamografia. Realizou biópsia incisional, cujo anatomopatológico teve resultado de carcinoma de arranjo predominantemente sólido de 2,5cm, margens comprometidas. Imunohistoquímica (IHQ) da peça evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado de próstata metastático para

Sociedade Brasileira de Mastologia REGIONAL SÃO PAULO

mama, arranjo predominantemente sólido, com forte expressão de sinaptofisina e expressão focal de cromogranina (indicativos de diferenciação neuroendócrina) e Ki67 de 90%. Com a progressão óssea importante, fez 20 sessões de radioterapia antiálgica em coluna torácica e uso de ciproterona e ácido zoledrônico. Após o resultado da IHQ, mudou esquema para etoposídeo e cisplatina, seu esquema atual. **Resultados/Discussão:** O carcinoma metastático da mama para a partir de órgãos distantes é um evento bastante raro, compreendendo cerca de 1,2-2,7% de todos os tumores malignos da mama; a próstata é o sítio primário mais comum. Os exames radiológicos não se mostram eficazes em diferenciar esta lesão do câncer de mama. Um estudo retrospectivo publicado em 2014 relatou em 28 pacientes que os tipos de tumores primários mais frequentes que deram metástase para a mama foram: 28,6% câncer de pulmão, 17,8% câncer de ovário, 107% câncer gástrico, 7,1% adenocarcinoma retal, 3,6% carcinoma neuroendócrino pancreático e 3,6% câncer de próstata. Histologicamente, os tumores primários e os secundários não diferem entre si. A média de sobrevida é de 24 meses do diagnóstico da lesão secundária na mama. **Conclusão:** nos pacientes do sexo masculino com nodulação mamária, deve haver uma minuciosa anamnese e exame físico. É importante ter o diagnóstico diferencial de lesão secundária em mama de pacientes portadores de outras neoplasias.

Pilomatricoma da mama: relato de caso em mama masculina

Dassie T, Almeida, N; Serquiz, N; Oliveira, T; Cabello, C. – Hospital Professor Doutor José Aristodemo Pinotti - CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) - UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas)

Introdução: o pilomatricoma, ou epitelioma calcificante de Malherbe, é um tumor benigno raro, representando apenas 0,1% dos tumores benignos da pele. Derivado das células basais primitivas da epiderme, que se diferenciam em células da matriz do pelo. É mais frequentemente localizado na cabeça, pescoço ou membros, sendo extremamente raro nas mamas. Embora desconhecida, a etiopatogênese dessa lesão tem sido relacionada a mutações do gene CTNNβ1, responsável pela codificação da β-catenina, que desempenha papel importante no desenvolvimento normal do pelo. Nós apresentamos um caso de pilomatricoma em mama masculina que se apresentou como tumor palpável, com achados radiológicos e clínicos suspeitos para malignidade. **Métodos:** relato de caso. Resultados: homem de 60 anos, encaminhado ao ambulatório de Mastologia do CAISM-Unicamp por um nódulo em mama direita, de crescimento progressivo. Ao exame físico, nódulo em mama direita endurecido, medindo 4cm, retroareolar na junção dos quadrantes superiores. Linfonodos axilares e fossas supraclaviculares negativas. A mamografia apresentava um nódulo associado a microcalcificações na mama direita, Birads IV

e ultrassom, nódulo medindo 3,0x2,2cm localizado na junção dos quadrantes superiores e região retroareolar de mama direita. A citologia de punção aspirativa da lesão mamária apresentada suspeita para malignidade e presença de lesão proliferativa com atipias e diagnóstico hitopatológico por biópsia por agulha grossa de pilomatricoma, com áreas de proliferação fibroblástica reacional e reação histiocitária gigantocelular à queratina. Realizado ressecção da lesão com margens. O anatomopatológico final confima diagnóstico de pilomatricoma com imunohistoquimica positiva para CD68, p63 e beta-catenina. O paciente evoluiu bem no pós operatório, mantém seguimento clínico ambulatorial. **Conclusões:** nós apresentamos um caso raro de pilomatricoma que deve ser considerado um diagnóstico diferencial de nódulo mamário com apresentação radiológica de nódulo associado a calcificações.

Schwannoma de Mama Masculina: Relato de Caso

Schots MO, Schots SMFN, Góis MC, Medeiros KMOT, Cavalcante FJA – Liga Norteriograndense Contra o Câncer

Introdução: Demonstrar através de relato de caso do paciente portador de Schwannoma de mama, seus aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento. **Métodos:** Paciente FAF, 56 anos, sexo masculino, procedente de São Miguel – RN, queixando-se de nódulo em mama direita há 6 meses. Tabagista por 40 anos, 20 cigarros por dia, sem filtro. Nos antecedentes pessoais patológicos relata epilepsia em uso de Fenitoína e Carbamazepina, hérnia de disco, gastrite em uso de omeprazol e depressão em uso de Amitriptilina. Ao exame Físico, constatado nódulo amolecido às 3h, medindo aproximadamente 1,5 cm e axila negativa. Realizou mamografia em Novembro de 2015 revelando opacidade nodular perimuscular em quadrante inferior medial da mama direita, medindo 1,2 cm BIRADS 0. À Ultrassonografia de mama, realizado em Abril de 2015, com imagem hipoecóica, continua, regular, em mama direita 4h, medindo 1,1 cm BIRADS 3. PAAF, realizado em Setembro de 2015, em mama direita, obtendo como resultado células fusiformes atípicas. Realizado outra Ultrassonografia, em agosto de 2015 com imagem hipoecoica às 3h em mama direita, medindo 1,4 cm BIRADS 3. **Resultados:** Após discussão em mesa redonda, decidido como conduta exérese de lesão em mama direita, com diagnostico de neoplasia de células fusiformes, com tumor medindo 1,2cm. A imunohistoquimica posterior foi conclusiva para Schwannoma de Mama. **Conclusão:** O Schwannoma é um tumor benigno com origem a partir de células de Schwann e geralmente estão localizados em extremidades, pescoço, mediastino e retroperitônio. O tumor de mama em homem é incomum e esse tipo descrito é bastante raro, tendo um número bem limitado de casos descrito na literatura. O tratamento do tumor benigno é a ressecção adequada da lesão e não tem relato de recidiva.

Câncer de Mama Em Pacientes Extremamente Jovens: Análise Histopatológica, Molecular e de Resposta ao Tratamento

Pereira JCP, Mottola JJr., Farias ALA, Shida JY, Gebrim LH – Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hosp. Pérola Byington (CRSM-HPB) SES-SP

Introdução: Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o de maior incidência e mortalidade entre as mulheres. Entretanto, apenas 0,6% dos casos acometem mulheres com menos de 30 anos de idade. O objetivo deste estudo foi o de avaliar um subgrupo de pacientes extremamente jovens (menores de 30 anos) tratadas do câncer de mama. **Métodos:** Foi avaliada uma coorte retrospectiva de banco de dados de 3614 pacientes tratadas, de janeiro de 2011 a maio de 2015, por câncer de mama no CRSM-HPB. Deste total, foram analisadas 53 pacientes extremamente jovens, quanto aos tipos histopatológicos e moleculares dos tumores, estadiamento anatomopatológico, tipo de tratamento cirúrgico, quimioterapia neoadjuvante, adjuvante ou paliativa e taxa de resposta patológica. Ao final da análise foram excluídas 4 pacientes por apresentarem diagnóstico anatomopatológico de fibroadenoma. **Resultados:** A média etária foi 27,2 anos, variando de 21 a 30 anos. O tipo histológico mais prevalente foi carcinoma invasor da mama/SOE com 47 pacientes (95,91%). Sendo dois deles associados a componente mucinoso e um associado a carcinoma lobular invasor. Os outros dois casos corresponderam a tumor filodes maligno e carcinossarcoma. A classificação molecular está representada no gráfico 1. Quanto ao tratamento cirúrgico, predominou a mastectomia radical modificada em 41 pacientes (83,67%), mastectomia simples em 4 (8,16%) e quadrantectomia em 4 (8,16%). Considerando-se separadamente a abordagem axilar, foi necessário realizar esvaziamento em 44 pacientes (89,79%). O estadiamento anatomopatológico predominante foi o estádio IIIA em 12 pacientes (24,48%). Das 26 pacientes que realizaram quimioterapia neoadjuvante, 10 (38,46%) obtiveram resposta patológica completa. Os Gráficos 2 e 3 demonstram o tipo de quimioterapia utilizada e a taxa de resposta patológica completa por subgrupos moleculares. **Conclusão:** Neste estudo 1,3% de todos os casos de câncer de mama acometeram pacientes com 30 anos ou menos, embora alguns dados na literatura sugiram uma taxa de 0,6%. Apesar de raros, tumores em pacientes extremamente jovens, frequentemente, são biologicamente mais agressivos. Nesta coorte demonstrou-se fatores que podem contribuir para o pior prognóstico deste subgrupo de pacientes, como o estadiamento anatomopatológico mais avançado e alta frequência de tumores com receptores hormonais negativos e/ou superexpressão HER 2, que corresponderam a 46% dos casos. Para melhora no prognóstico dessas pacientes torna-se necessário não subestimar o diagnóstico do câncer de mama nesta população, e ainda, deve-se individualizar o tratamento. Os autores não tiveram o objetivo, nesta coorte, de analisar intervalo livre de doença, de progressão e sobrevivência global, o que será avaliada em período subsequente.

