



13<sup>a</sup> Jornada Paulista de Mastologia

Abstract  
Book

## Comissão Executiva e Organizadora

Adriana Akemi Yoshimura  
André Mattar  
Eduardo Carvalho Pessoa  
Fábio Bagnoli  
Guilherme Novita  
João Bosco Ramos Borges  
Renato Torresan

## Comissão de Poster e Tema Livre

### **Presidente:**

Eduardo Carvalho Pessoa

### **Membros:**

José Luis Esteves Francisco  
Juvenal Mottola Júnior  
Renê Aloísio Costa Vieira

## Comissão Científica

Adriana Akemi Yashimura  
André Mattar  
Carlos Alberto Ruiz  
Eduardo Carvalho Pessoa  
Eduardo Vieira da Motta  
Fábio Bagnoli  
Giuliano Tosello  
Guilherme Novita  
Ivo Carelli Filho  
João Bosco Ramos Borges  
José Luis Esteves Francisco  
Juvenal Mottola Júnior  
Paulo Pirozzi  
Renato Torresan  
Rubens Prudêncio  
Vicente Tarricone Júnior  
Vilmar Marques de Oliveira

## Índice

Análise dos tempos de espera no tratamento oncológico da mama .....	9
Utilização do retalho tóraco-epigástrico em grandes ressecções da mama. Relato de caso de tumor filoides .....	9
Papel da ultrassonografia na detecção de lesões ocultas na mamografia .....	11
Sarcoma mamário em homem. Relato de caso .....	11
Estudo da qualidade de vida das pacientes em uso de inibidor de aromatase como endocrinoterapia adjuvante ao tratamento câncer de mama .....	12
Prognóstico de pacientes com câncer de mama metastático de classificação triplo negativo do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE - FMO) .....	12
Mastite granulomatosa idiopática. Descrição de série de casos .....	13
Intervalo entre suspeita de neoplasia de mama e o início da terapia nas pacientes atendidas no Espírito Santo .....	14
Apresentação atípica de carcinoma mucinoso. Correlação imagem e patologia .....	15

Que lesão é essa? Pioderma Gangrenoso na mama.....	16
Avaliação do perfil das pacientes que realizaram biópsia a vácuo assistida guiada por estereotaxia no Hospital Pérola Byington .....	16
Câncer de mama em jovem contribui para a indicação da mastectomia pelo cirurgião?.....	17
Perfil das pacientes jovens com câncer de mama no Hospital Pérola Byington .....	18
Precisão diagnóstica e reprodutibilidade de marcadores ultrassonográficos na diferenciação de massas mamárias benignas e malignas .....	18
Síndrome de Munchausen na mama. Relato de caso .....	19
Avaliação descritiva de perda de densidade mineral óssea em pacientes com câncer de mama em uso de Anastrozol como terapia endócrina adjuvante no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE - FMO).....	21
Metástase visceral e em Sistema Nervoso Central em pacientes com câncer de mama metastático do subtipo HER2 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE - FMO).....	22
Síndrome de Mondor como complicação após biópsia de mama por agulha grossa: Relato de Caso.....	23
Sarcoma de mama com diferenciação parcial de musculo liso: desafio diagnóstico. Relato de caso .....	24

Taxa de comprometimento de outros linfonodos axilares quando o linfonodo sentinela estiver acometido por macro ou micrometástase.....	26
O papel da quimioterapia neoadjuvante nos imunofenótipos mais comuns a neoplasia mamária .....	26
Impacto da preservação da fertilidade previamente ao tratamento para o câncer de mama.....	27
Reconstrução mamária imediata pós adenomastectomia com prótese de silicone de poliuretano no plano subcutâneo em paciente grávida. Relato de caso .....	29
Associação entre disponibilidade de reconstrução mamária imediata e peso da ressecção em pacientes submetidas à Cirurgia Conservadora de Mama .....	29
Radioterapia intraoperatória bilateral simultânea. Relato de caso .....	31
Câncer de mama masculino: casuística de dez anos do HCRP-FMRP-USP.....	32
Reconstrução mamária tardia com retalho de mama bipartida. Relato de caso .....	34
Câncer de mama metastático: há probabilidade de cura? Relato de caso e discussão.....	35
Avaliação dos carcinomas mamários in situ no serviço de mastologia do Instituto Dr Arnaldo Vieira de Carvalho .....	36

Câncer de mama em pacientes maiores de 70 anos.....	37
Quimioterapia neoadjuvante x Quimioterapia adjuvante.....	37
Câncer de mama associado à gestação: série de casos do serviço de mastologia e oncologia ginecológica do HCFMRP-USP .....	38
Carcinoma Papilífero em homem. Relato de caso .....	40
Mutação em homozigose do gene ABRAXAS associado a síndrome de câncer de mama hereditário.....	42
Câncer de mama em mulheres jovens não metastáticas tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP - FMRP - USP).....	43
Carcinoma mamário invasivo de tecido mamário acessório em região abdominal. Relato de caso .....	45
Lesão vegetante do mamilo com aparência verrucosa. Um caso de acrocódon com rara manifestação em mamilo .....	46
Carcinoma de mama sincrônico com Carcinoma Ovariano metastático para linfonodo axilar. Relato de Caso e revisão de literatura.....	47
Oncoplástica Extrema: Cirurgia conservadora para pacientes com indicação clássica de mastectomia. Revisão de literatura.....	49
Hiperplasia multicêntrica de células colunares com atipia.....	51

Análise da mutação TP53 c.1010G>A (p.Arg337His; R337H) em mulheres com câncer de mama diagnosticadas abaixo dos 50 anos e avaliadas em ambulatório de Oncogenética em Porto Alegre. Mais um motivo para rastreamento populacional geral abaixo dos 50 anos? .....	52
Segurança oncológica da Adenomastectomia: Experiência de um único cirurgião em 3 Hospitais brasileiros. ....	53
Frequência de mutações germinativas de BRCA1 e BRCA2 em uma série de casos com câncer de mama metastático no Rio Grande do Sul.....	55
Melanoma coróide metastático para mama. Relato de caso .....	56
Tumor de células granulares da mama. Relato de caso .....	57
Tratamento cirúrgico de Tumor Filoide maligno gigante: Relato de caso.....	59
Relato de caso: Metástase axilar de dois sítios primários.....	61
Qual a eficácia da cirurgia conservadora em pacientes com câncer de mama localmente avançado que realizaram tratamento neoadjuvante?.....	63
A importância da Tomossíntese no diagnóstico de Carcinoma de Mama Multicêntrico. Relato de caso .....	64
Correlação imagenológica x Anátomo patológica em biópsias de mama guiadas por ultrassom .....	65
Carcinoma Papilífero Intracístico: Relato de Caso com Apresentação Atípica como Lesão Sólida no Prolongamento Axilar .....	66

Estudo retrospectivo da biópsia do linfonodo sentinela positivo no câncer de mama luminal A: avaliação da importância da linfadenectomia axilar no planejamento da quimioterapia adjuvante.....	67
A correlação entre diagnóstico precoce do Câncer de Mama Gestacional e melhor prognóstico das pacientes.....	69
Doença de Castleman simulando acometimento axilar por neoplasia primária de mama. Relato de caso .....	70
Controle local pós-adenectomia mamária em pacientes submetidas à quimioterapia neoadjuvante .....	73
A Importância do Linfonodo Sentinela no Estadiamento do Câncer de Mama e sua Função na Atualidade. Revisão Bibliográfica .....	74
Avaliação da Doença Aterosclerótica e Fatores de Risco Cardiovascular em Mulheres na Pós-Menopausa Tratadas de Câncer de Mama.....	75
Associação entre Densidade Mamária e Subtipos Tumoriais em 213 pacientes.....	77



## **Análise dos tempos de espera no tratamento oncológico da mama**

*Autores / Instituição*

*Francine Coutinho Maia de Castro<sup>1</sup>; Luciane Flores Jacobi<sup>1</sup>; Rodrigo Campos de Castro<sup>1</sup>; Diogo Campos de Castro<sup>2</sup>.*

*1. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS - Brasil; 2. Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre - RS - Brasil.*

O atraso no tratamento do câncer de mama é hoje um grande desafio para os serviços de saúde, tendo em vista sua relação com o alto índice de mortalidade da doença. Esta revisão integrativa visa analisar o atraso no tratamento do câncer de mama não metastático e possíveis fatores associados. Foram selecionados 35 artigos em forma de revisão e de estudo transversal publicados entre primeiro de janeiro de 2000 e primeiro de julho de 2017, com textos completos disponíveis gratuitamente nas bases de dados BIREME, LILACS, SCIELO e PUBMED. Nessa revisão, foi identificada associação entre o atraso do tratamento e a demanda hospitalar, exames e avaliações pré-operatórias, comorbidades, comunicação médico-paciente e características histopatológicas do tumor. Nesse âmbito, evidenciou-se ainda que em mulheres a partir de 60 anos o fator tempo foi significativa para os desfechos de recidiva locorregional e à distância. Além disso, em mulheres, independentemente da faixa etária, a espera acima de 4 semanas entre a cirurgia e o primeiro tratamento adjuvante foi associada à redução da sobrevida global. Quanto à espera para o início do tratamento radioterápico, observou-se que

um intervalo maior de 90 dias entre a cirurgia da mama e a radioterapia está associado a um maior índice de recorrência local de doença, o que implica a redução de sobrevida global e de sobrevida livre de doença. Assim, sabe-se que períodos de espera excedentes entre o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama são uma rotina frequente da paciente oncológica em boa parte dos serviços de saúde. Tendo em vista que esses atrasos devem-se em boa parte a deficiências inerentes ao sistema de saúde e não à biologia tumoral nem à condição sócio-cultural das pacientes, o melhoramento da estrutura e da funcionalidade dos serviços de saúde é fundamental. Para isso, é necessário a implementação de políticas de saúde voltadas para essa problemática, já que períodos de espera prolongados estão comprovadamente associados ao pior prognóstico da doença.

## **Utilização do retalho tóraco-epigástrico em grandes ressecções da mama. Relato de caso de tumor filoides**

*Autores / Instituição*

*Guilherme Junqueira Souza; Douglas de Miranda Pires; Bárbara Pace Silva de Assis Carvalho; Mauro Henrique Muniz Goursand. Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte - MG - Brasil.*

Os tumores Filoides são tumores de mama fibroepiteliais incomuns que são capazes de uma gama diversificada de comportamentos biológicos. Em sua forma menos agressiva, eles se comportam como fibroadenomas benignos,

embora com uma propensão a recorrer localmente após a excisão com margens satisfatórias. Por outro lado, podem metastatizar, às vezes degenerando histologicamente em lesões sarcomatosas. Os tumores Filoide representam menos de 0,5% de todas as patologias mamárias. Apresenta-se como uma massa lisa, multinodular, bem definida, firme, móvel e indolor, de tamanho variável, podendo chegar a 40cm em grandes tumores, com a pele brilhante e esticada. Quando evoluem a grandes massas tumorais, torne-se um desafio ao Mastologista que necessita da satisfação cirúrgica e cobertura da área ressecada. A utilização do retalho tóraco-epigástrico tem sido uma importante ferramenta cirúrgica para essas grande lesões da mama. O presente estudo trata-se de um relato de caso de um tumor Filoide maligno de grande volume utilizando-se do retalho tóraco-epigástrico para cobertura e fechamento. Trata-se da paciente I.R.R, 24 anos, que chega ao serviço de Mastologia da Santa Casa de Belo Horizonte para a primeira consulta no dia 19/04/2017 com uma massa volumosa de mama direita, distendendo toda a pele. A paciente estava sendo acompanhada no Norte de Minas por outro serviço desde 2011 por nódulo na mama direita (US de mama 22/03/2011: 35x17x35mm) com PAAF resultando em fibroadenoma. Em 2014 é submetida a uma primeira intervenção cirúrgica, com exérese do nódulo que conclui fibrosclerose estromal sem sinais de malignidade. Já em 2015, observa-se novos nódulos mamários com crescimento progressivo, de tamanhos variados, sendo o maior deles correspondendo a 6cm em seu maior eixo. Novamente passa por abordagem cirúrgica e obtém como