Transferência de retalho linfonodal para tratamento de linfedema crônico secundário ao tratamento do câncer de mama

Lima S, Batista BN, Arantes AC, Sampaio MMC, Barros ACSD – Serviço de Responsabilidade Social do Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio-Libanês

Introdução: O linfedema é a complicação mais importante da cirurgia axilar para tratamento do câncer de mama. Acomete de 5 a 20% das mulheres submetidas a esvaziamento axilar, com prejuízo importante da qualidade de vida das pacientes afetadas. Modernamente, tem sido proposto o tratamento microcirúrgico com transferência de linfonodos para o tratamento da linfadenopatia crônica. **Objetivo:** Apresentar os resultados observados na primeira série de pacientes portadoras de linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama submetidas a transferência de retalho linfonodal (TRL) no Hospital Sírio Libanês. **Materiais e Métodos:** Uma série de 11 pacientes com linfedema crônico no braço homolateral à dissecção linfonodal axilar, foram submetidas a TRL entre 2012 e 2015. A TRL consiste na dissecção de um retalho gorduroso contendo linfonodos e sua transferência vascularizada para a axila acometida, após liberação agressiva da fibrose decorrente de tratamentos prévios. São anastomosadas uma artéria e uma veia do retalho aos vasos da área acometida com uso de técnica microcirúrgica. Os volumes dos membros afetados foram estimados de maneira indireta, por perimetria seriada a cada 4cm, em consulta antes da cirurgia e em seguimento pós-operatório tardio. O excesso relativo do volume (ERV) do membro afetado foi calculado em relação ao membro sadio (ERV = (volume membro afetado – volume membro sadio)/ volume membro sadio). Os ERVs pré e pós-operatórios de cada paciente foram comparados com o uso de um teste t de student pareado. **Resultados:** Com um seguimento médio de 8 meses, houve redução estatisticamente significativa do ERV entre os membros das pacientes operadas (pré 28.3% vs pós 20.3%, p=.04). Apesar de uma redução limitada do excesso de volume na avaliação objetiva (aproximadamente 8%), todas as pacientes demonstraram alta satisfação com os resultados obtidos, referindo melhora subjetiva importante dos sintomas associados ao linfedema. Apenas complicações menores foram observadas (2 casos de seroma na área doadora). **Conclusões:** A transferência de retalho linfonodal é uma nova alternativa para o tratamento do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama. Nesta experiência pioneira no Brasil, apesar de um pequeno número de pacientes, observamos redução de aproximadamente 8% do ERV do membro afetado, com importante melhora subjetiva. Esses resultados estão em sintonia com experiências maiores relatadas na literatura. Uma avaliação sistematizada deste e de outros desfechos importantes será fundamental para entender os potenciais benefícios que podem ser oferecidos a estas pacientes que sofrem de uma patologia crônica, progressiva e sem cura.

Estudo de prevalência dos receptores androgênicos em mulheres portadoras de câncer de mama triplo negativo no Hospital Barão de Lucena – Pernambuco

Izabela Cristina Souza de Albuquerque[1], Yara Farias de Mattos[2], Penélope Rodrigues Araújo3, Maria do Carmo Carvalho de Abreu-e-Lima4.
1. Mastologista do Hospital Esperança, Recife, Pernambuco, Brasil; 2.Mastologista do Hospital Esperança e Hospital Barão de Lucena, Recife, Pernambuco, Brasil; 3. Oncologista Clínica do Hospital Barão de Lucena, Recife, Pernambuco, Brasil; 4. Patologista do Laboratório Adonis Carvalho, Recife, Pernambuco.

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres do mundo. No Brasil, estimaram-se para 2014 aproximadamente 576 mil novos casos. Cerca de 15% dos casos são triplo negativos (não expressam receptores de estrógeno, progesterona ou receptor tipo 2 do Fator de Crescimento Epidérmico Humano, HER-2) e geralmente tem pior prognóstico, por não apresentarem terapia endócrina alvo. Outros 12%, expressam receptores androgênicos e poderão ser candidatos, no futuro, a receber terapias antiandrogênicas. Este artigo tem o objetivo de avaliar a prevalência de receptores androgênicos nas pacientes portadoras de câncer de mama triplo negativo tratadas ou em tratamento no Hospital Barão de Lucena em Recife-Pernambuco, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014. **Métodos:** Estudo transversal analítico, retrospectivo, feito através da realização de estudo imunohistoquímico para o receptor androgênico em blocos de parafina contendo fragmento de tumor e da revisão de prontuários. **Resultados:** O estudo imunohistoquímico de uma paciente (12,5%) evidenciou imunofenótipo com Receptor Androgênico positivo de moderada intensidade (80%). Em outra paciente, não se identificou tumor nas amostras analisadas. Na maioria dos casos (75%) o imunofenótipo revelado foi de Receptor Androgênico negativo. Todos os casos com tumor evidente na amostra eram do tipo não especial (carcinoma ductal invasivo), sendo o caso com receptor androgênico positivo um carcinoma ductal invasivo com diferenciação apócrina. **Conclusões:** A prevalência de receptores androgênicos na amostra estudada de pacientes com câncer de mama triplo negativo do Hospital barão de Lucena, é semelhante à observada na literatura. Serão necessários mais estudos com os receptores androgênicos, avaliando além da prevalência sua atuação no desenvolvimento do câncer de mama, para que sejam desenvolvidas terapias -alvo, com o uso dos agentes antiandrogênicos, no tratamento do câncer de mama. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Hospital da Restauração, em Recife-Pernambuco.
Palavras-chave: Câncer de mama triplo negativo; receptor androgênico.

Fasciíte nodular mamária

Sousa UW, Aguiar JL, Lustosa AG, Sousa VKA, Sousa WB. – Instituição: Liga Norte Riograndense contra o Câncer

Introdução: As desordens benignas da mama podem simular doenças malignas, podendo ser indistinguíveis clinicamente e radiologicamente, particularmente se forem de ocorrência mais rara e de pouco conhecimento dos mastologistas. A fasciíte nodular (FN) ocorre em decorrência da proliferação miofibroblástica, é benigna e auto-limitada, de igual distribuição por sexo, e de comportamento clínico agressivo. Os sítios preferenciais são as extremidades superiores, tronco e cabeça e pescoço de adultos jovens. Embora descrita como lesão subcutânea, pode ocorrer em qualquer parte do organismo, desde partes moles profundas até órgãos internos. O acometimento mamário é raro. **Método/ Relato de Caso:** A. M. F. S., 50 anos, com lesão em mama direita (MD) em quadrante superior medial, superficial, endurecida e de 1cm, há 2 meses. Ultrassonografia (USG) com nódulo em subcutâneo 0,8cm, sugestivo de lipoma, Birads 2; e mamografia Birads 1. Foi realizado setorectomia de MD, que evidenciou lesão de células fusiformes, margens comprometidas. Imunohistoquímica (IHQ) negativa para CD34, proteína S-100 e desmina, e positiva para actina de músculo liso e BCL2, sugestiva de fasciíte nodular. A paciente está em acompanhamento clínico, sem evidência de doença há 5 meses. **Resultados/Discussão:** a FN é um processo reacional benigno que ocorre em decorrência da proliferação miofibroblástica, de etiologia desconhecida; porém, presume-se que a proliferação fibroblástica seja desencadeada por um trauma local ou por um processo inflamatório localizado. Manifesta-se geralmente como um tumor solitário, indolor e de crescimento rápido; freqüentemente, é confundida com sarcomas, devido a seu padrão de crescimento, rica celularidade e alta atividade mitótica. Embora as lesões sejam bem delimitadas, elas não são encapsuladas e podem estender-se a outros tecidos, em geral ao longo do plano da fáscia. Em 10 a 15% dos casos, há história prévia de traumatismo na região. Histologicamente podem ser de difícil diagnóstico, sendo necessário, com frequência, o exame imunohistoquímico (IHQ). Todos os casos consistem no aparecimento de fibroblastos com aspectos imaturos que variam pouco em tamanho e formato. O núcleo é oval e pálido, tipicamente vesiculoso e com nucléolo proeminente. Uma a duas figuras de mitose são vistas em campo de maior aumento, mas nenhuma hipercromasia nuclear ou pleomorfismo são evidenciados, devendo descartar-se malignidade. Tipicamente, na IHQ as células exibem positividade para actina músculo-específica e actina de músculo liso, além do CD68. O diagnóstico diferencial compreende desde tumores benignos (fibromatose, miofibroma. lipoma, tumor desmóide etc) até malignidades (linhagem sarcomatosa, principalmente). O diagnóstico adequado é essencial para evitar tratamentos agressivos desnecessários, sendo de escolha é a exérese cirúrgica, com uma taxa de recorrência que varia de 1 a 10%, provavelmente resultante de ressecção incompleta. Não há necessidade de nenhum tratamento adicional. Regressão espontânea também tem sido observada. **Conclusão:** o curso agressivo e rápido da FN pode levar à possibilidade de diagnóstico diferencial com neoplasia mamária. A FN não possui achados de imagem únicos, e a biópsia excisional é recomendada.

Papel da ressonância magnética na avaliação do volume tumoral residual após quimioterapia neoadjuvante em pacientes com câncer de mama

Marques LC, Heinzen RN, Lima S, Andrade FE, Barros ACSD. – Instituição: Serviço de Responsabilidade Social do núcleo de Mastologia do Hospital Sírio Libanês, São Paulo - SP

Introdução: A terapia sistêmica neoadjuvante têm sido cada vez mais aplicada no tratamento dos tumores de mama com o objetivo de tornar tumores localmente avançados em lesões operáveis possibilitando até cirurgia conservadora em alguns casos. A quimiossensibilidade dos tumores de mama também pode ser observada através da resposta patológica tumoral. A avaliação radiológica pré-operatória da resposta à quimioterapia neoadjuvante possibilita um planejamento cirúrgico adequado. A ressonância magnética é o exame que apresenta melhor capacidade preditiva entre o tamanho do tumor por imagem e a extensão da doença residual na avaliação anatomopatológica final. **Objetivo:** Avaliar o valor preditivo positivo da ressonância magnética para acerto do tamanho microscópico do tumor em pacientes com câncer de mama tratados com quimioterapia neoadjuvante. **Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados de 233 pacientes com câncer de mama estádio II e III A e submetidas à quimioterapia neoadjuvante de maio de 2004 a abril de 2016, estádio II e III, seguida de cirurgia. Todas as pacientes foram submetidas à ressonância magnética antes e após a quimioterapia. Foi avaliado o tamanho da doença residual estimado pela ressonância magnética e o tamanho microscópico na avaliação anatomopatológica final do espécime cirúrgico. Como resultado verdadeiro positivo foi considerado lesão final com medida de até 1 cm para mais ou para menos comparando-se as avaliações por ressonância e microscopia. Foi assim calculado o valor preditivo positivo da ressonância magnética de acordo com o tamanho da neoplasia residual no exame de imagem e no espécime cirúrgico final. **Resultados:** A idade das pacientes variou de 26 – 70 anos, 48% estavam na pós menopausa. Com relação ao tipo de cirurgia 4,1% foram submetidas à adenectomia, 72,3% foram submetidas à mastectomia e 23,6% à ressecção segmentar. Apenas 3 pacientes apresentaram margens comprometidas, sendo uma dentre as que foram submetidas à mastectomia e duas à ressecção segmentar. O valor preditivo positivo da ressonância magnética na avaliação da extensão da doença residual após a quimioterapia neoadjuvante foi de 82,5%. O subtipo molecular com maior acerto de avaliação foi o HER 2 superexpresso 30,4% (Luminal A 8,6%, Luminal B 20,5%, Triplo negativo 21,2%). **Conclusão:** A ressonância magnética apresenta alto valor preditivo positivo na predição do tamanho microscópico do tumor após quimioterapia neoadjuvante (neste estudo o VPP foi 82,5%) sendo uma ferramenta de grande utilidade clínica para o planejamento cirúrgico adequado. Dentre os subtipos moleculares intrínsecos no HER 2 superexpresso, a ressonância mostrou maior valor preditivo.