resultado anatomopatológico tumor Filoide benigno, sem atipias, com áreas de metaplasia e margens livres. Evolutivamente, em 2016, no exame ecográfico das mamas de controle, aparecem outros 4 nódulos (1/1,2/1,4/4,2cm), o que motivou nova biopsia em fevereiro de 2017, resultando em fibroadenoma, complementado com imuno-histoquímica (RE [+], RP [-], E-CADERINA [-], HER2 [-], KI67 [35%]), que conclui tumor Filoide benigno. Foi então que em abril de 2017, chega ao nosso serviço, queixando-se de aumento exagerado da mama desde a última biopsia e para exérese cirúrgica das lesões. Como protocolo, foi entregue o TCLE a paciente e tomadas as fotos para fins de avaliação pré, per e pós-operatórias. Foi decidido pela mastectomia com reconstrução utilizando o retalho tóraco-epigástrico e no dia 12/05/17 a paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico sendo feito o reparo da área de defeito, preservando as recomendações da literatura de proporção 1,5:1 e os limites anatômicos (10), assim como esvaziamento axilar por linfadenomegalias identificadas no intraoperatório, sem intercorrências. No controle pós-operatório foram retirados os drenos e curativo local com óleo mineral, sem intercorrências em relação ao retalho, mantendo-se em bom aspecto e cicatrização em boa evolução. A paciente foi acompanhada semanalmente sem alterações do ponto de vista cirúrgico, concluindo o exame anatomopatológico como tumor Filoide maligno de alto grau, margem exígua posterior (1mm) e hiperplasia linfoide reacional. Foi encaminhada para avaliação da radioterapia e oncologia clínica que optaram apenas por acompanhamento clínico mastológico. Até a

presente data encontra-se em seguimento trimestral, sem sinais de recidiva loco-regionais. Esta técnica mostrou-se bastante versátil, com resultados oncológicos satisfatórios proporcionando um bom fechamento de grandes áreas de ressecção, sem sofrimento da área doadora.

## **Papel da ultrassonografia na detecção de lesões ocultas na mamografia**

*Autores / Instituição*

*Erika Marina Solla Negrão; Hélio Sebastião Amâncio de Amargo Júnior; Sandra Regina Campos Teixeira; Marcia Martos Amâncio de Camargo; Maurício de Souza Arruda; Juliana Azevedo.*

*Cde Diagnóstico Por Imagem, Campinas - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A densidade mamária representa um limite substancial para a sensibilidade da mamografia. Este limite é evidente tanto em termos clínicos quando na triagem radiológica, podendo comprometer a sensibilidade no rastreamento de mulheres de idade inferior a 50 anos e está significativamente associado ao risco de câncer de intervalo em qualquer idade.

**MÉTODOS:** Apresenta-se uma série de casos de pacientes que realizaram inicialmente exame de mamografia e em seguida ultrassonografia, sendo realizada a detecção das lesões suspeitas pelo método ecográfico.

**RESULTADOS:** Nos casos apresentados, as lesões possuíam características morfológicas e

clínicas suspeitas, mas ocultas na mamografia, inclusive na análise retrospectiva. Os casos sintomáticos já demandariam análise ecográfica adicional, mas casos assintomáticos tiveram a conduta determinada exclusivamente pelo achado ecográfico.

**CONCLUSÕES:** Casos como esses confirmam a condição da ultrassonografia em detectar lesões suspeitas ocultas mamograficamente pelo tecido denso. A evidência é insuficiente para recomendar a prática de triagem de rotina, mas reafirma o benefício de que adicionar a ultrassonografia em mamas densas pode ser útil apesar dos custos substanciais.

## **Sarcoma mamário em homem. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Junara Patrícia dos Santos Silva Dutra; Virginia Azambuja Alves; Lucia Pinto Bordin; Marcela Pereira Martinez; Newton Antonio Bordin Junior.*

*Famerp, São José do Rio Preto - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama em homens é raro. A incidência de câncer de mama em homens aumenta com a idade e a grande maioria dos casos não possui fatores de risco identificáveis.

**MÉTODO:** Revisão de prontuário.

**RESULTADO:** Paciente C. R. G, sexo masculino, 39 anos, encaminhado ao Hospital de Base de São José do Rio Preto no dia 18/12/2013 devido a presença de nódulo em mama direita. Re-

alizou-se core biopsy de lesão em mama direita em Fevereiro de 2014, obtendo como resultado Neoplasia Mesenquimal de padrão Fusocelular. A imunohistoquímica apresentou achados de Sarcoma Fusocelular de Histogenese Indefinida, dentre as principais possibilidades diagnósticas são Sarcoma Primário da Mama, Sarcoma Metastático para Mama ou Tumor Filoides. O paciente foi submetido à mastectomia direita em Abril de 2014, seguido de quimioterapia adjuvante. Atualmente, paciente se encontra em acompanhamento clínico, sem evidência de recidiva loco - regional ou metástases à distância.

**CONCLUSÃO:** O objetivo deste relato de caso é demonstrar o Sarcoma Mamário em homens, neoplasia maligna rara e pouco pesquisada, representando menos de 1% de todas as malignidades da mama.

### **Estudo da qualidade de vida das pacientes em uso de inibidor de aromatase como endocrinoterapia adjuvante ao tratamento câncer de mama**

*Autores / Instituição*

*Raisa da Silva Santos Sant` Anna; Marcelo Antonini. Instituto de Assistência Médica Ao Servidor Público Estadual, Sao Paulo - SP - Brasil.*

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama antes e após um ano do uso de inibidores de aromatase (IA).

**MÉTODOS:** Estudo longitudinal, tipo coorte, prospectivo, em pacientes dos ambulatórios do setor de patologia mamária do HSPE-FMO, submetidas a cirurgia por câncer de mama que iriam iniciar endocrinoterapia adjuvante com IA, foi utilizado o questionário do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ C30) para avaliar a qualidade de vida.

**RESULTADOS:** Foram avaliadas 42 pacientes. Houve decréscimo significativo de 2016 para 2017 no estado de saúde global, nos domínios capacidade física, emocional, cognitiva, fadiga, dor e insônia houve decréscimo significativo de 2016 para 2017. Já nas variáveis capacidade funcional, social, náuseas e vômitos, dispneia, perda de apetite, constipação, diarreia, dificuldades financeiras não houve diferenças significativas entre os dois anos avaliados.

**CONCLUSÕES:** Após o uso de IA houve piora na qualidade de vida nos aspectos: funcionalidade física, funcionalidade emocional, funções cognitivas, fadiga, dor e insônia.

### **Prognóstico de pacientes com câncer de mama metastático de classificação triplo negativo do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE - FMO)**

*Autores / Instituição*

*Raisa da Silva Santos Sant` Anna; Marcelo Antonini.*

*Instituto de Assistência Médica Ao Servidor Público Estadual, Sao Paulo - SP - Brasil.*

**OBJETIVO:** O presente estudo tem como objetivo geral traçar o prognóstico das pacientes com câncer de mama metastático de subtipo triplo negativo, comparando-o aos demais subtipos imunohistoquímicos.

**MÉTODOS:** Estudo clínico analítico não intervencionista, retrospectivo, do tipo série de casos para estudo de prognóstico, foi realizado um levantamento de dados através de prontuários de pacientes do setor de patologia mamária do HSPE - FMO no período de 2009 a 2014. Foram incluídas 131 pacientes. Os dados foram analisados utilizando-se os programas estatísticos Epi-Info 7 e SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0 para comparação dos dados através de análise de sobrevida.

**RESULTADOS:** O tempo médio de progressão do câncer de mama para a metástase das pacientes triplo negativo, foi de 67,5 meses, enquanto comparado com todos os subtipos que foi de 68,09 meses. Metade das pacientes com câncer de mama do subtipo triplo negativo apresentaram metástase em 31 meses, enquanto nos outros subtipos esse tempo foi de 44 meses, tendo significância estatística. Comparando o subtipo triplo negativo com os outros subtipos, os dados encontrados foram que as pacientes triplo negativos apresentaram maior media de sobrevida.

**CONCLUSÕES:** A classificação do câncer de mama baseada em parâmetros imunohistoquímicos permite uma melhor definição prognóstica da doença. Podemos concluir que as pacientes triplo negativas apresentam um

pior prognóstico uma vez que evoluem para metástases mais precocemente que as outras pacientes, entretanto a sobrevida global não apresentou diferença significativa.

## **Mastite granulomatosa idiopática. Descrição de série de casos**

### *Autores / Instituição*

*Watson Viana Vieira<sup>1</sup>; Tatiany Lopes Lessa<sup>1</sup>; Carolina Loyola Prest Ferrugini<sup>2</sup>; Janine Martins Machado<sup>2</sup>; Livia Caetano Tambara<sup>2</sup>.  
1. Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Vitoria - ES - Brasil; 2. Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Vitória - ES - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A Mastite Granulomatosa Idiopática (MGI) é uma doença inflamatória crônica rara, benigna, autolimitada de etiologia desconhecida e incidência incerta. Acomete geralmente mulheres em período fértil com história recente de gestação e aleitamento. A confirmação histopatológica combinada à exclusão de malignidade e de outras causas de doenças granulomatosas são apontadas como relevantes para a decisão clínica e para a prevenção de tratamentos desnecessários.

**MÉTODOS:** Estudo de série de dez casos de mulheres atendidas no Serviço de Mastologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes / ES (HUCAM) no período de julho de 2015 a novembro de 2016.

**RESULTADOS:** A média de idade foi de 32,7 anos (25-48anos), nódulo em mama foi o prin-

principal sinal de apresentação e o tempo entre a percepção e a confirmação da doença foi de 3,2 meses. O diagnóstico definitivo foi histopatológico após exclusão de doenças granulomatosas infecciosas por fungos, bactérias, microbactérias atípicas e tuberculose. O tratamento envolveu drenagem cirúrgica em três casos, regressão espontânea em outros três e uso dos medicamentos a seguir: corticosteróides em cinco pacientes e metotrexate em uma paciente.

**CONCLUSÃO:** Diante das incertezas para o diagnóstico e tratamento da MGI, seu manejo ainda é pretexto de discussões e, nesse contexto, este estudo pode acrescentar informações semelhantes à literatura nacional e internacional onde não há consenso quanto ao tratamento ideal dessa doença com importante potencial de recorrência.

### **Intervalo entre suspeita de neoplasia de mama e o início da terapia nas pacientes atendidas no Espírito Santo**

*Autores / Instituição*

*Tatiany Lopes Lessa<sup>1</sup>; Aurenivea Cuerci Cazzotto Fassbender<sup>2</sup>; Carolina Loyola Prest Ferrugini<sup>3</sup>; Renata Scarpata Careta<sup>3</sup>; Watson Viana Vieira<sup>3</sup>; Janine Martins Machado<sup>3</sup>.*

*1. Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, Vitória - ES - Brasil; 2. Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Vitória - ES - Brasil; 3. Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Vitória - ES - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais incidente em mulheres. Melhorias no tratamento e detecção precoce promoveram redução nas taxas de mortalidade. Vários fatores podem atrasar a terapia específica e, conseqüentemente, aumentar os casos de diagnóstico em estágios avançados. No Brasil, paciente com câncer tem direito de iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde em até sessenta dias após diagnóstico patológico. Porém essa nem sempre é a realidade.

**MÉTODOS:** Coorte transversal com objetivo de avaliar o intervalo entre o primeiro sintoma ou exame constando anormalidade suspeita e o primeiro tratamento para neoplasia de mama em pacientes acompanhadas pelo serviço de Mastologia. Incluídas pacientes operadas por neoplasia de mama entre janeiro de 2015 e fevereiro de 2017. Dados obtidos através da análise dos prontuários médicos e banco de dados. Análise estatística realizada por programa SPSS 22.0 e relações estabelecidas com teste Qui-quadrado.