Estudo evolutivo nos últimos anos nas taxas de infecção de sítio cirúrgico mamário nas cirurgias realizadas no serviço de responsabilidade social do núcleo de mastologia do Hospital Sírio Libanês

Cabral LM, Heinzen RN, Cavassin LGT, Maiato APA, Barros ACSD – Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio-Libanês – Responsabilidade Social

Introdução: Atualmente não existe consenso para a utilização de antibiótico profilático nas cirurgias oncológicas de mama. Existe uma grande variedade na prática médica, com alguns centros não realizando profilaxia antibiótica e outros utilizando antibióticos de largo espectro. **Objetivo:** Identificar a taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) nas pacientes submetidas a cirurgia oncológica de mama em um hospital terciário. **Métodos:** Foram revisados retrospectivamente os prontuários dos casos de infecção de sítio cirúrgico coletados pela CCIH (Centro de Controle de Infecção Hospitalar) do Hospital Sírio Libanês no perído de janeiro de 2011 a dezembro de 2015. **Resultado:** A infecção de sítio cirúrgico (ISC) foi constatada segundo os critérios do Center Disease Contro (CDC), ou seja, cultura de secreção ou tecido positiva, drenagem incisional purulenta, presença de sinais e sintomas clínicos como dor/ aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, febre> 38oC associado a deiscência da parede em até 90 dias após a cirurgia. No período analisado ocorreu uma diminuição nas taxas de infecção de sítio cirúrgico após mastectomia de 2,3% para 1,6% (tabela 1). Em análise isolada no ano de 2015, ocorreram 4 infecções pós mastectomia, sendo as mesmas realizadas por diferentes equipes cirúrgicas e com o agente mais comum o S. aureus. Todos os casos com relato de infecção realizaram medidas profiláticas da instituição como: banho pré operatório, antibioticoprofilaxia na indução anestésica, degermação da pele, tricotomia adequada e degermação da pele. A maioria dos casos de infecção possuíam risco cirúrgico ASA II e todas as pacientes receberam cefadroxila 500 mg em dose profilática (12/12 horas) por 48 horas após a cirurgia. Das cirurgias realizadas onde o quadro de infecção ocorreu 3 foram adenectomias, 25 mastectomias e 5 cirurgias conservadoras. **Conclusões:** A taxa de infecção observada foi menor do que o índice recomendado pelo CDC (Center of Disease Controle and Prevention), de 2%. Novas pesquisas avaliando fatores de risco e tempo cirúrgico são importantes para reforçar os cuidados pré e pós operatórios dessas pacientes.

Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico nas cirurgia de mama realizadas no serviço de responsabilidade social do núcleo de mastologia do hospital Sírio Libanês

Cabral LM, Heinzen RN, Cavassin LGT, Lima S, Barros ACSD – Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio-Libanês – Responsabilidade Social

Introdução: A infecção de sítio cirúrgico nas mamas após cirurgias oncológicas permanece

uma das principais complicações cirúrgicas, aumentando a morbimortalidade da paciente e contribuindo para a piora da qualidade de vida e aumento dos custos com o tratamento. Objetivo: Identificar os fatores associados a incidência de infecção de sítio cirúrgico nas pacientes submetidas a cirurgia oncológica de mama em um hospital terciário. **Métodos:** Foram revisados retrospectivamente os prontuários dos casos de infecção de sítio cirúrgico coletados pela CCIH (Centro de Controle de Infecção Hospitalar) do Hospital Sírio Libanês no perído de janeiro de 2011 a junho de 2016. **Resultados:** No período analisado ocorreram 33 (2,3%) casos de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em 1400 pacientes operadas pelo Núcleo de Mastologia- Responsabilidade Social do Hospital Sírio Libanês. A ISC foi constatada segundo os critérios do Center Disease Contro (CDC), ou seja, cultura de secreção ou tecido positiva, drenagem incisional purulenta, presença de sinais e sintomas clínicos como dor/ aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, febre> 38oC associado a deiscência da parede em até 90 dias após a cirurgia. Destes casos, apenas um paciente era do sexo masculino e maioria da raça branca (66%). A média de idade foi de 55 anos (variando de 35 a 87 anos). Com relação ao tratamento, treze pacientes haviam realizado quimioterapia neoadjuvante previamente à cirurgia e doze após. Quatro pacientes realizaram cirurgia bilateral. Nenhuma paciente realizou radioterapia intraoperatória. Apenas duas pacientes não realizaram reconstrução, tendo a infecção ocorrendo no sítio da mastectomia. Das 31 pacientes que realizaram reconstrução com consequente infecção, sete foram reconstruídas com retalho e 24 com prótese/ expansor. **Conclusão:** Os fatores associados à ISC em nossa base de dados correlacionam-se com os fatores de risco como tabagismos e presença de reconstrução mamária, principalmente com o uso de próteses de silicone.

Lesão vascular atípica adjacente à cápsula fibrosa mamária após 16 anos de cirurgia e radioterapia por carcinoma invasivo da mama

Kamikabeya, TSF; Rangel, GM; Bagnoli, F; Silva, MALG; Oliveira,VM – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) Clínica de Mastologia do departamento de Obstetrícia e Ginecologia / Serviço de Anatomia Patológica

Introdução: Lesão vascular atípica (LVA), assim denominada em 1994 por Fineberg e Rosen, refere-se a uma pequena e usual proliferação vascular linfática, em torno de 0,5cm, com relativa circunscrição na derme, na pele irradiada. Essa proliferação é composta por células endoteliais hipercromáticas circundando os espaços vasculares, e o estroma apresenta dissecção do colágeno da derme. Apresenta-se geralmente como uma ou mais pápulas avermelhadas ou manchas eritematosas na pele que sofreu radiação. A maioria dessas lesões assemelha-se a lifangiomas e segue um curso benigno, porém pode muito raramente progredir para angiossarcoma (AGS - usualmente após múltiplas recorrências), o que sugeriria que possam ser lesões

precursoras ou angiossarcomas incipientes. A diferenciação anatomopatológica entre LVA e AGS bem diferenciado pode ser desafiadora, especialmente porque áreas indistinguíveis de lesão vascular atípica podem ser encontradas adjacentes à lesão angiossarcomatosa. A latência para angiossarcoma mamário associado à radiação é relativamente curta, por vezes menos de 3 anos. **Métodos/Resultados:** Relatamos o caso de MNM, 71 anos, com história familiar positiva para câncer (ca) de mama, e diagnóstico prévio de neoplasia maligna de mama em 1999, tendo sido submetida à adenectomia à esquerda (E) + esvaziamento axilar (EA) E + simetrização à direita (D), em outro serviço; encaminhada à ISCMSP para realização de quimioterapia e radioterapia (28 sessões) adjuvantes; permaneceu em nosso serviço em acompanhamento regular. Durante seguimento evidenciou-se nódulo em mama E, na junção dos quadrantes laterais (JQL), inicialmente de 2 cm, que permaneceu estável por 2 anos, iniciando crescimento progressivo há 1 ano (3,6 cm). Ultrassom (US) de mamas com core biopsy evidenciou nódulo irregular, justacapsular, heterogêneo, vascularizado, 3,6 cm; apresentando como anatomopatológico final: lesão vascular atípica, CD34 +, CD31: +, ki67: 1%. Ressonância magnética de mamas (RNM) demonstrou aumento das dimensões do nódulo oval, circunscrito, com realce precoce e heterogêneo, adjacente e em íntimo contato com a prótese, deslocando-a medialmente, 3,0 x 2,2 x 1,3 cm (anteriormente: 2,4x1,1cm). Submetida à setorectomia à E + retalho de avanço, cujo anatomopatológico final confirmou lesão vascular atípica, 1,5 x 1,0 cm, pele, tecido muscular estriado e tecidos moles livres do processo e margens cirúrgicas livres; paciente encontra-se em seguimento ambulatorial, sem evidência de novo foco de doença. **Conclusões:** Devido à dificuldade na diferenciação anatomopatológica e possibilidade de evolução vagarosa das LVA em AGS, deve-se atentar cada vez mais ao exame clínico da paciente irradiada a fim de surpreender lesões suspeitas na pele; tendo sempre em mente que angiossarcoma, um dos sarcomas menos comuns, tem se torrnado cada vez mais importante devido à sua associação com radioterapia, especialmente em neoplasias malignas da mama.

Tumor phyllodes maligno metastático: relato de caso não usual

Kamikabeya, TSF; Pereira, FTB; Padilha, IG; Oliveira, VM; Silva, MALG – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) – Clínica de Mastologia do departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Serviços de Radiologia e Anatomia Patológica

Introdução: Tumor phyllodes foi originalmente descrito em 1838 por Muller e inicialmente denominado como Cistosarcoma phyllodes. Corresponde a 0,3-0,9% das neoplasias mamárias e suas características morfológicas variam de benigno, borderline e maligno (10-30%), baseados no tamanho, celularidade, necrose e índice mitótico. As metástases ocorrem em 10-25% dos phyllodes malignos com disseminação hematogênica. Os órgãos mais acometidos são: pulmão 70 a 80%, pleura 60-70% e osso 20-

30%. Métodos/resultados: Relatamos o caso de EASG, 30 anos, com história de nódulo em mama esquerda de crescimento rápido, associado à dor local, eritema e calor, medindo 6,4 cm, em 2011. Submetida à ressonância magnética (RNM), que evidenciou massa de contorno regular, medindo 6,4 x 6,2 x 5,2 cm, com sinal heterogêneo em T1 e IR, apresentando realce progressivo e heterogêneo localizado na região retroareolar (RRA), adjacente e espessando o complexo areolopapilar, classificação Birads 4. Ultrassom de mamas com *core biopsy* demostrou nódulo heterogêneo, hipoecogênico, margens microlobuladas, com posterior diagnóstico de neoplasia fibroepitelial. Realizada quadrantectomia central e exérese de linfonodo axilar com características suspeitas. Congelação revelou margens livres, porém o linfonodo foi positivo para malignidade. O diagnóstico anatomopatológico da lesão mostrou tratar-se de Tumor *phyllodes* maligno com metástase linfonodal. Permaneceu em seguimento ambulatorial regular com avaliação clínica e exames mamográficos sem evidências de anormalidades. Evolui em 2016 com dispnéia e piora progressiva, sendo submetida à investigação pulmonar com RX de tórax e RNM que evidenciaram volumosa formação expansiva lobulada, localizada nos terços superior e médio do hemitórax direito, promovendo atelectasia compressiva do parênquima adjacente, deslocando o mediastino para o lado contralateral e promovendo afilamento importante da veia cava superior, já com circulação colateral na região cervical. A biopsia torácica por agulha grossa mostrou tratar-se de metástase de neoplasia mamária maligna prévia, com imunoexpressão positiva para citoqueratina e marcadores mesenquimais. Paciente foi submetida à exérese da lesão torácica e lobectomia superior pulmonar. O anatomopatológico final evidenciou tratar-se de neoplasia pouco diferenciada com áreas fusocelulares e núcleos pleomórficos, no pulmão direito e pleura. O estudo imunoistoquímico da peça cirúrgica mostrou imunomarcação para citoqueratina, marcadores mesenquimais, receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) e P53, sendo compatível com o diagnóstico de metástase de Tumor phyllodes maligno. Conclusão: trata-se de caso de evolução não usual desse tipo de tumor em paciente jovem.

Mastite granulomatosa idiopática: descrição de uma série de casos

Kamikabeya, TSF; Bagnoli, F; Rinadi, JF; Silva, MALG; Oliveira,VM – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) Clínica de Mastologia do departamento de Obstetrícia e Ginecologia / Serviço de Anatomia Patológica

.....

Introdução: Mastite granulomatosa idiopática, também denominada mastite granulomatosa lobular, é uma doença crônica rara, benigna, de etiologia desconhecida e caracterizada por condição inflamatória com alterações granulomatosas que ocorrem em torno dos lóbulos e ductos mamários, na ausência de infecção específica, trauma, corpo estranho ou evidência de sarcoidose. Acomete geralmente mulheres de 17 à 42 anos, geralmente com paridade

pregressa de 2 a 10 anos, antes do início do quadro clínico; podendo apresentar acometimento bilateral em 25% dos casos. À avaliação anatomopatológica apresenta-se como arranjo nodular com proliferação macrofágica e células gigantes multinucleadas. A distribuição perilobular e o caráter granulomatoso da inflamação sugerem reação mediada por células a substâncias concentradas na secreção mamária das células lobulares, relacionada ao processo autoimune. As características clínicas, radiológicas e ultrassonográficas de pacientes acometidas por essa doença podem ser semelhantes às do câncer de mama. O objetivo deste trabalho é retratar o diagnóstico, tratamento e evolução de 14 casos de pacientes atendidas no Ambulatório de Mastologia da ISCMSP. **Métodos:** Através do levantamento de prontuários, foram selecionados casos de pacientes com biópsia prévia de mastite granulomatosa, de janeiro de 2015 à setembro de 2016, e avaliados suas idades, paridade pregressa, sintomatologias, tratamento e evolução clínica. **Resultados:** 14 pacientes foram diagnosticadas com mastite granulomatosa idiopática no período selecionado. As idades variaram de 24 à 48 anos, com paridade pregressa de 4 à 20 anos e a sintomatologia incluiu hiperemia, nodulação, espessamento local, abscesso com fistulização e drenagem de secreção purulenta. O tratamento mais utilizado foi prednisona via oral, de 5 a 40 mg, por períodos variados, porém de longa duração (a maioria mais de 4 semanas) e apenas uma paciente encontra-se em tratamento com metotrexato 7,5 mg/mês. Todas apresentaram, até o momento, boa evolução clínica com tratamento medicamentoso, apresentando seqüelas mamárias locais como espessamento, retração leve e até deformidade cicatricial. Nenhuma paciente foi submetida a procedimento cirúrgico até o momento. **Conclusões:** Faz-se necessária detecção correta da patologia para início precoce de tratamento e resolução, uma vez que pode apresentar-se de diversas maneiras, em várias idades, com tratamento prolongado e evolução clínica variável, podendo mimetizar neoplasia maligna mamária.

Um raro caso de carcinoma secretor em mulher idosa

Sousa UW, Aguiar JL, Gurgel MLAG, Lustosa AG, Sousa WB. – Instituição: Liga Norte Riograndense contra o Câncer

Introdução: Dos tipos de câncer de mama, o carcinoma secretor corresponde a menos de 0,1% dos casos, sendo de ocorrência rara na idade adulta. Entretanto, é o câncer de mama mais comum em crianças. O envolvimento sistêmico é raro, e o prognóstico é bom. Relatamos um caso de carcinoma secretor em paciente idosa. **Método/Relato de Caso:** M. H. C., 74 anos, apresentou nódulo em mama D (MD) de 2 cm, móvel, pouco definido, em quadrante superior lateral (QSL), e axila clinicamente negativa. Mamografia (MMG) evidenciou nódulo em MD hiperdenso, bem definido, espiculado em quadrante superior de MD, de 2,0x1,5cm, classificação Birads 4. Ultrassonografia (USG) evidenciou nódulo em MD 1,5cm às 11/12h de contornos irregulares, classificação Birads 5.

Realizou *core Biopsy* (biópsia por agulha grossa), com o resultado de carcinoma secretor, grau histológico (GH) II e grau nuclear (GN) 2. Realizou quadrantectomia em QSL de MD e biópsia do linfonodo sentinela (BLS), com resultado de carcinoma secretor 1,5cm GH II GN 2, margens livres, e linfonodo sentinela sem evidência de neoplasia. Não fez quimioterapia e realizou 28 sessões de radioterapia da mama. Imunohistoquímica com receptor de estrógeno 100%, receptor de progesterona 40%, HER 2 negativo (luminal), e está em uso de tamoxifeno há 2 anos, sem evidência de doença. **Resultados/Discussão:** o carcinoma secretor tem ocorrência rara e é pouco estudado na literatura. Não há nenhuma característica peculiar a este tipo histológico. Devido à raridade deste tumor, a literatura é pobre em definir a melhor abordagem terapêutica. É mais frequente em crianças, sendo também conhecido como carcinoma juvenil da mama. Ele é caracterizado pela presença de citoplasma eosinofílico, mostrando secreção intra e extracelular abundante de material contendo mucopolissacarídeos e mucina, PAS-positivo. Os núcleos são pequenos, com mínima atipia e atividade mitótica reduzida. Tipicamente são triplo negativos, e contrariamente à evolução deste subtipo molecular, eles têm excelente prognóstico, são indolentes, e o envolvimento sistêmico é infrequente, com metástases linfonodais e à distância raramente reportadas. Recentemente, o carcinoma secretor foi associado a mutação do gene ETV6-NTRK3, o que lhe confere uma proliferação tumoral peculiar, com vantagens na sua sobrevida. A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha, e não há nenhum regime quimioterápico apropriado relatando melhores resultados, nem mesmo se o considerarmos como tumor triplo negativo, já que seu comportamento é indolente. Seu prognóstico tende a ser melhor em crianças que em adultos, e tumores menores que 2 cm têm melhor sobrevida. **Conclusão:** o carcinoma secretor é uma doença rara e não há consenso sobre a melhor estratégia terapêutica. Estudos prospectivos futuros são aguardados para direcionarem a melhor abordagem a este tipo histológico tão raro. Seu crescimento lento e comportamento indolente conferem um excelente prognóstico e sobrevida de mais de 90% em 5 anos.

Doença de Paget – Apresentação Clínica e Tratamento

Dassie Tfs, Morgan Ma, Serquiz N, Cardoso-Filho C, Santos Cc – Instituição: Hospital Da Mulher - Caism/Unicamp

Introdução: Uma forma rara e indistinta de carcinoma ductal *in situ* (CDIS) é a doença de Paget mamária (DPM), que consiste ne presença de células glandulares malignas no interior da epiderme da aréola e/ou mamilo. A DPM representa cerca de 1-3% dos casos de câncer de mama e aproximadamente 85-95% dos casos está associada com carcinoma *in situ* ou invasivo no parênquima. O diagnóstico é eminentemente clínico e caracteriza-se por uma lesão eczematosa do complexo aréola-papilar (CAP), que pode ou não estar associada a massas palpáveis, sendo nesses casos mais frequente a presença

de carcinoma invasivo (CDI) associado. Para estadiamento e tratamento deve ser sempre considerado, quando presente, o estágio do tumor associado a DPM. Não existe, no entanto, consenso em relação à melhor conduta cirúrgica para as pacientes com DPM exclusiva, justificando a análise desta série de casos. **Métodos:** estudo descritivo retrospectivo dos casos de DPM entre 2002 e 2016 tratados no Caism-Unicamp. Foram avaliados idade, apresentação clínica e estágio ao diagnóstico, associação com CDI e/ou CDIS, tipo histológico e receptores hormonais, tratamento realizado e sobrevida global. **Resultados:** dos 29 casos de DPM, a distribuição por faixa etária foi: 3 casos abaixo de 40 anos; 9 casos entre 40-50 anos; 6 casos entre 50-60 anos; 6 casos entre 60-70 anos; 5 casos acima de 70. A maioria das pacientes tinha como queixa principal alteração do CAP (25), observadas em todas as pacientes ao exame clínico; 9 pacientes queixaram-se de nódulos e ao exame clinico foram observados nódulos em 11 pacientes. Em 11 pacientes não foram encontradas alterações de exames de imagem das mamas; apenas uma das pacientes realizou ressonância magnética. O diagnóstico incidental de DPM ocorreu em 5 pacientes, 4 delas com carcinoma inflamatório. As indicações de tratamento variaram da seguinte maneira: 6 pacientes foram submetidas à quimioterapia neoadjuvante seguida de mastectomia radical ou modificada (5 delas com carcinoma inflamatório, uma com carcinoma ductal invasivo luminal B); 10 pacientes foram submetidas à mastectomia com linfadenectomia axilar; 7 a mastectomia e pesquisa de linfonodo sentinela (BLS); e 4 foram submetidas a cirurgia conservadora, 2 delas com BLS. Como diagnóstico final (anatomopatológico da peça cirúrgica), apenas 3 pacientes (10%) apresentaram DPM exclusiva; 14 apresentaram DPM associada a CDIS; e 12 tinham DPM associada a CDI, sendo 5 inflamatórios e 7 com alteração de parênquima a mamografia e biópsia prévia com diagnóstico de doença invasora. Apenas 2 pacientes não tiveram abordagem axilar; 11 foram submetidas a BLS (apenas 1 positivo); 2 a base de axila (todas com linfonodos livres); e 14 foram submetidas a esvaziamento axilar, 6 delas com linfonodos comprometidos. O estágio ao diagnóstico apresentou a seguinte distribuição: 0 (17 casos); I (3 casos); IIa (1 caso); IIb (2 casos); IIIb (3 casos); IIIc (3 casos). As pacientes que apresentaram recidiva local ou metástase a distância foram as pacientes com CDI associado. Conclusão: a ocorrência de DPM exclusiva é rara, sendo de 10% nesta casuística. Esta forte associação de DPM com CDIS e/ou CDI no parênquima, em especial quando há alterações no exames clínico ou imagenológico, deve levar à avaliação criteriosa para adequada programação do tratamento destas pacientes.