**RESULTADOS:** Das 146 pacientes incluídas no estudo, a mediana de idade foi de 55 anos e 82,9% não tinha história familiar para neoplasia de mama. A maioria cursou o ensino fundamental (39,04%) ou o ensino médio (26,71%). A suspeita por autoexame foi maior nas pacientes mais jovens, enquanto que nas acima de 50 anos o método utilizado foi o exame de rastreamento. Os tipos histológicos mais frequentes foram carcinoma mamário invasor (71,9%) e carcinoma lobular invasor (11%). A maioria apresentava receptores hormonais positivos



(80,8%), HER 2 negativo (69,2%) e KI67 >14% (71,2%). Entre a suspeita clínica e o tratamento houve progressão de doença em 9,6% das pacientes com crescimento tumoral entre 2 e 4cm; em 6,2% com crescimento > 4cm; em 6,2% acometimento de pele; em 21,2% acometimento axilar e em 6,1% metástases. O intervalo mediano entre suspeita e consulta com mastologista foi de 4 meses e o tempo entre a suspeita e o tratamento inicial foi de 6 meses (0 a 83). Foram fatores significativos para progressão de doença: o primeiro sintoma para maior T (p=0,000) e N (p= 0,037) e a escolaridade nos casos de metástase a distância (p=0,041). Local de moradia distante do centro de tratamento para N (p=0,001) e metástase (p=0,001). Terapia inicial mais utilizada foi cirurgia conservadora (43%) e quimioterapia neoadjuvante (23%).

**CONCLUSÃO:** Escolaridade e moradia distante do local de tratamento foram determinantes no diagnóstico com estadiamento elevado, bem como presença de metástases. O intervalo entre suspeita e tratamento teve como principal responsável pelo atraso uma lacuna entre sintoma e atendimento pelo mastologista.

## **Apresentação atípica de carcinoma mucinoso. Correlação imagem e patologia**

*Autores / Instituição*

*Tatiany Lopes Lessa<sup>1</sup>; Watson Viana Vieira<sup>2</sup>; Janine Martins Machado<sup>2</sup>; Elias Barcelos de Souza<sup>2</sup>; Carolina Loyola Prest Ferrugini<sup>1</sup>; Renata Scarpat Careta<sup>2</sup>.*

**1. Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Vitoria - ES - Brasil; 2. Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Vitória - ES - Brasil.**

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama é o tumor maligno mais incidente na população feminina. O carcinoma mucinoso (CM) é um subtipo incomum de carcinoma ductal invasivo que corresponde de 1% a 7% do total de neoplasias da mama. Ocorre em larga faixa etária e tem maior incidência em mulheres com idade mais avançada. Sua apresentação mamográfica comum é um nódulo de margens definidas ou lobuladas, podendo similar alterações benignas ou assimetria focal. A ultrassonografia (USG) apresenta maior sensibilidade que a mamografia e frequentemente evidencia nódulos ovoides ou microlobulados, com fenômeno acústico posterior e densidade hipoecóica ou isoecóica. Histologicamente apresenta arranjos de células tumorais envoltos em mucina extracelular comumente associado a carcinoma ductal *in situ* periférico.

**MÉTODOS:** Relato de caso. GSNX, 42 anos, portadora de doença renal crônica dialítica, realizou mamografia de rastreamento que evidenciou microcalcificações irregulares de segmento mamário em quadrante superior lateral de mama esquerda – BI RADS 4. Ao exame físico, apresentava mamas de pequeno volume, sem alterações palpáveis, axilas e fossas supra claviculares sem achados. A USG complementar não identificou lesões suspeitas. Indicado a realização de biópsia estereotáxica das microcalcificações.

**RESULTADOS:** Evidenciou tratar-se de carcinoma mucinoso grau histológico 1. Submetida a mastectomia com margens livres e pesquisa de linfonodo sentinela negativo. Estadiamento pT3pN0M0.

**CONCLUSÃO:** Trata-se de uma rara apresentação de carcinoma mucinoso extenso sem expressão ultrassonográfica e identificado a partir de microcalcificações mamográficas suspeitas.

### **Que lesão é essa? Pioderma Gangrenoso na mama**

*Autores / Instituição*

*Andressa Gonçalves Amorim; Marcellus N M Ramos; Felipe Andreotta Cavagna; Jorge Yoshinori Shida; Luiz Henrique Gebrim. Hospital Pérola Byington, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O pioderma gangrenoso (PG) é um distúrbio cutâneo inflamatório e ulcerativo caracterizado histopatologicamente pela presença de neutrófilos na pele. Pode se desenvolver espontaneamente associado ao trauma cirúrgico ou a doenças sistêmicas e neoplásicas. A apresentação clínica é variável, essencialmente se caracterizando por lesões cutâneas ulceradas e dolorosas, com margens irregulares, inflamatórias e elevadas, de cor vermelha escura ou purpúrica, e com uma base necrótica, com pequenos abscessos, múltiplas ou solitárias.

**MÉTODOS:** Revisão do prontuário, entrevista com a paciente, registro fotográfico e revisão da literatura.

**RESULTADOS:** Relata-se o caso de paciente que teve pioderma gangrenoso espontâneo, apresentando lesões em mama direita com preservação do complexo aréolo-papilar, axila esquerda, pálpebra esquerda e mento. Respondeu ao corticosteroide sistêmico.

**CONCLUSÕES:** O PG é uma lesão de causa desconhecida, com apresentação clínica variável, sendo necessário a realização de diagnóstico diferencial com diversas patologias. Seu tratamento é realizado com corticoide sistêmico.

### **Avaliação do perfil das pacientes que realizaram biópsia a vácuo assistida guiada por estereotaxia no Hospital Pérola Byington**

*Autores / Instituição*

*Andressa Gonçalves Amorim; Marcellus N M Ramos; Andre Mattar; Jorge Yoshinori Shida; Luiz Henrique Gebrim. Hospital Pérola Byington, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A taxa de mortalidade por câncer de mama diminuiu 31% no últimos anos devido a vários fatores. Principalmente pela contribuição dos programas de rastreamento e detecção precoce, que se apoiam na tríade constituída pelo auto-exame, exame clínico das mamas e mamografia. As lesões classificadas pelo *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS) como categorias 4 e 5 - nódulo sólido, microcalcificações, densidades assimétricas e distorção arquitetural - possuem necessidade de investigação. Sendo métodos de biópsia: percutânea por agulha grossa, cirúrgica exci-



sional e percutânea vácuo assistida guiada por ultrassonografia, estereotaxia ou ressonância magnética, proporcionando informações adequadas para a melhor decisão terapêutica. Na biópsia por aspiração a vácuo (VAB) guiada por estereotaxia a paciente pode estar em posição pronada, supina ou em decúbito, com a mama comprimida de acordo com a localização da lesão. A agulha constituída de uma cânula com duplo lúmen que permite a obtenção de material tecidual. No caso de microcalcificações e lesões pequenas, a VAB é menos invasiva, com menor taxa de subestimação e maior acurácia em comparação com a biópsia percutânea por agulha grossa. Além de possibilitar a marcação do local com clipe metálico.

**MÉTODOS:** Retrospectivo de 1407 casos de biópsias vácuo assistida guiada por estereotaxia, entre julho de 2012 e julho de 2017 no Hospital Pérola Byington (CRSM).

**RESULTADOS:** A principal indicação para VAB foram microcalcificações. As pacientes com idade menor ou igual a 50 anos foram representadas nessa amostra por 504 (35%) e apresentaram no exame de anatomopatológico os respectivos resultados: lesões benignas em 355 (70%), lesões precursoras em 21 (4%), carcinoma ductal in situ em 100 (20%) e carcinoma mamário em 28 (6%). Comparando com as pacientes acima de 50 anos representadas por 903 (65%) que apresentaram as seguintes características: lesões benignas em 601 (66%), lesões precursoras em 19 (2%), carcinoma ductal in situ em 216 (24%) e carcinoma mamário em 67 (8%).

**CONCLUSÕES:** A VAB deve ser utilizada para o diagnóstico de lesões suspeitas, já que permite amostras teciduais relevantes obtendo um alto valor preditivo tanto em lesões benignas como malignas.

## **Câncer de mama em jovem contribui para a indicação da mastectomia pelo cirurgião?**

*Autores / Instituição*

*Marcellus N M Ramos; Andressa Gonçalves Amorim; Ana Luiza Antunes Faria; Jorge Yoshinori Shida; Luiz Henrique Gebrim.*

*Hospital Pérola Byington, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres no Mundo depois da pele não melanoma e corresponde à 28% dos casos novos por ano no Brasil. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. Estatísticas indicam aumento da incidência em países subdesenvolvidos. O trabalho tem por objetivo analisar as características tumorais, padrão histológico e imuno-histoquímico (IHQ), da população de São Paulo atendida no Hospital Pérola Byington (CRSM), correlacionando-as com o tipo de tratamento cirúrgico empregado. Sendo assim, este estudo visa comparar a indicação cirúrgica entre as pacientes jovens com menos de 40 anos e as demais.

**MÉTODOS:** Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, baseado no banco de dados cirúrgicos do Hospital Pérola Byington (CRSM) do período 2011 a 2016, N=2173.

**RESULTADOS:** O tamanho médio do tumor nas pacientes com idade menor a 40 anos foi de 3.66 cm (DP  $\pm$  2,08 cm) e nas pacientes com idade maior ou igual a este foi de 3.08 cm (DP  $\pm$  2,00 cm). Nas pacientes com menos de 40 anos o tipo de cirurgia realizada predominantemente foi a mastectomia, em 60% da amostra, em contrapartida com 45% das pacientes com idade maior ou igual a 40 anos. A IHQ mais observada nas pacientes foi o luminal B em 36,02% e luminal A 42,84%, respectivamente, no grupo idade menor que 40 anos e maior ou igual a 40. Na análise da cirurgia realizada em relação a classificação IHQ, a mastectomia prevaleceu como tratamento em quase todas as classificações, exceto no Luminal A, onde prevaleceu a cirurgia conservadora.

**CONCLUSÕES:** As pacientes jovens acabam tendo uma proporção maior de cirurgia radical, mastectomia, apesar de ter, praticamente, a mesma média de tamanho tumoral.

### **Perfil das pacientes jovens com câncer de mama no Hospital Pérola Byington**

*Autores / Instituição*

*Marcellus N M Ramos; Andressa Gonçalves Amorim; Ana Luiza Antunes Faria; Jorge Yoshinori Shida; Luiz Henrique Gebrim.  
Hospital Pérola Byington, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** As mulheres jovens com câncer de mama representam cerca de 15% na América Latina e outras regiões subdesenvolvidas.

O que costuma ser mais agressivo e com pior prognóstico em relação as mulheres na pós-menopausa? Neste estudo objetivou-se analisar o perfil da imuno-histoquímica (IHQ) das mulheres com 40 anos de idade ou menos, atendidas no Hospital Pérola Byington (CRSM), São Paulo.

**MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, analítico, com base no banco de dados cirúrgicos da Unidade entre os anos 2011 e 2016, N=210.

**RESULTADOS:** Em uma amostra de 210 casos, o perfil IHQ mais prevalente foi luminal B, 36,02% do total da amostra, acompanhado de luminal A 27,49%, luminal híbrido 18,96%, triplo negativo 12,32% e HER 2 superexpresso 5,21%; em ordem decrescente, sendo a mastectomia o tratamento cirúrgico mais empregado, 60% das vezes, e um tamanho tumoral médio de 3,66 cm, no anátomo-patológico.

**CONCLUSÕES:** Em virtude dos dados apresentados, pode-se concluir que os tumores luminais puros são os mais prevalentes nessa faixa etária, aparecendo em 63,51% dos casos.

### **Precisão diagnóstica e reprodutibilidade de marcadores ultrassonográficos na diferenciação de massas mamárias benignas e malignas**

*Autores / Instituição*

*Guilherme Luna Martinez<sup>1</sup>; Licerio Miguel<sup>1</sup>; Wellington Martins Paula<sup>2</sup>.*

*1. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Fmrp Usp,*

**Ribeirão Preto - SP - Brasil; 2. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Fmrp Usp, Ribeirão Preto - SP - Brasil.**

**INTRODUÇÃO:** A ultrassonografia (US) pode ser utilizada para avaliar o risco de malignidade de nódulos mamários, entretanto a sua especificidade não é muito alta e a utilização de algumas tecnologias como o *Power Doppler 3D (PD-3D)* parece melhorar a precisão diagnóstica, apesar de evidências atuais serem insuficientes para sugerir a utilização do método na prática clínica. Além disso, não há na literatura médica dados sobre a reprodutibilidade desta quantificação.

**MÉTODOS:** O presente estudo estimou a precisão diagnóstica e a reprodutibilidade dos seguintes métodos na avaliação de massas mamárias: US-2D com e sem harmônica; Velocidade máxima, índice de resistência (IR), índice de pulsatilidade (IP) por ultrassonografia espectral de vasos dentro dos nódulos; quantificação do sinal Doppler 3D pelos índices de vascularização (VI), índice de fluxo (FI), índice de vascularização-fluxo (VFI) da massa e do tecido mamários circundante (Shell) de 5mm, quantificação de sinal Doppler pelos índices VI, FI, VFI de uma amostra esférica de 1cm<sup>3</sup> da região considerada subjetivamente como sendo a mais vascularizada do tumor, vPI (bloco STIC) baseado no VFI da amostra de 1cm<sup>3</sup> considerada como a mais vascularizada do tumor. Pacientes com nódulos de mama, no período de agosto de 2015 a julho de 2016 foram submetidas a avaliação ultrassonográfica por dois observadores e depois submetidas a biópsia cirúrgica ou por

agulha grossa para análise histológica em um prazo < 15 dias. As pacientes foram submetidas a US 2D, índices Doppler 3D (Blocos 3D) com 2 blocos de cada paciente, e vPI (blocos STIC) com 2 blocos de cada paciente.

**RESULTADOS:** 32 pacientes foram submetidas ao exame de ultrassonografia, porém 3 foram excluídas pela indisponibilidade do resultado histológico. Desta forma, dados referentes a 29 mulheres foram incluídos na análise (10 malignas e 19 benignas). Comparando o grupo benigno com o maligno, apenas a variável idade apresentou diferença estatística ( $p = 0,02$ ). Na análise da precisão diagnóstica somente a variável "idade" atingiu a área sob a curva ROC > 0,7 (AUROC = 0,76). Com relação a reprodutibilidade apenas diâmetro máximo com US convencional, volume com US convencional, diâmetro máximo com US convencional usando harmônica e volume tiveram uma reprodutibilidade satisfatória (coeficiente de correlação de concordância  $\geq 0,85$ ).

**CONCLUSÃO:** As variáveis ultrassonográficas analisadas não tiveram boa precisão diagnóstica, na diferenciação de nódulos benignos e malignos e não apresentaram reprodutibilidade satisfatória para serem empregados na prática clínica.

## **Síndrome de Munchausen na mama. Relato de caso**

**Autores / Instituição**

**Francine Coutinho Maia de Castro<sup>1</sup>; João Nazareno da Silva Ethur<sup>1</sup>; Renan Luiz Tomiazzi<sup>1</sup>; Rodrigo Campos de Castro<sup>1</sup>; Diogo Campos de Castro<sup>2</sup>.**

**1. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS - Brasil; 2. Universidade Luterana do Brasil, Porto Alegre - RS - Brasil.**

Síndrome de Muchausen é um transtorno factício no qual o paciente mimetiza sinais e sintomas de uma doença aguda que requer internações prolongadas, diversos exames e tratamentos, além de procedimentos invasivos. Normalmente estes pacientes tem algum contato com a área da saúde, história de abuso infantil, negligência familiar e abandono em instituições. Descreve-se o caso de uma paciente de 43 anos, branca, doméstica, mora com o esposo e dois filhos, mamografia e ultrassonografia mamária recentes sem alterações. Vem encaminhada ao Hospital Universitário de Santa Maria devido a lesões inicialmente vesiculares, com progressão a placas eritematosas e dolorosas em ambas as mamas, com descarga papilar mucosanguinolenta e febre. Refere que o primeiro sintoma foi de descarga papilar mucóide à esquerda aos 17 anos, quando estava amamentando o primeiro filho, aos 3 anos de casamento. Desde então apresentou recorrência das lesões com remissão máxima de 1 mês. Já realizou 2 biópsias da mama esquerda e 3 da direita, além de ressecção dos ductos terminais da mama esquerda, sem conclusão diagnóstica. Foram investigados fatores para doenças reumatológicas, sorologias e doenças infecciosas como tuberculose, sem alterações nos exames. Nesse período fez uso de corticoide tópico e sistêmico, antifúngicos e antibióticos. À primeira consulta em nosso ambulatório, foram levantadas as hipóteses diagnósticas da doença de Paget e abscesso subareolar recidivante, sendo realiza-

da biópsia excisional da mama esquerda, sem evidência de alteração patológica. A paciente foi encaminhada à equipe de dermatologia para avaliação, sendo levantadas as hipóteses de hidradenite e pioderma gangrenoso. Foram realizados diversos esquemas antibióticos e após remissão da infecção, conforme discussão multidisciplinar, foi realizada mastectomia bilateral com colocação de implante de silicone, com finalidade terapêutica e diagnóstica, porém, o anátomo-patológico das peças cirúrgicas foi inconclusivo. Dois meses após a cirurgia, a paciente apresentou recidiva das lesões, sendo prescrito antibiótico e reencaminhada à dermatologia. Tendo em vista a ausência de glândula mamária, suspeitou-se de Síndrome de Muchausen, sendo solicitado parecer psiquiátrico. Em avaliação psiquiátrica, a paciente refere que gostaria de retirar as próteses, refuta a hipótese de auto-mutilação antes mesmo da questão ser abordada e chora ao falar da infância relatando que a mãe a segurava enquanto ela era sexualmente abusada aos 6 anos pelo patrão da mãe de 70 anos. Relata ainda que cresceu em uma instituição, pois a mãe sofria de esquizofrenia, apenas saindo da mesma para se casar com o atual esposo 30 anos mais velho que no período era alcoólatra e violento com ela. Foi prescrito citalopram e quetiapina, sob hipótese de transtorno somatoforme e mantido curativo oclusivo para que não houvesse manipulação da área, porém, o curativo muitas vezes mostrava-se desfeito, segundo a paciente devido a pressão da água do chuveiro. Meses depois, a paciente retornou ao ambulatório apresentando lesões com exposição dos implantes, sendo que a prótese da direita estava rota.

De acordo com a paciente, devido a uma queda da própria altura em casa. Nesse mesmo dia a paciente foi submetida à cirurgia para retirada das próteses. Conforme relato da paciente, ela não se olha nua e evita relações sexuais, referindo inclusive que sentiu-se aliviada ao retirar os implantes, pois não gostava de se sentir desejada e de ser procurada pelo esposo. Rejeição aos seios. O parecer psiquiátrico concluiu que a paciente apresenta alterações de humor como anedonia, avolia, tristeza e preocupações exageradas por um período crônico, quadro compatível com transtorno depressivo. Não há, até o momento, uma confirmação que as lesões sejam auto-infligidas. Entretanto, há evidências subjetivas coletadas pela equipe assistencial que sugerem a possibilidade de realmente se tratar de um caso de transtorno factício (Síndrome de Munchausen). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o Transtorno Factício caracteriza-se por falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, associada a fraude identificada, onde o indivíduo se apresenta a outros como doente, incapacitado ou lesionado, possuindo comportamento fraudulento que é evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias. Assim, sugere-se que a paciente permaneça em acompanhamento psiquiátrico para que se possa seguir com a avaliação e estabelecer o vínculo necessário para tal abordagem.

## **Avaliação descritiva de perda de densidade mineral óssea em pacientes com câncer de mama em uso de Anastrozol como terapia endócrina adjuvante no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE - FMO)**

*Autores / Instituição*

*Natalia Daniela Kovalinski Vieira<sup>1</sup>; Marcelo Antonini<sup>2</sup>; Raisa da Silva Santos Sant` Anna<sup>3</sup>.  
1. Hospital do Servidor Publico Estadual, Sao Paulo - SP - Brasil; 2. Hospital Servidor Publico Estdual, Sao Paulo - SP - Brasil; 3. Hospital do Servidor Público Estadual, Sao Paulo - SP - Brasil.*

**OBJETIVO:** Avaliar a perda de densidade mineral óssea (DMO) em mulheres no período pós-menopausa em uso de inibidores da aromatase na adjuvância do câncer de mama.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo coorte, prospectivo, realizado no setor de mastologia do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE). A população foi constituída por pacientes com câncer de mama receptor hormonal positivo (RH+). Foi analisado o desvio padrão médio para o adulto jovem (T-score) de todas antes e um ano após o início do uso do IA. Os exames sanguíneos para medir valor sério de cálcio, cálcio iônico, vitamina D e paratormônio (PTH) foram realizados no laboratório do HSPE. Após aprovação do projeto pelo comitê de ética, foi realizado levantamento de dados de 46 pacientes e após aplicados os critérios de exclusão, restaram 40 pacientes cujos dados foram analisados estatisticamente.

**RESULTADOS:** Nenhuma paciente apresentou alterações nas dosagens de cálcio, cálcio iônico e PTH, no entanto, 62,5% (n=25) apresentaram insuficiência de vitamina D. No momento anterior ao uso de anastrozol, vinte e oito pacientes (70%) apresentavam exame normal, nove (22,5%) apresentavam osteopenia e três (7,5%) osteoporose. Após doze meses de tratamento, vinte e três mulheres (57,5%) apresentavam exame normal, treze (32,5%) apresentavam osteopenia e quatro (10,0%) osteoporose. Nenhuma paciente com DO normal evoluiu para osteoporose. Observou-se que a média de perda foi significativa para o fêmur e o colo do fêmur. A coluna lombar teve uma perda esperada para a idade.

**CONCLUSÃO:** Foi possível mostrar perda óssea em mulheres pós-menopausa no seguimento de ano que pode estar relacionada com o uso de anastrozol.

### **Metástase visceral e em Sistema Nervoso Central em pacientes com câncer de mama metastático do subtipo HER2 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE - FMO)**

*Autores / Instituição*

*Natalia Daniela Kovalinski Vieira<sup>1</sup>; Marcelo Antonini<sup>2</sup>; Raisal da Silva Santos Sant` Anna<sup>3</sup>.  
1. Hospital do Servidor Publico Estadual, Sao Paulo - SP - Brasil; 2. Hospital Servidor Publico Estdual, Sao Paulo - SP - Brasil; 3. Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo - SP - Brasil.*

**OBJETIVO:** O objetivo desse estudo foi avaliar prevalência de metástase visceral e em Sistema Nervoso Central em pacientes com câncer de mama metastático com superexpressão de HER2 no Hospital do Servidor Público Estadual.

**MÉTODOS:** Trata-se de um estudo clínico analítico não intervencionista, retrospectivo, do tipo série de casos realizado no setor de mastologia do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE). A população do estudo foi constituída por pacientes com câncer de mama metastático de qualquer subtipo molecular e histológico. O levantamento de dados com 139 paciente, com análise de 131, através de prontuários e do setor de patologia, no período de 2009 a 2014. A análise estatística foi feita através do programa SPSS 22 e teste do qui-quadrado para comparar os dados clínicos. A comparação dos dados através de curva de análise de sobrevivência Kaplan-Meier e o teste de Log Rank avaliou a significância estatística.

**RESULTADOS:** A porcentagem de pacientes HER2 com metástase viscerais foi de 60,9% (N=14) enquanto nos outros subtipos foi de 52,5% (p= 0,283). A ocorrência de metástase no SNC em pacientes HER2 foi de 39,1% (N=9) enquanto nos outros subtipos foi de 18,8% (p = 0,00454). O tempo médio para aparecimento de metástase em SNC nas pacientes HER2 111,807, menos da metade do tempo médio dos demais subtipos moleculares, 249,565 meses (p= 0,006).

**CONCLUSÕES:** Pacientes com superexpressão de HER2 tiveram mais associação com



presença de metástase em SNC, bem como, menor tempo de progressão para esta metástase. Na amostra do presente não foi possível correlacionar pacientes HER2 com presença de metástase visceral assim como não houve associação entre menor tempo de progressão para esta metástase, apesar da literatura mostrar o contrário. Não foi possível mostrar menor tempo de sobrevida livre de doença metastática nas pacientes HER2 em comparação com os demais subtipos moleculares, mesmo que a literatura mostre o contrário.