Carcinoma de mama masculino no Centro de Mama do HSL – PUCRS.

Valduga A; Santos MM; Rossato NC; Viegas J; Frasson AL. INSTITUIÇÃO: Hospital São Lucas da PUC – RS.

.....

Introdução: O câncer de mama masculino representa 0,5 a 1% dos tumores de mama

diagnosticados a cada ano. Assim como nas mulheres, sua incidência aumenta com a idade, embora seu diagnóstico seja realizado 5 a 10 anos mais tarde, sendo um nódulo mamário palpável o principal sintoma. A grande maioria dos homens diagnosticados com câncer de mama não possuem fatores de risco identificáveis e cerca de 15 a 20% possuem história familiar da doença. A Síndrome de Klinefelter (cariótipo 46, XXY) é fator de risco mais importante, estes indivíduos possuem um risco de carcinoma masculino 50 vezes maior do que homens com cariótipo normal. Idade avançada, descendência judia Ashkenazi, história familiar de câncer de mama e mutações no gene BRCA2 também são fatores de risco importantes. Quanto as características tumorais, 90% são carcinomas ductais invasores e cerca de 1,5% carcinomas lobulares invasores. Considerando-se a avaliação imunohistoquímica 80% dos tumores são receptores hormonais positivos, 15% possuem Her 2 (do inglês, human epidermal growth factor receptor 2) super expresso e somente 4% são triplo negativos. **Objetivo:** Avaliar o desfecho dos pacientes masculinos tratados por câncer de mama no Hospital São Lucas da PUCRS. **Material e Métodos:** Este estudo de coorte retrospectiva foi realizado através da coleta de dados dos prontuários dos pacientes masculinos, que receberam tratamento cirúrgico para o câncer de mama, durante os anos de 2010 a 2015 no Serviço de Mastologia do HSL PUCRS. **Resultados:** No período de 2010 a 2015 foram diagnosticados 11 pacientes com carcinoma de mama masculino, correspondendo a 2,58% dos carcinomas de mama diagnosticados e tratados neste hospital. A média de idade dos pacientes foi de 60,6 anos e todos os pacientes procuraram atendimento por palparem um nódulo mamário. Dois dos 11 pacientes possuíam história familiar para carcinoma de mama (um com mãe diagnosticada aos 66 anos e outro com 2 primas maternas acometidas pela doença). Quanto ao diagnóstico, oito pacientes realizaram *tru-cut* previamente à cirurgia, dois com resultado benigno e 6 confirmando o diagnóstico de carcinoma de mama e todos apresentaram estadiamento sistêmico negativo. Como tratamento cirúrgico, cinco pacientes foram submetidos a MRM (mastectomia radical modificada) e seis a mastectomia simples e BLS (biópsia do linfonodo sentinela). Quatro pacientes tiveram linfonodos positivos na abordagem axilar, com uma média de 4,2 linfonodos positivos de 12,2 linfonodos retirados. O tipo histológico foi CDI (carcinoma ductal invasor) em 10 pacientes (8 desses com CDIS associado), 1 apresentou carcinoma papilar intraductal e CDIS (carcinoma ductal *in situ*). O tamanho tumoral do componente invasor foi em média de 1,93cm. Entre os 10 pacientes com CDI, o subtipo molecular foi Luminal A em 4 pacientes, Luminal B em 5 pacientes e 1 caso de Her 2 superexpresso. Nenhum paciente apresentou o subtipo molecular triplo-negativo (avaliação por imuno-histoquímica). Apenas um dos 11 pacientes foi submetido à quimioterapia (QT) neoadjuvante, com resposta parcial ao tratamento. Como tratamento adjuvante, 4 pacientes foram submetidos a radioterapia (RT), 3 a QT e 8 ao uso de Tamoxifeno (3 pacientes sem dados quanto ao uso dessa terapia). Durante o seguimento médio de 30,1 meses dois pacientes perderam seguimento, 1 apresentou trom-

bose venosa pronfunda em membro superior, 1 óbito de causa desconhecida e 1 paciente apresentou melanoma metastático. Dois dos 11 pacientes tiveram carcinoma de próstata antes do diagnóstico de carcinoma de mama e foram orientados a procurar aconselhamento genético. **Conclusão:**

Correção de hipomastia em paciente portadora de Síndrome de ADULT

Valduga A; Laitano FF; Laitano NETO F; Aita CD; Zerwes FP – INSTITUIÇÃO: Hospital São Lucas da PUC - RS

Introdução: A síndrome de ADULT (do inglês, acro-dermato-ungueal-lacrimal-tooth syndrome) é uma doença genética rara, autossômica dominante com penetrância variável, que faz parte das displasias ectodérmicas, um grupo de desordens caracterizada pelo acometimento dos pelos, dentes, unhas, glândulas sudoríparas e extremidades. É causada pela mutação no gene TP63, o qual codifica a proteína p633, estando responsável como fator principal pelo desenvolvimento embrionário dos tecidos ectodérmicos. Foi classificada como entidade nosológica única em 1993 por Propping e Zerres. Uma das manifestações clínicas principais que compõe esta síndrome é a hipoplasia de mama e complexo aréolo-mamilar, presente na paciente em questão. **Objetivo:** Demonstrar, através de relato de caso, a correção da hipomastia, uma das características da Síndrome de ADULT, realizada através da colocação de prótese mamária bilateral. **Material E Métodos:** Paciente feminina, 32 anos, portadora de Síndrome de ADULT, vem ao ambulatório de Cirurgia Plástica da PUCRS com queixa de hipomastia. Relata ter perdido todos os dentes na adolescência e faz uso de próteses dentárias. Nega cirurgias e outras patologias prévias. Ao exame, há presença do músculo peitoral maior à avaliação dinâmica e estática. O complexo aréolo-mamilar é parcialmente desenvolvido e há ausência, quase completa, de tecido mamário. Apresentava ainda displasia ectodérmica, distrofia das 20 unhas e atelia, além de fotossensibilidade e efélides. Em adição, constataram-se lábios finos e canais lacrimais imperfurados e estenosados bilateralmente. A equipe optou por cirurgia de inclusão de prótese mamária de silicone de 155cc, redonda, texturizada, perfil alto, bilateralmente. As próteses foram colocadas no plano subglandular, a partir de incisão no sulco de 4cm, estando a paciente sob anestesia geral. Foi utilizada profilaxia antibiótica na indução anestésica com cefazolina 2g endovenosa e após foi mantida cefalexina por via oral por 7 dias. **Resultados:** O pós-operatório ocorreu sem intercorrências. A ferida operatória apresentou cicatrização adequada. Não foi evidenciada contratura capsular ou outras intercorrências em relação à prótese. A paciente mostrou-se satisfeita com o resultado. **Conclusão:** A síndrome de ADULT tem como uma de suas principais manifestações clínicas a hipoplasia das glândulas mamárias e complexo aréolo-mamilar. Esta síndrome faz parte de um grande grupo das desordens genéticas que causam alterações em tecidos e órgãos derivados do folheto ectodérmico. Conforme

Sociedade Brasileira de Mastologia REGIONAL SÃO PAULO

raridade na prevalência e incidência desta doença há escassez de trabalhos e estudos que avaliam as possibilidades terapêuticas específicas de acordo com as suas manifestações. Não há presença de um estudo que mostre as possibilidades terapêuticas para esta alteração especificamente. Os autores indicaram a reconstrução das mamas através de implantes de silicones, com boa evolução pós-operatória e satisfação pessoal com o resultado cirúrgico por parte da paciente, tornando-se, portanto, como boa opção reparadora aos portadores desta alteração dentro do contexto da síndrome de ADULT. O presente relato de caso apresenta uma alternativa passível e exequível que se mostrou como excelente opção no tratamento reparador da mama desta pacientes, porém obviamente há obrigatoriedade de um maior acompanhamento e conhecimento dos fatores etiológicos que compõem esta síndrome.

Tuberculose ganglionar como diagnóstico diferencial de carcinoma oculto de mama: relato de caso

Oliveira PSD, Giordano EB, Giordano MG, Carneiro LH – INSTITUIÇÃO: Clínica particular dos autores

Introdução: A tuberculose é doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* altamente prevalente no Brasil. A forma ganglionar é a apresentação extrapulmonar mais comum, sendo mais relacionada a pacientes imunocomprometidos. A característica dos linfonodos, devido à reação granulomatosa local em localizações axilares e supraclaviculares, é diagnóstico diferencial do carcinoma oculto da mama, na ausência de lesão suspeita da mama. **Relato de Caso:** RCPC, sexo feminino, 41 anos, solteira, estudante, residente no Rio de Janeiro, foi encaminhada ao Mastologista por alteração axilar no exame de imagem de rotina. Assintomática, ao exame clínico mostrava linfonodomegalia axilar esquerda palpável única, firme, móvel, com cerca de 2,5 cm na linha axilar posterior. A mamografia evidenciava assimetria focal no QSL da mama esquerda além de linfonodos densos e aumentados de volume no prolongamento axilar esquerdo. BI-RADS® CAT 5. A Ultrassonografia não identificou lesões mamárias e mostrou alguns linfonodos aumentados de volume, arredondados, hipoecóicos, o maior medindo 2,7 x 1,5 cm. BI-RADS® CAT 5. A Ressonância Magnética Mamária não identificou realce anormal no parênquima. Foram descritos múltiplos linfonodos globosos, alguns confluentes, com espessamento da cortical e perda do hilo gorduroso no prolongamento axilar esquerdo, o maior medindo 3,3 cm. BI-RADS® CAT 4. A análise citológica da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do linfonodo axilar esquerdo mostrou linfócitos maduros, tecido fibroso e hemácias. Foi solicitada core biopsy do linfonodo axilar esquerdo compatível com linfadenite crônica granulomatosa e necrose, aspecto típico da tuberculose. A cultura para fungos e a pesquisa de BAAR (Bacilo álcool-ácido resitente) neste material foi negativa. A Tomografia computadorizada de tórax mostrou espessamento retro-apical bilateral, tênues opacidades ramificadas e linfonodomegalia axilar esquerda 33 x 23mm. O teste tuberculínico (PPD) obteve

resultado forte reator. **Discussão:** A apresentação mais comum de tuberculose extrapulmonar é a doença linfonodal (>40% nos EUA), principalmente em pacientes imunocomprometidos pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). As cadeias ganglionares mais acometidas são as cervicais, seguidas pelas supraclaviculares e axilares. A maioria dos estudos mostra predominância em mulheres e linfonodopatia de progessão lenta, indolor, com duração média de 1 a 2 meses. O tamanho médio costuma ser de 3cm, sendo macios em 10 a 35% dos casos e unilaterais em 85%. Cerca de 4 a 11% podem ter drenagem central, constituindo o chamado escrófulo. Os sintomas sistêmicos são variados e costumam limitar-se a pacientes co-infectados pelo HIV. A lesão pulmonar associada está presente em cerca de 40% dos casos. O diagnóstico preconiza a pesquisa de BAAR e cultura para o bacilo da tuberculose no material retirado do linfonodo. Este estudo pode ser feito através de biópsia do linfonodo com estudo histopatológico ou punção aspirativa por agulha fina (PAAF) que visualiza processo inflamatório granulomatoso com necrose caseosa, além da cultura e coloração pelos métodos Ziehl–Nielsen ou Wade. O tratamento é sistêmico e segue os preceitos da tuberculose pulmonar.

Carcinoma Primário em Mama Extranumerária de Vulva

Sá BS, Ramos LR, Araujo Neto JT, Barbosa EM, Góes JCS – Instituição: Instituto Brasileiro de Controle o Câncer - IBCC

Introdução: A incidência de tecido mamário ectópico em mulheres varia de 1-6%, podendo estar presente por toda a linha primitiva embriológica do leite. Este tecido ectópico pode apresentar patologias benignas e malignas similares às encontradas nas mamas, como fibroadenomas, papilomas intraductais, adenomas e carcinomas mamários invasivos. A maioria dos carcinomas mamários ectópicos encontram-se na axila e na vulva (55-65%). O tipo histológico mais comum é o carcinoma mamário ductal invasor. Devido a raridade desta patologia vulvar, não existem orientações específicas quanto ao diagnóstico, manejo, tratamento e seguimento destas pacientes. Desta maneira a condução do caso tende a ser semelhante ao carcinoma mamário. O diagnóstico é realizado através de histopatologia. O tratamento cirúrgico descrito é exérese ampla da lesão ou vulvectomia simples ou radical associado a linfadenectomia. A adjuvância poderá ser realizada com radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. É importante ainda descartar a presença de doença mamária sincrônica. O carcinoma mamário ectópico possui um pior prognóstico quando comparado ao carcinoma mamário primário de mama. **Métodos:** estudo descritivo, tipo relato de caso, de uma paciente atendida no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer- SP. **Resultados:** C.C.S.M, 57 anos, casada, do lar, natural e procedente de São Paulo/SP, católica. Menarca aos 10 anos, telarca aos 10 anos, G3P3- primeiro filho aos 18 anos-, amamentação por 2 meses, menopausada aos 47 anos - nunca fez uso de terapia reposição hormonal. Na história familiar negou câncer de mama ou ovários. Refere irmã com câncer

Sociedade Brasileira de Mastologia REGIONAL SÃO PAULO

de pâncreas e hepático e irmão com câncer de pulmão. **Comorbidades:** HAS e depressão. Paciente encaminhada da especialidade oncoginecologia pélvica para avaliação de possível metástase vulvar por carcinoma primário de mama após ter sido submetida a biópsia de nódulo vulvar, evidenciando carcinoma tipo basalóide com imunohistoquímica sugerindo carcinoma metastático mamário. Paciente sem queixas mamárias. Realiza exames de rastreio anual. Ao exame apresentava mamas de médio volume e simétricas, sem abaulamentos ou retrações à inspeção estática e dinâmica. Ausência de nodulações palpáveis. Descarga papilar negativa. FSC e axilas livres. Mamografia apresentando calcificações benignas bilaterais BIRADS2. Ultrassonografia mamária sem alterações. Ressonância nuclear magnética das mamas evidenciou cistos simples bilaterais BIRADS2. Dessa forma, descartada doença primária mamária. Realizada revisão de lâminas de biópsia de nódulo vulvar, confirmando carcinoma pouco diferenciado. Imunohistoquímica confirmou carcinoma mamário, apresentando receptores estrogênio e progesterona positivos. Paciente encontra-se atualmente realizando exames pré-operatórios para posterior conduta cirúrgica. **Conclusão:** O Carcinoma em mama extra-numerária de vulva é extremamente raro, contando com aproximadamente 25 relatos de caso até o momento. O tratamento geralmente é cirúrgico. Terapias adjuvantes tem as mesmas indicações do carcinoma primário de mama. Devido a raridade nenhum estudo clínico adequado foi descrito e provavelmente não será realizado.

Metástase cutânea e em vesícula biliar de carcinoma mamário.

Miranda, IAS, Rossato, NC, Volbrecht, B, Viegas, J, Zerwes, FP. INSTITUIÇÃO: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Introdução: Metástase é definida como uma lesão neoplásica originada de um tumor primário com o qual não há contato direto. O intervalo entre o diagnóstico do tumor e o aparecimento de metástases é variável, ocorrendo em média nos primeiros 3 anos. As metástases cutâneas ocorrem em 0,7 a 10,8% de todos os pacientes com diagnóstico de câncer, embora representem apenas 2% de todos os tumores de pele. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 43 anos, história familiar positiva para câncer de mama, apresentou em 2009 nódulo de 12 cm em mama direita. Realizou setorectomia com biópsia de linfonodo sentinela à direita em junho de 2009. Anatomopatológico evidenciou carcinoma túbulo-lobular invasor, com margens cirúrgicas e 2 linfonodos comprometidos. Realizado ampliação de margens tumorais e esvaziamento axilar à direita em julho de 2009, com posterior radioterapia adjuvante e uso irregular de Tamoxifeno. Durante seguimento, em 2015, apresentou pápulas de coloração rósea em região torácica, região cervical posterior e região genital. Realizado biópsia de derme, com resultado sugestivo de fibrose. Após persistência e agravamento das lesões, nova biópsia evidenciou histologia compatível com carcinoma de mama túbulo-lobular. Durante investiga-

ção, paciente apresentou quadro de colecistite aguda, sendo submetida a videolaparoscopia de urgência para colecistectomia. No procedimento, identificado lesão ulcerada e vegetante em ovário, sugestiva de neoplasia, e implantes peritoneais. Análise histopatológica de vesícula biliar evidenciou presença de carcinoma pouco diferenciado presente na mucosa e parede da vesícula biliar, com análise imunohistoquímica compatível com carcinoma de mama túbulo -lobular. No momento, lesões apresentam-se em progressão em vigência de quimioterapia. **Discussão:** As metástases cutâneas apresentam baixa incidência e representam pequena parcela dos tumores de pele. Incidem em média entre os 50 e 70 anos. A origem das metástases é variável e depende de idade, sexo e tipo de tumor primário. Resultam de embolização linfática, disseminação hematogênica, por contiguidade ou implantação direta da pele durante procedimentos cirúrgicos. Ocorre principalmente pelo câncer de mama, que representa 69% dos casos. A topografia preferencial dá-se em tórax anterior e abdômen, sendo menos frequentes em couro cabeludo, cuja origem relaciona-se ao câncer de mama, rim, pulmão e próstata. Especificamente nas metástases originadas em tumores de mama, a localização mais frequente é em tronco e abdômen, correspondendo a 75%. A manifestação pode ser muito variável, desde nódulos, úlceras persistentes e placas em aspecto de casca de laranja, entre outras. Estudo recente abordando prognóstico após o diagnóstico de metástase cutânea do câncer de mama observou que, quando presente apenas metástase cutânea, a sobrevida em dez anos foi 11%. O tratamento com possibilidade de ser efetivo é aquele preconizado para a neoplasia original recidivante. A abordagem, especificamente, das metástases cutâneas com cirurgia, radioterapia, criocirurgia ou imiquimod deve levar em consideração a efetividade ou conveniência do tratamento sistêmico e o possível papel paliativo que a intervenção local possa oferecer. Usualmente, quando a pele é acometida pela metástase, outros órgãos já se apresentam comprometidos, sendo um sinal de mau prognóstico e baixa sobrevida.

Pioderma gangrenoso em reconstrução mamária com retalho grande dorsal.

Miranda, IAS, Borges, FP, Laitano, F, Laitano F, Zerwes, FP. Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Introdução: O Pioderma gangrenoso (PG) é doença dermatológica rara, com incidência estimada de 3 a 10 casos por milhão de pessoas/ano. Acredita-se que o dano cutâneo presente nesta desordem seja imunomediado. Acomete principalmente adultos entre 20 e 50 anos. Pode manifestar-se de forma espontânea, associado a doenças sistêmicas e em até 25% dos casos é desencadeado por traumas e procedimentos cirúrgicos – fenômeno conhecido por patergia. Nessa situação, representa uma primeira resposta imunológica na pele durante qualquer trauma cutâneo. Caracteriza-se por lesões pustulosas, nodulares ou bolhosas, que evoluem para úlceras destrutivas, podendo evoluir para necrose de

espessura cutânea total. As infecções que advêm são por contaminação secundária. O diagnóstico depende das características clínicas e curso evolutivo. O manejo do PG tem como objetivo limitar a destruição tecidual, promover a cura da ferida e obter um bom resultado estético. Os debridamentos cirúrgicos e os enxertos de pele devem ser evitados. São opções terapêuticas corticosteróides tópicos ou intralesionais, de 6-mercaptopurina ou azatioprina, cromoglicato tópico, dapsona, clofazimina, ciclosporina e oxigenioterapia hiperbárica. Corticosteróides sistêmicos permanecem como método mais efetivo para tratamento. **Objetivo:** Relatar o caso de PG em paciente submetida à reconstrução mamária com retalho de grande dorsal e discorrer sobre a patologia, caracterizando apresentação clínica, formas de diagnóstico e opções terapêuticas. **Materiais e métodos:** Realizado relato de caso de paciente da equipe de Reconstrução de Mama do Hospital São Lucas da PUCRS, submetida a procedimento cirúrgico em maio/2016, e que foi acometida por quadro sugestivo de PG no pós-operatório. **Resultados:** Paciente feminina, caucasiana, 41 anos, hígida, submetida a ressecção de carcinoma em mama direita e pesquisa de linfonodo sentinela, com reconstrução imediata utilizando retalho de grande dorsal e inclusão de prótese. No 3º PO, apresentou área de hiperemia em porção inferior da mama, sem acometer aréola e retalho, que evoluíram para lesões vesiculares e ulceradas abaixo da aréola e justas aos bordos do retalho. No 6º PO, sugerindo-se PG, foi iniciado tratamento com prednisona oral, corticoide tópico e limpeza diária da ferida. Paciente apresentou melhora das lesões, apesar de área de necrose cutânea em região central da mama, recebendo alta hospitalar no 20º PO. No 35º PO apresentou exposição da prótese em área de necrose tecidual, sendo necessário nova intervenção cirúrgica para retirada da prótese, com boa evolução pós operatória. Discussão: O PG é doença rara, de diagnóstico clínico e por exclusão. Se não for realizado o diagnóstico correto, o surgimento de áreas necróticas tende a levar a desbridamentos cirúrgico, com agravamento das lesões pelo fenômeno da patergia. Embora a mortalidade dessa patologia seja baixa, a morbidade é considerável. Conclusão: Em vista do exposto, o cirurgião deve conhecer a patologia e ter alto nível de suspeição para com pacientes que apresentem início súbito de lesões clinicamente compatíveis, com culturas negativas e má resposta a antibioticoterapia isolada, para possibilitar o diagnóstico precoce e a instituição do tratamento adequado em tempo hábil. Deve-se utilizar corticoterapia, cuidados com a ferida e sua limpeza, e contraindicar o desbridamento cirúrgico. O desconhecimento sobre o tema pode levar a obtenção de resultados catastróficos e irreversíveis.