### **Síndrome de Mondor como complicação após biópsia de mama por agulha grossa: Relato de Caso**

*Autores / Instituição*

*Larissa Bragatto Picoli; Jessica Trafani Guerra; Fabio Bagnoli; Vilmar Marques de Oliveira; José Francisco Rinaldi.*

*Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A síndrome de Mondor foi primeiramente descrita por Faage em 1869 como um tipo de escleroderma - uma doença crônica de pele. Contudo, só em 1939 foi reconhecida como uma doença específica pelo cirurgião francês, Henri Mondor. Desde então, passou a ser conhecida por seu nome. (1) A síndrome de Mondor é uma tromboflebite das veias superficiais da mama, como a tóraco-epigástrica e/ou suas tributárias, além de comprometimento do sistema linfático (2). Outros sítios que podem ser acometidos, mas com menor incidência, são os pênis, os membros superiores, o abdome e a

região inguinal. (3) Nós descrevemos um caso de síndrome de Mondor como complicação após uma biópsia de mama por agulha grossa guiada por ultrassonografia.

**RELATO DE CASO:** Relato de caso de paciente JMS, 29anos, atendida no ambulatório de Mastologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo após ter sido submetida à biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia em outro serviço devido a um nódulo em quadrante superolateral de mama esquerda, sólido hipoecogênico, medindo 1,7 x 0,7cm, paredes regulares e margens pouco definidas (Ultrassonografia 17/07/2017: Birads 3). Resultado anatomopatológico: Hiperplasia Pseudoangiomatosa do Estroma. Paciente evoluiu 3 dias após procedimento com dor severa em região lateral da mama esquerda. Ao exame físico, apresentava retração da pele lateralmente ao realizar elevação do membro superior ipsilateral e um cordão endurecido venoso palpável com extensão até região tóraco-abdominal (topografia da veia tóraco-epigástrica em mama esquerda), sem sinais flogísticos. Não foi reportado história de febre, comorbidades, alterações de coagulação, outros traumas na mama ou atividade física intensa.

**DISCUSSÃO:** As tromboflebitides superficiais (TS), também chamadas de tromboes venosas superficiais, são condições patológicas em que há trombos na luz de uma veia superficial acompanhada por reação inflamatória de sua parede e de tecidos ao redor. É uma doença benigna, rara e autolimitada. Muitas vezes é uma patologia tida como subdiagnóstico. Acomete três vezes mais o sexo feminino do que

o masculino e normalmente ocorre entre 30 e 60 anos. As principais etiologias da doença de Mondor são idiopática, paraneoplásica (câncer de mama), trauma, cirurgias, biópsias com agulhas grossas, vestuário inadequado, processos inflamatórios, hepatite C, uso de anticoncepcionais orais, deficiência de proteína C e presença de anticorpos anticardiolipina. A maioria dos casos têm remissão espontânea. (4) O tratamento da Síndrome de Mondor é conservador e sintomático. Calor local, repouso e analgésicos ajudam a diminuir a dor e o cordão fibroso formado em decorrência do processo tromboflebítico. (5) Alguns autores sugerem o uso de anti-inflamatórios não-esteroidais e prescrevem o uso de anticoagulantes orais. (6) Não há dúvidas sobre sua benignidade e autolimitação, com o quadro resolvendo-se entre 2 e 8 semanas.

**CONCLUSÃO:** Diante da apresentação do caso, nota-se a importância da identificação da síndrome pelos mastologistas, ginecologistas, clínicos e radiologistas, inclusive como uma complicação após biópsia de mama para adequada orientação e correto tratamento. Por mais rara que seja essa ocorrência a conduta certa é imprescindível para condução do caso.

**REFERÊNCIAS:** Kibil W, Hodorowicz-Zaniewska D, Kulig J. Mondor's disease in a patient after a mammoth biopsy. *Przeres dos Santos JM. Doença de Mondor em cirurgia estética de mama. RBCP Vol. 29 n° 2 - Abr/Mai/Jun de 2014 Fietta P, Manganelli P. Mondor's diseases. Spectrum of the clinical and pathological features. Minerva Med. 2002;93:453-6. [PubMed]*

Santos JA, Santos KG, Nazário AC. Doença de Mondor. *R Bras Mastol. 2008;18(4):179-81.*

Copetti JM, Copetti FV, Nunes AG. Doença de Mondor associada à cirurgia de ginecomastia e do mamilo. *RBCP Vol. 27 n° 4 - Out/Nov/Dez de 2012 Botas P, Pimenta J, Santos PG, Santiago LM, Tratamento médico da tromboflebite superficial do membro inferior: heparina ou anti-inflamatórios?. Rev Port Med Geral Fam 2012;28:351-6*

### **Sarcoma de mama com diferenciação parcial de musculo liso: desafio diagnóstico. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Tatiany Lopes Lessa1; Aline Garcia Forattini1; Watson Viana Vieira1; Renata Scarpat Careta1; Janine Martins Machado1; Andre Hideo Motoki2.*

*1. Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitoria - ES - Brasil; 2. Hospital Evangélico de Vila Velha, Vila Velha - ES - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Os sarcomas mamários são raros. Possuem uma incidência anual de 4,6 casos para 1 milhão de mulheres. Podem aparecer como formas primárias, ou secundárias à radio-terapia, ou a linfedemas crônicos. A incidência de sarcomas primários da mama correspondem a menos de 5% de todos os sarcomas de partes moles e menos e 1% das neoplasias malignas da mama. Eles não possuem fatores de riscos bem definidos e podem estar associados a algumas síndromes genéticas, como de Li-Fraumeni e



neurofibromatose do tipo 1. São mais comuns entre a 5ª e a 6ª década de vida e possuem subtipos distintos. Geralmente apresentam-se como massa unilateral, de grande volume, móvel e indolor que, usualmente, cresce mais rápido do que os carcinomas de origem epitelial.

**MÉTODO:** Relato de caso. TFC, 38 anos, nuligesta, deu entrada no serviço de Mastologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), com queixa de tumoração de crescimento progressivo da mama direita há quatro meses. Paciente hígida, sem comorbidades, negou radioterapia prévia e antecedentes familiares de neoplasias. O exame físico demonstrou uma massa lobulada com margens bem definidas, fibroelástica e móvel, ocupando todo o quadrante lateral e região retroareolar da mama direita medindo aproximadamente 10 cm no maior diâmetro. Linfonodos axilares, supraclaviculares e cervicais sem alterações. Realizado ultrassonografia que evidenciou massa heterogênea, lobulada, de 9,9cm em porção lateral de mama direita, mama esquerda ecograficamente normal (BIRADS 4B). Optado então pela realização de biópsia por agulha grossa da massa mamária apresentando resultado compatível com neoplasia fusocelular de origem não determinada, sugerindo possibilidade de tumor filoides maligno, sarcoma primário ou metastático para mama. Mamografia pós biópsia evidenciou 2 nódulos em mama direita; um em união de quadrantes laterais de 11 cm, regular, bordas definidas e o segundo de 9,9 cm, irregular, com bordas definidas em região central da mama (BIRADS 6). A paciente foi submetida a mastectomia com rotação de retalho dermo-a-

diposo tóraco-abdominal para fechamento do leito cirúrgico.

**RESULTADO:** A análise histopatológica demonstrou tumoração multinodular e esponjosa, medindo 13,5 x 8 cm, sendo diagnosticado neoplasia maligna pleomórfica fusocelular e epitelióide. A análise imuno-histoquímica revelou expressão em subset de células para actina muscular lisa e proteína S-100 em raras células e revelou figuras de mitose incluindo formas atípicas, indicando sarcoma com diferenciação muscular lisa parcial. Não sendo possível descartar diagnóstico de Tumor Filoide Maligno ou Sarcoma metastático para mama. Paciente realizou exames de rastreamento metastático com tomografia de tórax e abdome/pelve, ambos sem alterações. Avaliação multidisciplinar definiu diagnóstico de sarcoma com diferenciação de músculo liso, sendo estabelecido radioterapia com tratamento adjuvante.

**CONCLUSÃO:** Tumores volumosos e de crescimento rápido de mama representam desafios diagnósticos e terapêuticos. O acesso restrito a exames de imagem sofisticados – ressonância magnética de mama – e avaliação histopatológica inconclusivas são também fatores que contribuem para o desafio. É justamente neste cenário que advém a importância da avaliação imuno-histoquímica e do médico mastologista experiente no tratamento cirúrgico de tumores mamários volumosos. O caso acima descrito chama atenção pela dificuldade em se definir um diagnóstico patológico, apesar de a paciente ter tido acesso a um centro de referência estadual no tratamento de doenças da mama. Fica

portanto claro o quão importante é a educação da população quanto ao diagnóstico precoce de alterações mamárias e o acesso rápido a serviços de atenção terciária da saúde.

### **Taxa de comprometimento de outros linfonodos axilares quando o linfonodo sentinela estiver acometido por macro ou micrometástase**

*Autores / Instituição*

*Adriana Akemi Yoshimura<sup>1</sup>; Alfredo Carlos S D de Barros<sup>1</sup>; Felipe Eduardo Martins Andrade<sup>1</sup>; Katia Pinceratto<sup>1</sup>; Cristiane Cba Nimir<sup>2</sup>; Sibelle Pedro<sup>1</sup>.*

*1. Hospital Sirio Libanês, Sao Paulo - SP - Brasil; 2. Mamacare, Sao Paulo - SP - Brasil.*

A necessidade da dissecação complementar de linfonodos (LNs) após biópsia de linfonodo sentinela (LS) positiva vem sendo questionada, em uma tentativa de se evitar um over-treatment. Neste contexto é importante se determinar se a extensão do acometimento linear do LS poderia trazer informação a respeito da chance de se encontrar mais LNs axilares comprometidos.

**MÉTODO:** Realizamos um estudo transversal em que todas as pacientes submetidas à cirurgia por carcinoma invasor (ductal e lobular) de mama e com biópsia de LS positiva e que realizaram dissecação axilar foram incluídas de forma consecutiva para análise. Estas pacientes foram operadas através do Programa de Responsabilidade Social do Hospital Sírio Libanês no período de maio de 2004 a julho de 2017.

Foram excluídas as pacientes submetidas a tratamento neoadjuvante e que apresentaram LS somente com células tumorais isoladas ou exclusivamente na cadeia torácica interna.

**RESULTADOS:** A micrometástase foi considerada até a extensão máxima de 2 mm e a macrometástase a partir deste patamar. Foram analisadas 289 pacientes. Os resultados observados são: 223 casos de macrometástase sendo que só LS comprometido em 87, mais 1 LN acometido em 52, mais 2 LNs acometidos em 22, mais 3 LNs acometidos em 10, mais 4 LNs acometidos em 5, de 5 a 10 LNs acometidos em 29 e mais que 10 LNs acometidos em 18 casos. 66 casos de micrometástase sendo que só LS comprometido em 56, mais 1 LN acometido em 3, mais 2 LNs acometidos em 1, mais 3 LNs acometidos em 2, mais 4 LNs acometidos em 1, de 5 a 10 LNs acometidos em 3 casos, não houve casos de mais de 10 LNs adicionais acometidos.

**CONCLUSÃO:** A extensão do acometimento do LS é um critério auxiliar para se determinar a chance de envolvimento de linfonodos axilares não-sentinelas.

### **O papel da quimioterapia neoadjuvante nos imunofenótipos mais comuns a neoplasia mamária**

*Autores / Instituição*

*Etiénne de Albuquerque Bastos; Fabio Francisco Oliveira Rodrigues; Lais Aya Inaba; Fristachi C; Silva M; Marques C. Icavc, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A quimioterapia neoadjuvante (QT NEO), também conhecida como primária, pré-operatória ou de indução, tem conquistado um papel promissor no tratamento do câncer de mama localmente avançado (CMLA). No estudo NSABP B-18, que avaliou 1500 mulheres, 13% das pacientes apresentaram resposta patológica completa (RPC). Nas pacientes com tumores agressivos como triplo negativo (TN) ou HER-2 positivo, a obtenção de RPC se correlaciona fortemente com melhora da sobrevida.

**OBJETIVOS:** Identificar as taxas RPC em pacientes pós QT NEO e correlacionar este achado com o imunofenótipo expressado pelos tumores.

**MÉTODOS:** Foi realizado um estudo longitudinal, do tipo descritivo, com análise das informações colhidas do banco de dados do ICAVC, no período de janeiro de 2007 a Dezembro de 2012.