Fibroadenoma Juvenil Gigante: Recidiva em paciente gestante.

Rossato N.C., Pituco A. C., Vollbrecht B., Souza A.B.A., Zerwes F.P. – Instituição: Hospital São Lucas da PUCRS

Introdução: O fibroadenoma é tumor benigno mais comum nas mulheres, desses 0,5% são

classificados em fibroadenoma juvenil, um tipo raro de fibroadenoma que caracteriza-se por uma lesão de crescimento rápido. Caracterizada por ocorrer em adolescentes e tem um diâmetro superior a 5 cm e/ou um peso superior a 500 g. As principais entidades com as quais se deve estabelecer o diagnóstico diferencial são o tumor filóide e a gigantomastia juvenil. A exérese é o tratamento de eleição. Relata-se o caso de um fibroadenoma juvenil gigante recidivante em uma paciente gestante que já havia realizado exérese há dois anos atrás. **Relato:** Paciente feminina, 20 anos, parda, sem comorbidades, encaminhada ao serviço de mastologia do Hospital São Lucas da PUC por nódulo em mama esquerda. Na chegada paciente gestante de 30 semanas, com nódulo de aproximadamente 15x15cm, de consistência endurecida e de limites bem definidos, não aderida a planos profundos. Relatava história de ressecção prévia de nódulo de 12cm também em mama esquerda em outro serviço, há 2 anos com anatomopatológico da peça: tumor filoide. As características ultrassonográficas eram inespecíficas: massa heterogênea, predominantemente hipoecogênica, aparentemente bem delimitada, em parte lobulada. Realizou core biopsy do nódulo descrito com anátomo patológico de fibroadenoma. Devido a benignidade do nódulo optou-se por aguardar a maturidade fetal para indução do parto. Então, a paciente recebeu cabergolina no 5° dia do puerpério e no 10° dia foi submetida a cirurgia para ressecção da massa. No transoperatório, confirmou-se achado de tumor bem delimitado, encapsulado, sem aderência aos tecidos adjacentes. Após remoção completa, a peça cirúrgica pesou 1450g, e media 18x20 cm. A marcação utilizada foi de mamoplastia redutora de Pitanguy. O complexo areolopapilar foi amputado e posteriormente enxertado. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem complicações. No 14° PO, apresentava mama bem posicionada, ferida operatória de bom aspecto, sem áreas de deiscência, sem sinais flogísticos. CAM com integração parcial. O diagnóstico anatomopatológico foi de fibroadenoma juvenil. Após 60 dias da cirurgia descrita realizou simetrização da mama contralateral. **Discussão:** Trata-se de um caso raro principalmente adicionando as variáveis de recidiva e acometimento em gestante, o que torna o caso mais interessante. O fibroadenoma juvenil gigante é uma entidade rara entre os fibroadenomas, a fisiopatologia ainda não é clara. O diagnóstico é clinico, normalmente ao exame físico se apresenta como nódulo palpável de crescimento rápido, característico dessa patologia. Mamografia e ultrassonografia podem auxiliar no diagnóstico. O tratamento é cirúrgico e visa contemplar o resultado estético, com margens cirúrgicas livres para evitar recorrências.

Experiência do Centro de Mama da PUCRS sobre a nova abordagem da cirurgia axilar

Rossato N.C., Pituco A.C., Souza A.B.A, Santos M.M., Frasson A.L. – INSTITUIÇÃO: Hospital São Lucas da PUCRS

Introdução: Dois estudos importantes publicados nos últimos anos (ACOSOG Z0011 e AMA-

ROS) demonstraram não haver inferioridade em determinadas pacientes com linfonodo sentinela (LS) metastáticos e não submetidas a esvaziamento axilar (EA). Aplicando os conhecimentos dos atuais estudos, a equipe de mastologia do Hospital São Lucas da PUCRS apresenta como rotina não realizar exame transoperatório de LS nas pacientes que atendem os critérios dos estudos acima. **Material e Métodos:** Nesse estudo será realizado avaliação e seguimento de todas as mulheres com câncer de mama invasivo T1 ou T2, axila clinicamente negativa e linfonodo sentinela sem avaliação transoperatória, que receberam tratamento cirúrgico no período de março de 2013 a março de 2015 no Hospital São Lucas da PUCRS. Trata-se então de um estudo observacional, de coorte prospectivo, que terá como objetivo primário avaliar a sobrevida em cinco anos. **Resultados:** Até março de 2016 foram avaliadas 93 mulheres, 3 delas excluídas por diagnóstico de carcinoma in situ exclusivamente. A idade média de 64,4 anos. O tamanho tumoral médio foi de 16 mm, sendo 24,2% acima de 20 mm. O tempo cirúrgico médio foi de 90 minutos. A média de linfonodos retirados foi de 2,5, sendo 17 o número de pacientes com linfonodos metastáticos. A cirurgia de setorectomia foi realizada em 92,2% das pacientes. O seguimento médio foi de 20 meses. Os dados analisados mostraram índice de sobrevida global de 97,8% e sobrevida livre de doença de 95,5%. Das pacientes com linfonodo metastático a sobrevida global foi de 88%, sendo um dos casos de óbito não relacionado a doença mamária e outro em que o tratamento não foi completo por opção da paciente. **Conclusão:** Esse é um estudo em curso e que os dados definitivos virão após seguimento e avaliação de desfecho após cinco anos. Até o momento, a sobrevida global foi de 88% nas pacientes que tiveram linfonodos positivos, um dos casos de óbito não relacionado à doença e outro em que o tratamento não foi completo por opção da paciente. Aliando esses aos resultados da literatura atual, podemos concluir que o esvaziamento axilar pode ser evitado no tratamento locoregional do câncer de mama em pacientes com o perfil do presente estudo. É essencial que se mantenha o seguimento, assim como a inclusão de novas pacientes para que possamos aprimorar os resultados descritos.

Relato de caso: miofibroblastoma mamário em mulher

Introdução: O miofibroblastoma mamário é uma neoplasia benigna da mama extremamente rara, com origem mesenquimal, que caracteriza-se histologicamente por proliferação de células fusiformes rodeadas de colágeno derivadas dos fibroblastos. A lesão representa menos de 1% das neoplasias benignas das mamas, tem maior incidência em homens e ocorre entre a sexta e a oitava décadas de vida. O tumor apresenta-se unilateralmente, com crescimento lento, tamanho variável e aparência benigna aos exames de imagem (lesão redonda ou ovóide, com margens circunscritas, homogênea, densa, sem microcalcificações associadas e sem retração de pele). **Objetivo:** Relatar um caso de paciente portadora de miofibroblastoma de mama. **Método:** As informações contidas neste trabalho foram

obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão de literatura. **Descrição do Caso:** Paciente A.B.B.M., 36 anos, professora de terceiro ano da UNORP, procurou atendimento referindo nódulo de mama em ultra-sonografia de mama de rotina. Antecedentes ginecológicos e obstétricos: G3P0A2 , ciclos regulares, em uso de anticoncepcional oral – Iume - com pausa. Antecedentes pessoais: nega comorbidades e alergoses, foi submetida á mamoplastia redutora bilateral. Antecedentes familiares: tia paterna tratada de neoplasia de mama com diagnóstico pós menopausa. Ao exame físico a paciente apresentou mamas simétricas; com cicatrizes em T bilateralmente, devido a mamoplastia prévia, eutroficas; sem alterações á inspeção estática e dinâmica e á palpação; axilas e fossas supra e infra- claviculares livres; e expressão mamilar negativa bilateralmente. Os exames de imagem que trouxe em consulta apresentaram as seguintes alterações: Mamografia: mamas heterogeneamente densas, com distorção arquitetural associada a mamoplastia prévia; nódulo oval, isodenso, circunscrito, medindo 1,7 cm, localizado em união dos quadrantes superiores de mama direita. Categoria BI-RADS 3. Ultrassonografia de mamas: mamas apresentando ecotextura heterogênea fibroglandular; imagem hipoecóica, oval, circunscrita, sem sombra ou reforço acústico, medindo 1,7 x 0,7 x 1,5 cm, localizada em união dos quadrantes superiores de mama direita, distando 4 cm da papila, correspondendo ao nódulo visto a mamografia. Categoria BI-RADS 3. O presente nódulo foi submetidos a core biopsy guiada por ultrassonografia com diagnóstico de miofibroblastoma de mama e avaliação imuno-histoquimica evidenciando positividade para CD 34, actina, desmina, EMA, receptor de estrógeno e receptor de progesterona e negatividade para S-100 e AE1/AE3. A paciente foi então submetida á exérese simples do nódulo, após agulhamento da lesão guiado por ultrassonografia. **Discussão e Conclusão:** O miofibroblastoma foi descrito pela primeira vez por Wargotz e cols. em 1987, em um estudo de 16 casos, em que foram descritos raros tumores benignos predominantemente compostos por miofibroblastos. Contudo, existem poucos casos descritos. A incidência de tumores mamários benignos em homens é muito baixa o que corrobora para esse fato. O caso descrito demonstra a importância de correlacionar história clínica, dados radiológico e histológicos e pesquisa imuno-histoquimica. A exérese cirúrgica simples da lesão é a conduta adequada e está relacionada a baixo índice de recorrência.

Carcinoma Metaplásico Invasivo de Mama Com Receptores Positivos Para Estrógeno e Progesterona: Relato de Caso

Autores: Franciele Maria de Carvalho, Larissa Marques Nascimento, Prof. Dr. Pierre Neves de Castro, Dr. Floriano Pardo Calvo
Faculdade de Medicina de Itajubá – Fmit

.....

Carcinoma Metaplásico de Mama (CMM) é um raro tumor maligno que representa 0,2-

1% de todos carcinomas mamários invasivos diagnosticados no Brasil. considerado como sendo uma displasia de alto grau, sua histogênese ainda está indeterminada, sendo a teoria mais popular, a transformação de células mioepiteliais. Estudos revelam características que o enquadram como carcinoma triplo negativo (sem receptores para estrogênio, progesterona e fatores de crescimento epidérmico humano), sendo resistente a hormonioterapia direcionada para receptores positivos. Apesar de não existirem marcadores prognósticos validados para CMM, este tende a ser ruim e com alto risco de recorrência após a cirurgia. O presente trabalho relata o caso de Carcinoma Mamário Invasivo em uma mulher de 77 anos, com receptores para estrogênio e progesterona, boa resposta a radio e quimioterapia, além de um amplo prognóstico. A boa resposta ao tratamento, e a excelente situação clínica da paciente podem sugerir que a presença de receptores positivos para estrógeno, progesterona estejam relacionadas com um melhor prognóstico, quando comparado ao CMM triplo negativo.

Relação entre a reabsorção do tecido adiposo e o fármaco Anastrozol na Lipoenxertia Autóloga

Pauli BR, Mansani FP, Silvestre JB, Lipinski LC, Montemór Netto MR – Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

Introdução: O tecido adiposo é um material muito utilizado como preenchimento na remodelação de pacientes com câncer de mama após a retirada do tumor. Porém, a técnica de lipoenxertia possui altos índices de reabsorção e de substituição do enxerto por tecido fibroso. Uma alternativa estudada é a manipulação da sinalização do estrogênio, um regulador potente do tecido adiposo que modula seu desenvolvimento e função, que pode ser realizada com o fármaco Anastrozol, um inibidor potente e seletivo da enzima aromatase. Através dessa inibição, espera-se que haja diminuição das taxas de reabsorção da gordura e melhora na sobrevivência do enxerto, contribuindo para o aperfeiçoamento da técnica, proporcionando um melhor resultado final. **Materiais e Métodos:** Foram utilizados vinte ratos Wistar fêmeas, fornecidos pelo Biotério da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cada rata foi pesada, marcada e anestesiada pela via intraperitoneal. Após a tricotomia e antissepsia, um coxim de gordura inguinal foi dissecado através de uma incisão local, retirado e pesado em uma balança analítica, sendo implantado no subcutâneo do dorso do animal por uma incisão central. Após os procedimentos, as ratas foram divididas em dois grupos de 10 animais, sendo o grupo 1 definido como controle, e o grupo 2, experimental, que recebeu o fármaco Anastrozol (1ml/dia) por 30 dias. Após esse período, os animais foram pesados novamente e submetidos à eutanásia. Os enxertos foram reconhecidos pelo volume à palpação, retirados, repesados e preparados em lâminas coradas com hematoxilina e eosina (HE), para visualização em microscópio óptico. Foram avaliados parâmetros inflamatórios, esteatonecrose, neovascularização e reação gigantocelular. A análise estatística foi realizada

através do programa IBM SPSS Statistics versão 20, sendo utilizado o teste de Tukey, com p< 0,05 para rejeição da hipótese de nulidade. RESULTADOS: As ratas de ambos os grupos obtiveram ganho de peso médio de 38g durante a pesquisa. A comparação das médias de peso da gordura enxertada e da gordura retirada após os 30 dias resultou em reabsorção de 63,2% de tecido no grupo controle e 62,8% no grupo submetido à terapia com Anastrozol, apresentando médias de peso do enxerto estatisticamente iguais entre os dois grupos, com p=0,971 para a gordura implantada e p=0,983 para a gordura retirada. A análise histológica dos enxertos revelou semelhança entre os grupos quanto aos parâmetros pré-estabelecidos de inflamação (p=0,778), esteatonecrose (p=0,965), neovascularização (p=0,710) e reação gigantocelular (p=0,899). Não foi observada nenhuma diferença significativa. **Discussão:** Na tentativa de alcançar resultados consistentes e reprodutíveis, muitas técnicas de lipoenxertia vêm sendo pesquisadas. No presente estudo, foi encontrado redução de mais de 60% do peso do tecido enxertado em ambos os grupos, além da presença de esteatonecrose discreta a acentuada e fibrose leve a moderada. Esses resultados apontam a imprevisibilidade na evolução e sobrevida dos enxertos, podendo resultar em taxas de reabsorção de 30-50% já no primeiro procedimento; além da intensa reação inflamatória, necrose gordurosa e fibrose. De acordo com a análise dos dados, observou-se que o Anastrozol não foi efetivo na melhora dos resultados da lipoenxertia autóloga, sendo necessárias mais pesquisas sobre o tema.

Adenomastectomia no processo transexualizador: relato de caso.

Ferrari MW, Geraldes CG, Tarricone VJ, Dugatto MA. Serviço de Mastologia do Hospital Guilherme Álvaro – Santos/SP.

Introdução: O transexualismo, também chamado de disforia de gênero, é uma incompatibilidade entre o sexo anatômico de um indivíduo e a sua identidade de gênero. Nestes indivíduos, o desejo de pertencer ao sexo oposto é extremamente forte. Em 2014, o Ministério da Saúde tornou pública a decisão que ficariam incorporados os procedimentos relativos ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde: mastectomia simples bilateral; histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia; cirurgias complementares de redesignação sexual; administração hormonal de testosterona e acompanhamento de usuários no processo transexualizador para tratamento clínico. Na mastectomia simples bilateral, a técnica utilizada depende do tamanho da mama, do aspecto e posição do complexo aréolo-papilar (CAP) e da elasticidade da pele. **Relato do caso:** Paciente transexual feminino para masculino, 19 anos, já em acompanhamento e tratamento nos serviços de endocrinologia e psicologia para o processo transexualizador, procurou o Serviço de Mastologia para a realização de mastectomia bilateral. Paciente em uso de Testosterona há um ano, apresentava-se com mamas de moderado volume e com ptose grau 2, sendo então optada pela realização de adenomastectomia

com pedículo inferior areolado. Houve uma diminuição do volume da mama compatível com a expectativa do paciente. Como complicação, houve necrose parcial do CAP. **Discussão:** A realização da adenomastectomia no transexual feminino para masculino é mais difícil em relação a ginecomastia masculina devido, na maioria dos casos, às mulheres terem significativamente mais volume mamário e maior grau de excesso de pele e ptose. A situação pode ser mais complexa se a qualidade da pele for ruim, o que pode ser exacerbada por anos de enfaixamento ou amarração, o que é comumente realizado por esses pacientes. A técnica de adenomastectomia com pedículo inferior areolado é preconizada por diversos autores para mamas volumosas e ptóticas. Ela consiste na manutenção do pedículo do CAP com diâmetro de 25 a 30 mm, seguido de amputação da mama e porteriormente redirecionamento do CAP para a nova localização na parede torácica. Emprega-se a incisão horizontal 1 a 2 cm abaixo do sulco inframamário. Em muitos pacientes, a lipoaspiração deve ser realizada lateralmente e medialmente para assegurar um contorno simétrico. Com relação ao posicionamento ideal do CAP, o uso de medidas absolutas pode ser ilusório. A posição deve ser feita de acordo com os marcos anatômicos do próprio paciente. Em geral, a altura do CAP é ajustada aproximadamente 2 a 3 cm acima do sulco inframamário. O julgamento clínico é frequentemente o mais importante e sempre se deve colocar o paciente sentado no intraoperatório para checar a posição final do CAP. As vantagens desta técnica são excelente exposição e mais rápida ressecção do tecido mamário, diminuição do mamilo, redimensionamento e reposicionamento da aréola. As desvantagens são as cicatrizes residuais longas e a mudança na pigmentação e sensibilidade do CAP. **Conclusão:** de acordo com as características das mamas do paciente, a técnica escolhida foi adequada. Apesar da complicação ocorrida, que é descrita na literatura, houve um resultado satisfatório para o paciente e equipe médica. O processo transexualizador possui um longo caminho ainda a ser percorrido, tanto em técnicas cirúrgicas, quanto na formação de serviços e profissionais especializados na área.

Adenomioepitelioma da mama - relato de caso e revisão da literatura

Alysson Gomes Lustosa; Wender Bendola Batista de Souza; Ubiratan Wagner de Souza; Juliana Lopes Aguiar

Objetivo: Descrição de caso de adenomioepitelioma da mama, tumor raro e de difícil diagnóstico por imagem. **Metodologia:** Relato de caso de adenomioepitelioma da mama baseado em revisão de dados descritos em prontuário. Mulher, 91 anos, com massa indolor em mama direita (MD) há 3 anos com aumento gradativo de volume há 7 meses. Ao exame, observou-se nódulo no quadrante superior medial (QSM) da MD de 4,5 x 5,0 cm, amolecido, aderido à pele, mas não a planos profundos; axilas livres. Mamografia evidenciou nódulo de 5,2 cm em

QSM de MD, classificado com BIRADS 4B; USG mostrou imagem nodular de 3,5, BIRADS 4. *Core biopsy* revelou lesão epitelial proliferativa complexa com arranjo papilífero e cribiforme e com atipia nuclear. Realizado setorectomia para biópsia excisional, cujo histopatológico revelou nódulo brancacento com áreas vinhosas, regular, elástico, medindo 4cm, com poucas mitoses identificadas e raras áreas de necrose, caracterizando o adenomioepitelioma. **Resultados:** O adenomioepitelioma da mama é caracterizado pela proliferação nodular dos componentes celulares e mioepitelias de etiologia incerta. Clinica e mamograficamente se apresentam como lesões bem delimitadas indistinguíveis de uma neoplasia. Essas lesões podem ser encontradas em glândulas salivares, anexos de pele e, mais raramente, na mama. São considerados, em sua maioria, benignos, porém há relatos de recorrência, baixo potencial de transformação maligna e metástase linfonodal e por via hematogênica. Apenas cerca de 60 casos foram descritos na literatura mundial. **Conclusão:** Apesar de raro, o adenomioepitelioma deve ser considerado como diagnóstico diferencial de nodulações benignas e malignas da mama. A excisão completa da lesão com margens deve ser considerada para a elucidação diagnóstica e é o tratamento de escolha. Não há dados que corroborem a linfadenectomia, radioterapia ou quimioterapia.

Sociedade Brasileira de
Mastologia
REGIONAL SÃO PAULO

Sociedade Brasileira de
Mastologia