**RESULTADOS:** Foram analisados 266 casos de CMLA sendo 55 (20%) submetidos a QT NEO com 8 (3%) apresentando RPC, das quais cinco (1,8%) eram TN. Além disso, 47 pacientes (15%) não alcançaram RPC, 8 (3%) eram portadoras de tumores HER-2 positivo, 26 (9,7%) luminais e 13 (4,8%) TN. Em mais de 70% dos casos o esquema utilizado foi a associação de antracíclico com taxanos, não sendo empregado na ocasião terapia anti HER-2.

**CONCLUSÃO:** Os resultados encontrados durante esta pesquisa demonstraram predominância de RPC em pacientes portadoras de CMLA tipo TN e baixa resposta A QT NEO nas

pacientes HER-2 superexpressas e luminais.

## **Impacto da preservação da fertilidade previamente ao tratamento para o câncer de mama**

*Autores / Instituição*

*Giuliano Marchetti Bedoschi<sup>1</sup>; Alexandre Likier Steinberg Lobel<sup>2</sup>.*

*1. Befert - Preservação da Fertilidade / Setor de Reprodução Humana - Fmusp Ribeirão Preto, São Paulo - SP - Brasil; 2. Befert - Preservação da Fertilidade / Centro de Reprodução Humana Governador Mario Covas Fmusp, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** No Brasil estimase uma incidência do câncer de mama de 56,2 casos para cada 100 mil habitantes. Por outro lado, o diagnóstico precoce e novos tratamentos resultam em sobrevida cerca de 85% em 5 anos. Frente ao grande número de mulheres em idade reprodutiva diagnosticadas com câncer de mama e as altas taxas de sobrevida, a preocupação com a qualidade de vida desta população é crescente. O tratamento quimioterápico adjuvante e/ou neo-adjuvante pode aumentar os riscos de insuficiência ovariana e infertilidade pelos efeitos danosos aos folículos ovarianos, assim como a endócrinoterapia com tamoxifeno que, quando indicada, pode comprometer ainda mais o futuro reprodutivo dessas mulheres. Estudos demonstram que a fertilidade é um componente crítico para a qualidade de vida de mulheres após a cura do câncer, e a sociedade americana de oncologia clínica recomenda que oncologistas questionem suas pacientes sobre

o interesse em fertilidade futura, e referenciem as pacientes interessadas para um especialista em reprodução humana o mais precocemente possível. Entretanto, a procura por serviços de preservação de fertilidade por pacientes oncológicos ainda é muito baixa. O objetivo deste estudo foi demonstrar uma série de casos de preservação da fertilidade (PF) em pacientes com câncer de mama, e baseado em questionário relatar a importância que o procedimento representou na vida das pacientes e em seu tratamento para o câncer.

**MÉTODOS:** Este é um estudo transversal de uma série de 15 casos de mulheres com câncer de mama que preservaram a fertilidade previamente ao tratamento oncológico no período de 2013 a 2017. Dados foram obtidos a partir das fichas clínicas das pacientes, e as mesmas foram contatadas por telefone e um questionário elaborado pelos pesquisadores contendo 10 perguntas foi aplicado em setembro de 2017. Dez mulheres responderam ao questionário e 5 mulheres não obtivemos sucesso no contato telefônico.

**RESULTADOS:** Mulheres tinham de 24 a 41 anos (média  $35,7 \pm 4,3$ ), a maioria (87,0%) era da raça branca, e 53,3% casadas. Quanto ao histórico, 50% apresentavam histórico familiar de câncer, duas relataram infertilidade anterior ao diagnóstico do câncer de mama. Todas as mulheres foram submetidas a cirurgia para excisão do tumor, cinco realizaram quimioterapia e radioterapia, nove realizaram apenas quimioterapia e uma apenas radioterapia. Noventa por cento das mulheres usou ou ainda está

em uso de tamoxifeno. Quanto a PF, 11/15 (73,3%) mulheres realizaram criopreservação de óvulos e 4/15 (23,7%) criopreservaram embriões. O número médio de óvulos e embriões criopreservados foi de  $12,7 \pm 15,2$  e  $4,6 \pm 2,7$ , respectivamente. Com relação ao questionário respondido por nove mulheres, 6/10 (60%) das mulheres foram encaminhadas pelo oncologista/mastologista para serviço de reprodução humana para PF, e 4/10 (40%) tiveram indicação de amigos ou familiares. Nenhuma paciente tinha filhos quando recebeu o diagnóstico do câncer de mama e 4/10 declararam ter desejo de ter filhos naquele momento, as outras manifestavam o desejo de ter filhos mas consideravam esta possibilidade para o futuro. No momento da aplicação do questionário apenas 3/10 pacientes mantinham a resposta de “ainda não ser o momento para ter filhos”, 2/10 estavam pensando em realizar tratamento para engravidar, 3/10 relataram que esperariam mais dois anos para tentar ter um filho e 2 já haviam realizado tratamento de fertilização in vitro com o material preservado com sucesso (uma gestação em andamento e um nascimento). Quando questionadas se a preservação da fertilidade contribuiu de alguma forma para o tratamento oncológico, todas responderam que sim e relataram que poderiam “fazer planos para o futuro”, que trouxe “esperança” e que as deixaram mais “seguras e tranquilas”.

**CONCLUSÕES:** Baseado em nosso estudo podemos sugerir que a preservação da fertilidade é um procedimento que traz tranquilidade e esperança às pacientes com câncer de mama, e pode contribuir significativamente para melhor qualidade de

vida. O pequeno número de pacientes incluídas neste estudo, reflete a baixa procura deste tipo de tratamento pelas mulheres com câncer, sugerindo a necessidade de campanhas informativas e incentivo para que a preservação da fertilidade seja possível para um maior número de mulheres.

## **Reconstrução mamária imediata pós adenomastectomia com prótese de silicone de poliuretano no plano subcutâneo em paciente grávida. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Julio Cesar Egger; Ailton Joioso; Isis Fernandes de Macedo; João Ricardo Auler Paloschi; José Roberto Fígaro Caldeira.*

*Hospital Amaral Carvalho, Jaú - SP - Brasil.*

Paciente RAR, 30 anos, casada GPOAO; grávida de 8 semanas e 4 dias pela ultrassonografia. Apresenta historia familiar da irmã com câncer de mama (40 anos) na gravidez. Diagnosticada com carcinoma ductal invasivo, Grau II em mama esquerda (junção dos quadrantes inferiores e quadrante inferior medial da mama esquerda), com imunoistoquímico mostrando receptores hormonais positivos e HER 2 negativo. Estadiamento T1c NOMO I. Pela mamografia apresentava uma área extensa de microcalcificação em todos os quadrantes inferiores, biópsia comprova diagnóstico de carcinoma ductal invasivo pós Core-biopsy. Submetida à adenomastectomia à esquerda com biópsia do linfonodo sentinela e reconstrução imediata com prótese de silicone de poliuretano no plano subcutâneo.

**RESULTADO:** O anatomopatológico confirmou carcinoma ductal invasivo, Grau II, linfonodo sentinela 0/3, Estadio I. No pós-operatório imediato apresentou boa evolução, mas com epidermólise do mamilo esquerdo, que evoluiu com total recuperação. Obteve bom resultado estético com a prótese de poliuretano subcutânea, com leve percepção do contorno do pólo superior da prótese ao toque. Teve parto cesariano 150 dias após cirurgia. Sem intercorrências; amamentando normalmente do lado contralateral. Fará adjuvância apenas com hormonioterapia.

**CONCLUSÃO:** O uso da prótese do poliuretano no plano subcutâneo é factível com bom resultado estético. Os resultados a médio e longo prazo não devem discordar destes apresentados no pós-operatório imediato e tardio do caso acima. A utilização de prótese de poliuretano na rotina ainda é pouca e sua utilização no plano subcutâneo pode ser uma alternativa interessante com bons resultados estéticos.

## **Associação entre disponibilidade de reconstrução mamária imediata e peso da ressecção em pacientes submetidas à Cirurgia Conservadora de Mama**

*Autores / Instituição*

*Thereza Cristina Carvalho Kalmar<sup>1</sup>; Bernardo Pinheiro de Senna Nogueira Batista<sup>2</sup>; Marcelo Moura Costa Sampaio<sup>2</sup>; Alfredo Carlos S D de Barros<sup>2</sup>. 1. Universidade de Mogi das Cruzes, Santo André - SP - Brasil; 2. Hospital Sírio Libanês, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A Cirurgia Conservadora de Mama (CCM) é uma alternativa à mastectomia e consiste na ressecção cirúrgica de parte da mama envolvendo o tumor, seguida de radioterapia adjuvante.<sup>1,2</sup> Suas principais vantagens são segurança oncológica, apesar da preservação do tecido mamário, e melhor resultado estético.<sup>1,2,3,4</sup> Ressecções mais agressivas, sem o planejamento adequado para o reposicionamento dos tecidos remanescentes, podem levar a um resultado estético inferior com clara perda dos benefícios da CCM após radioterapia.<sup>3,4</sup> A reconstrução mamária imediata, em muitos desses casos, é necessária para se atingir resultados estéticos satisfatórios.<sup>3,4,5</sup> O objetivo do trabalho foi comparar o peso da ressecção mamária e as margens intra-operatórias de pacientes submetidas à CCM de acordo com a disponibilidade de reconstrução mamária imediata.

**MÉTODOS:** Uma revisão dos prontuários e exames anatomopatológicos de uma coorte de 208 pacientes submetidas à CCM por carcinoma ductal (invasivo e/ou in situ) no Serviço de Responsabilidade Social do Hospital Sírio Libanês (HSL) realizadas no período de 2014 a 2016. Conforme nossos protocolos institucionais, a necessidade de reconstrução imediata foi determinada durante avaliação pré-operatória e em conjunto com a paciente. Quando indicado, as pacientes foram avaliadas no pré-operatório pela equipe de cirurgia plástica. Nas pacientes com indicação de reconstrução imediata, uma vez alcançada margem negativa na congelação intra-operatória pelo mastologista, a cirurgia oncoplástica (CO) foi realizada pelo cirurgião

plástico. Caso contrário, o fechamento foi realizado pelo mastologista responsável pelo caso. A associação entre a disponibilidade de CO e o peso do produto da primeira ressecção assim como o resultado da congelação intra-operatória foram avaliadas pelos testes de chi quadrado ou Wilcoxon-Mann Whitney. O impacto de potenciais fatores de confusão pré-determinados (idade e tamanho da lesão) nestas associações foi avaliado usando modelos de regressão linear ou logística.

**RESULTADOS:** 55,8% (116/208) das pacientes foram submetidas à CCM sem reconstrução enquanto 44,2% (92/208) receberam intervenção pela equipe de cirurgia plástica (grupo CO). A mediana do peso da primeira ressecção das pacientes do grupo CCM foi de 60,6 g (Intervalo Interquartil (IIQ) = 34 g a 98,4 g) comparado com a mediana de 87,1 g (IIQ= 54,3 a 134 g) (p=.0001) no grupo CO. Mesmo após ajustes para potenciais fatores de confusão, a significância se manteve (p=.003). No entanto, não houve diferença estatística significativamente no risco de margem cirúrgica intra-operatória comprometida na primeira ressecção cirúrgica entre os grupos (CCM=.59 vs CO=.49; RR=.84 (IC95%= [65 - 1.1]; p=.2).

**CONCLUSÃO:** A presença de equipe de cirurgia plástica para a realização de CO em pacientes com carcinomas mamários submetidas à CCM parece deixar o mastologista mais a vontade para realizar ressecções iniciais maiores.<sup>2,5</sup> No entanto, não levou a uma redução significativa da necessidade de ampliações intra-operatória de margem cirúrgica. A realização de congelação



intra-operatória de rotina pode representar um fator de confusão importante para essa associação.<sup>4</sup> De fato, na nossa coorte, 54,5% das pacientes tiveram a primeira margem comprometida e precisaram de ampliações. Esse número é consideravelmente mais alto do que o relatado em séries de CCM sem congelação.<sup>1,2,3,4</sup>

**BIBLIOGRAFIA:** 1. Rezai M. Kraemer S. Kimming R. Kem P. Breast conservative surgery and local recurrence. *The Breast* 24 (2015) S100eS107.2. Kaur et al. Comparative Study of Surgical Margins in Oncoplastic Surgery and Quadrantectomy in Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 12(7): 1)7.3. Fitoussi et al. Oncoplastic Breast Surgery for Cancer: Analysis of 540 Consecutive Cases. *Oncoplastic Breast Surgery*. Volume 125, Number 2.4. Kaviani et al. Oncoplastic surgery in breast conservation: a prospective evaluation of the patients, techniques, and oncologic outcomes. *The American Journal of Surgery* (2014) 208, 727-734.5. Vieira et al. The role of oncoplastic breast conserving treatment for locally advanced breast tumors. A matching case-control study. *Annals of Medicine and Surgery* 10 (2016) 61e68.

## **Radioterapia intraoperatória bilateral simultânea. Relato de caso**

### *Autores / Instituição*

**Anna Paula de Almeida Maiato; Fabiana Accioli Miranda; Lincon Jo Mori; Samir Abdallah Hanna; Sabrina Lima; Alfredo Carlos S D de Barros.**  
**Hospital Sírio-Libanês, São Paulo - SP - Brasil.**

CASO: Paciente A.F.A. 69 anos, admitida em

maio de 2016 no Serviço de Responsabilidade Social do Hospital Sírio-Libanês (HSL) com queixa de alteração nos exames de rotina, assintomática, com história familiar negativa para neoplasia. Menarca aos 12 anos, menopausa aos 42, sem terapia hormonal, G2P2, 1º parto aos 18 anos. USG e MMG mostravam 2 nódulos na mama direita, ambos biopsiados, correspondentes à fibroadenoma (QSL) e carcinoma invasivo (CAI) do tipo tubular bem diferenciado (QSM). As lâminas e bloco de parafina foram submetidas à revisão no Serviço de Patologia do HSL, com resultado de fibroadenoma (QSL) e carcinoma invasivo sem outras especificações (CAISOE) graus histológico e nuclear: 1 receptor estrogênio (RE):99%, receptor progesterona (RP):70%, Ki67:5% HER2 -. Após exames de estadiamento livres de doença secundária, a conduta adotada pelo núcleo de mastologia e serviço de radio-oncologia foi ressecção segmentar da mama direita com biópsia de linfonodo sentinela e radioterapia intraoperatória (IORT). De acordo com o protocolo do serviço, a paciente foi submetida à RM das mamas, a qual visualizou lesão na mama esquerda, com representatividade na USG “second look”, cuja biópsia pré-operatória mostrou tratar-se também de CAISOE graus histológico e nuclear: 1, RE:100%, RP:100%, Ki67:9%, HER2-.

CONDUTA: A paciente foi submetida em julho de 2016 à ressecção segmentar das mamas com biópsia de linfonodo sentinela (1 linfonodo sentinela à direita e 2 à esquerda, axilares, sem sinais de doença à biópsia de congelação) e radioterapia intraoperatória (IORT) bilateral. A IORT foi realizada com acelerador linear

fixo, com dose terapêutica total de 21Gy, com energia de 6MeV na mama direita e 9MeV na mama esquerda. O laudo anatomopatológico final relata CAISOE na mama direita com 5,2mm e na mama esquerda com 3,9mm. Ambas as ressecções foram obtidas com margens livres. O exame imuno-histoquímico não foi repetido. Os linfonodos estavam negativos para neoplasia.

**EVOLUÇÃO:** A paciente apresentou hematoma bilateral, drenado manualmente em nível ambulatorial, com boa resposta e boa cicatrização. Segue em tratamento com inibidor de aromatase, sem queixas e sem sinais de doença no follow-up de 01 ano (USG e MMG realizadas em março de 2017).

**DISCUSSÃO:** A IORT é um recurso que proporciona controle local da doença com resultado cosmético satisfatório, no tratamento do câncer de mama inicial. Vários estudos respaldam o uso desta técnica no tratamento de tumores da mama com baixo potencial de agressividade. No nosso serviço, a IORT é oferecida a pacientes do sexo feminino, acima de 50 anos, com histologia CAISOE luminal A-like, lesão única na mama acometida e sem doença nodal. Para garantir segurança oncológica ao procedimento, é realizado sistematicamente revisão de lâminas e bloco de parafina referente à biópsia da mama, quando realizada em outro serviço, RM das mamas pré-operatória e avaliação intra-operatória do linfonodo sentinela, através da biópsia de congelação. A paciente seguirá em follow up por tempo indeterminado. Em nosso conhecimento, este é o primeiro caso relatado de IORT bilateral simultânea.

## **Câncer de mama masculino: casuística de dez anos do HCRP-FMRP-USP.**

*Autores / Instituição*

*Larissa Brás Santos Leite; Milena da Costa Batista; Karen Yamashiro; Helio Humberto Angotti Carrara; Joaquim Moraes Sarmento Filho; Viviane Fernandes Schiavon.  
Hc Fmrp Usp, Ribeirão Preto - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama masculino é raro, variando entre 0,3 a 1% do total de carcinomas da mama. Apesar de sua raridade, a morbidade e mortalidade associada a esta doença levou a um interesse progressivo ao longo dos últimos anos, mas a sua etiologia e o comportamento do tumor permanecem pobremente compreendidos. Estudos de instituições únicas apresentam casuísticas coletadas durante longos períodos o que prejudica a análise dos casos.

**MÉTODOS:** Revisão de casos de câncer de mama em homens atendidos sequencialmente no período de 2006 à 2016 no HCRP-FMRP-USP. Foram incluídos no estudo todos os pacientes do sexo masculino com diagnóstico de carcinoma de mama no serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de janeiro de 2006 a julho de 2016. Foram excluídos os pacientes do sexo masculino com tumor na mama de origem metastática.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 8 pacientes do sexo masculino, com diagnóstico de carcinoma mamário e idade variando de 46 a 82 anos. Dois



casos eram G1, seis eram G2 e dois apresentavam diferenciação mucinosa. O tamanho dos tumores variou de 2,0 cm a 8,5cm no maior diâmetro. Todos os tumores foram positivos para receptor de estrogênios (RE) – 70 a 100% e receptor de progesterona (RP) – 10 a 100%; todos foram negativos para receptor epidérmico humano (HER2) confirmados com CISH quando duvidosos. Os 8 pacientes procuraram o serviço com a queixa de nódulo palpável, sendo 7 pacientes com nódulo na mama e um com queixa de nódulo axilar (carcinoma oculto). Um caso apresentou doença metastática no diagnóstico. Os estádios clínicos foram: IIA (1 caso), IIB (3), IIIA (1) e IIIC (2) e IV(1). O diagnóstico histológico foi confirmado por core biopsy ou biópsia incisional. O tratamento foi baseado em protocolo preestabelecido: a quimioterapia neoadjuvante (QTNeo) foi prescrita nos tumores localmente avançados, com antracíclicos (E) e taxano (T) em três casos (duas interrupções, sendo uma precoce após o primeiro ciclo, por recusa do paciente e outra por falta de resposta clínica). Com exceção do paciente com doença metastática e do paciente com carcinoma oculto de mama, os outros foram submetidos à cirurgia (mastectomia total) e dissecação axilar em 5 casos; a biópsia do linfonodo sentinela (BLS) foi feita em dois casos, ambos negativos. Linfonodos com metástases foram identificados nos casos submetidos a esvaziamento variando de 1+/13 a 20+/23. A quimioterapia adjuvante (QT) foi prescrita em 4 casos não tratados anteriormente, com epirrubicina e ciclofosfamida (EC) ou 5-fluoracil, associado a epirrubicina e ciclofosfamida (FEC), com uma recusa a esta terapêutica, e em 1 caso foi prescrito QT com

adriamicina e ciclofosfamida (AC) em um paciente que não respondeu a quimioterapia neoadjuvante. Radioterapia adjuvante foi indicada para três casos. Todos receberam hormonioterapia (HT) adjuvante com tamoxifeno. O seguimento variou de 4 meses (abandono) a 60 meses com mediana de 30 meses. Não houve recidiva local e um paciente apresentou progressão óssea e visceral com óbito (sobrevida de 30 meses).

**CONCLUSÃO:** A mediana de idade dos nossos pacientes foi 54,5 anos, inferior ao encontrado na literatura (65 anos). Observamos uma clara dissociação entre as características do tumor (grau de diferenciação e positividade para RE/RP), e o estadiamento avançado da doença. Estes achados confirmam o relatado em outras casuísticas assim como justificam parcialmente o pior prognóstico entre os homens. Abreu MH et al, em um estudo publicado em 2016, concluem que subgrupos de mama feminino não identificam adequadamente as formas agressivas do câncer no homem, sugerindo a divisão em dois grupos de prognóstico importantes: grupo com ausência de receptor de progesterona com pior prognóstico e grupo de expressão de ER e PR, e ausência de HER2, AR, e baixo Ki67 e p53, com melhor prognóstico. Observa-se ainda em outras séries a menor frequência do uso de QT adjuvante, mesmo para casos de pior prognóstico (em nossa casuística a QT foi indicada para todos os casos de doença localmente avançada). Da mesma forma, a hormonioterapia é menos prescrita para homens. Uma revisão recente mostra que apenas 77% dos casos usam HT, apesar da frequência de positividade para RE/RP. Além disto, o único

tratamento hormonal considerado adequado atualmente é o tamoxifeno, devido a diferenças no metabolismo de inibidores da aromatase em relação às mulheres. Eggemann H et al em um estudo publicado em 2013 com 257 homens com câncer de mama concluíram que aqueles tratados com um inibidor da aromatase tiveram uma taxa de mortalidade 1,5 vezes maior em comparação com aqueles que receberam o tamoxifeno. A ausência de recidivas locais no período de seguimento sugerem que a abordagem local (cirúrgica) e sistêmica (QT e HT) devem ser sempre indicadas.

## **Reconstrução mamária tardia com retalho de mama bipartida. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Lucas Roskamp Budel; Thamyse Fernanda de Sa Dassie; Bernardo Pinheiro de Senna Nogueira Batista; Sabrina Lima; Alfredo Carlos S D de Barros.*

*Hsl, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Com o aumento da incidência dos casos de câncer de mama a reconstrução mamária tornou-se um assunto em evidência. Ao longo das décadas muitos métodos de reconstrução após mastectomia foram descritas e aperfeiçoadas. Em muitos casos é necessário descartar parte da mama saudável para se obter um resultado simétrico. Descrito por Marshall D.R. *et al.* como uma técnica de reconstrução mamária em um único tempo, a mama bipartida é uma opção para pacientes com mastectomia prévia e grande volume na mama contralateral.

**RELATO DE CASO:** Paciente M.A. 60 anos, atendida no Serviço de Responsabilidade Social do Hospital Sírio Libanês, submetida à mastectomia radical modificada a direita em julho/2007 devido a um carcinoma invasivo sem outras especificações grau histológico e nuclear 3 estágio clínico IIIA com receptores de estrogênio e progesterona negativos e Her2 positivo. Apresentava contraindicação cirúrgica para reconstrução mamária imediata devido a associação de comorbidades não compensadas - insuficiência cardíaca classe funcional II, flutter atrial e obesidade mórbida. Realizou terapia adjuvante com quimioterapia (4 ciclos de doxirubicina e ciclofosfamida) e radioterapia com dose total de 50 Gray no plastrão e cadeias de drenagem. Em março/2017, aos 67 anos, procurou o serviço de cirurgia plástica. Após o controle clínico das patologias prévias, em junho/2017, realizou a reconstrução mamária à direita com rotação de retalho do polo inferior da mama esquerda baseado em vasos perfurantes da torácica interna esquerda mapeados com ultrassonografia com doppler. A mamoplastia à esquerda foi realizada. Um enxerto de pele do complexo aréolo papilar foi feito com o excedente de pele do complexo contralateral. Foi preservada a vascularização oriunda do 4º espaço intercostal. O tempo total de hospitalização foi de 3 dias. Evoluiu com boa perfusão da mama reconstruída no pós-operatório, com resultado estético favorável, atingindo o objetivo inicial da cirurgia proposta. Até o momento, não apresentou complicações e queixas relacionadas à reconstrução mamária.

**DISCUSSÃO:** A reconstrução mamária tardia

com técnica de mama bipartida é uma alternativa possível, com utilização de tecido autólogo, sem necessidade de microcirurgia e menor tempo cirúrgico comparado a reconstrução com retalhos miocutâneos. A candidata ideal para o procedimento descrito é a paciente que não realizou radioterapia, com ptose mamária e grande volume.

**CONCLUSÃO:** Embora não seja frequentemente utilizada, a reconstrução mamária com utilização da mama contralateral como área doadora é válida para pacientes com mastectomia prévia com comorbidades que impossibilitam cirurgias de maior porte.

## **Câncer de mama metastático: há probabilidade de cura? Relato de caso e discussão**

*Autores / Instituição*

*Thamyse Fernanda de Sa Dassie; Felipe Eduardo Martins Andrade; Pedro Henrinque Xavier Nabuco de Araújo; Max Senna Mano; Marcelo Moura Costa Sampaio; Alfredo Carlos S D de Barros.*

*Hospital Sírio Libanês, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Aproximadamente 5 a 10% dos casos de câncer de mama são metastáticos ao diagnóstico, com sobrevida média de 18 a 24 meses, variando conforme subtipo do tumor, sítio de metástase e carga tumoral. Tradicionalmente, essas pacientes são consideradas incuráveis. Entretanto, com os avanços nas terapias sistêmicas personalizadas e subtipos moleculares, discute-se, hoje, a possibilidade de

cura para casos específicos oligometastáticos. As pacientes que teriam maior benefício com a terapia agressiva (local e sistêmica) seriam: pacientes jovens, boa performance status e doença oligometastática. Nós apresentamos um caso de câncer de mama metastático ao diagnóstico, em paciente jovem, tratada com perspectiva de cura.

**RELATO DE CASO:** Mulher de 37 anos, nuligesta, ciclos menstruais regulares, encaminhada ao Serviço de Responsabilidade Social do Hospital Sírio Libanês por um nódulo em mama esquerda, de crescimento progressivo e negligenciado há alguns meses. A biópsia confirmou um carcinoma de mama tipo não especial, grau histológico 1, receptor de estrogênio e progesterona positivo, índice de proliferação ki67 28% e Her2 negativo. Os exames de estadiamento demonstraram o acometimento secundário do manúbrio e corpo esternal, sendo este único sítio de metástase. Em discussão multidisciplinar, foi optado por considerar potencial cura e foi realizada quimioterapia neoadjuvante com antracíclicos e taxano. Evoluiu com resposta parcial da doença mamária e óssea, sendo submetida a quadrantectomia de mama esquerda com esvaziamento axilar e esternectomia, com reconstrução imediata com tela de polipropileno e rotação do músculo grande dorsal ipsilateral para cobertura do defeito. O anatomopatológico da peça cirúrgica da mama demonstrou neoplasia viável residual em cerca de 65% do leito tumoral, com sinais de regressão tumoral, tamanho da lesão 1,7 x 1,5 cm; invasão angiolinfática presente, margens cirúrgicas livres, acometimento de 3 linfonodos axilares, com

siniais focais de regressão parcial e com extensão extracapsular. A peça cirúrgica óssea (corpo do esterno e parte do manúbrio) demonstrou neoplasia residual em 70% do leito tumoral com imuno-histoquímica semelhante ao tumor primário. Paciente evoluiu bem no pós-operatório sem intercorrências, com mínima respiração paradoxal. Após, realizou radioterapia de mama esquerda, axila, fossa supraclavicular e esterno. No momento, 12 meses após o diagnóstico, segue sem evidência de doença, com bloqueio hormonal com goserelina e tamoxifeno.

**DISCUSSÃO:** O câncer de mama oligometastático é definido como aquele com metástases limitadas, solitárias ou isoladas. Alguns dados sugerem que uma terapia multidisciplinar agressiva possibilitaria um tratamento curativo para pacientes selecionadas. Estudos clínicos prospectivos específicos para esta situação ainda são necessários. É possível que metástases ósseas adjacentes à mama reflitam mais um comprometimento por contiguidade do que disseminação por via circulatória. Isso motivou-nos a um tratamento ampliado conjunto, com objetivo não paliativo, e sim, curativo.

### **Avaliação dos carcinomas mamários in situ no serviço de mastologia do Instituto Dr Arnaldo Vieira de Carvalho**

*Autores / Instituição*

*Etiénne de Albuquerque Bastos; Fabio Francisco Oliveira Rodrigues; Lais Aya Inaba; Fristachi C; Silva M; Marques C. Icacv, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Com os programas de rastreamento, houve um aumento significativo do diagnóstico do carcinoma ductal in situ de mama (CDIS) nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, mesmo sem um programa de rastreamento bem estabelecido, também observa-se a mesma tendência. Atualmente, o CDIS reveste-se de grande importância, tendo em vista o aumento em sua frequência e a possibilidade de cura em quase todos os casos se adequadamente tratados.

**OBJETIVOS:** Avaliar o tipo histológico, taxas de recidiva, sobrevida global e sobrevida livre de doença nas pacientes com câncer de mama in situ no período de janeiro de 2007 a Dezembro de 2012.

**MÉTODOS:** Foi realizado um estudo longitudinal, do tipo descritivo, retrospectivo; 5 anos e 11 meses atendidas no Instituto do Câncer Dr Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo com análise de todos os casos de pacientes com carcinoma mamário in situ, os dados foram analisados no Microsoft Excel@.

**RESULTADOS:** Foram analisadas 266 pacientes no período de janeiro de 2007 a Dezembro de 2012, 17 (6,3%) delas apresentaram diagnóstico de carcinoma in situ de mama, sendo quinze (88%) casos de carcinoma ductal in situ (sendo a maioria cribiforme e papilar), e dois casos (12%) de carcinoma lobular *in situ*. Dessas pacientes, apenas um (5%) apresentou recidiva ipsilateral e foi submetida a mastectomia radical, esta paciente tinha como características tumor maior que 5 cm e comedonecrose. Nenhum paciente evoluiu a óbito até Julho de 2017. A sobrevida livre de doença foi de 5 anos em média.

**CONCLUSÃO:** Com este estudo, observou-se, assim como na literatura mundial, a sobrevida livre de doença e global elevadas e a baixa taxa de recidivas.

## **Câncer de mama em pacientes maiores de 70 anos**

*Autores / Instituição*

*Etiénne de Albuquerque Bastos; Fabio Francisco Oliveira Rodrigues; Lais Aya Inaba; Fristachi C; Silva M; Marques C. Icavc, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A ocorrência de câncer de mama em mulheres jovens é um evento infrequente. Cerca de 6,5% dos casos desta neoplasia ocorrem em mulheres com menos de 40 anos e 0,6%, em mulheres com menos de 30 anos. Há predomínio dos casos de carcinoma mamário entre 50-60 anos. Para as pacientes acima de 70 anos a incidência estimada é de 20%.

**OBJETIVOS:** Descrever as principais características demográficas dos pacientes maiores de 70 anos portadores de câncer de mama tratados no Instituto do Câncer Dr Arnaldo Vieira de Carvalho (ICAVC) no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2012.

**MÉTODOS:** Foi realizado um estudo longitudinal, do tipo descritivo, retrospectivo; cinco anos e onze meses atendidas no Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo com o intuito de descrever as principais características demográficas da pacientes maiores de 70 anos acompanhadas nesse serviço.

**Resultados:** Nas 266 pacientes atendidas neste período, 39 (14,6%) apresentavam 70 anos ou mais, destas oito (20%) pacientes apresentavam estágio clínico IIA, três (7,6%) realizaram quimioterapia neoadjuvante, porém nenhuma apresentou resposta patológica completa; vinte (51%) foram submetidas a mastectomia radical; 31 (79,5%) tinham como tipo histológico carcinoma sem outras especificações (SOE), dois (5%) carcinoma ductal *in situ*, um carcinoma lobular; doze (30%) eram luminais, cinco (13%) triplo negativos e sete (18%) HER-2 positivo; vinte (51%) foram submetidas a radioterapia; nove (23%) realizaram quimioterapia adjuvante, tendo como principal esquema ciclofosfamida, metrotexate e 5-Fluoracil (CMF); quatro (10%) evoluíram com recidiva local e cinco (13%) com metástase, como principal foco o pulmão (em 4/10% dos casos).

**CONCLUSÃO:** Nesta pesquisa, observou-se o predomínio de imunofenótipo de tumores luminais com baixa taxa de resposta a quimioterapia neoadjuvante, sendo assim submetidas à cirurgias radicais. O uso do esquema de tratamento adjuvante evitou o uso de antracíclicos, sendo o emprego da hormonioterapia ferramenta eficaz para controle pós operatório.

## **Quimioterapia neoadjuvante x Quimioterapia adjuvante**

*Autores / Instituição*

*Etiénne de Albuquerque Bastos; Fabio Francisco Oliveira Rodrigues; Lais Aya Inaba; Fristachi C; Silva M; Marques C. Icavc, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** As pacientes submetidas a quimioterapia neoadjuvante (QT neo) não apresentam melhor sobrevida de doença ou qualquer diferença em termos de sobrevida global em relação ao cenário de quimioterapia adjuvante, porém tem maior probabilidade de serem submetidas à cirurgia conservadora de mama. Os resultados alcançado pela QT neo representam a diminuição de até 18% de mastectomia radical.

**OBJETIVO:** Comparar a sobrevida global e livre de doença nas pacientes submetidas a QT neo e Qt Adj tratadas no Instituto do Câncer Dr Arnaldo Vieira de Carvalho no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2012.

**MÉTODOS:** Foi realizado um estudo longitudinal, do tipo descritivo, com análise das informações colhidas do banco de dados do ICAVC, no período de janeiro de 2007 a Dezembro de 2012. Com a construção de curvas de Kaplan e Meyer para determinação de sobrevida global e livre de doença.

**RESULTADOS:** Foram analisadas 266 pacientes, das quais, 55 (21%) submetidas a QT neo, onde o esquema mais utilizado foi associação entre antracíclicos e taxanos. As taxas de sobrevida global e livre de doença foram em média de 5 anos, com apenas 2 (4%) pacientes evoluindo a óbito no período estudado. A cirurgia conservadora foi realizada em 12 pacientes (22%), enquanto a radical em 43 delas (78%). Já as pacientes que realizaram QT Adj (29%) com o mesmo esquema de tratamento apresentaram taxas de sobrevida global e livre de doença em média de 5 anos com 5 (9%) pacientes evoluindo a óbito no período médio de 3 anos; a

cirurgia conservadora foi realizada em 41 das pacientes (53%) e 36 (47%) foram submetidas à cirurgia radical.

**CONCLUSÃO:** Não houve diferença em termos de sobrevida global e sobrevida livre de doença quando comparadas pacientes submetidas a quimioterapia neoadjuvante e quimioterapia adjuvante.

### **Câncer de mama associado à gestação: série de casos do serviço de mastologia e oncologia ginecológica do HCFMRP-USP**

*Autores / Instituição*

*Licerio Miguel; Sarah Abud Recife; Kamila Maracaba Santiago; Jurandyr Moreira de Andrade; Paulo Meyer de Paula Philbert; Christiani Bisinoto de Sousa.*

*Hc Usp Rp, Ribeirão Preto - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama associado à gestação (CMAG) é definido como aquele diagnosticado durante a gravidez ou até o primeiro ano pós-parto (os casos diagnosticados durante o período de lactação ainda não são considerados como integrantes nessa definição). Esta situação clínica é bastante desafiadora uma vez que seu manejo deve levar em consideração o bem-estar materno-fetal. Esse grupo corresponde aproximadamente de 15 a 35 casos de cada 100000 mulheres diagnosticadas neste período, e mais de 3% dos carcinomas de mama são diagnosticados em mulheres grávidas entre 23 e 47 anos. Com o aumento no número de casos em pacientes jovens e o adiamento no



planejamento gestacional pelas mulheres, esse diagnóstico aumentou nas últimas décadas. As alterações fisiológicas decorrentes do ciclo gravídico-puerperal bem como a dúvida frente à exposição radiológica da paciente aos métodos diagnósticos possíveis podem dificultar a detecção precoce do câncer de mama. Dessa forma, ocorre um aumento nos casos diagnosticados em estádios avançados, justificando acurada investigação de massas palpáveis ou distorções da mama que persistam por mais de duas semanas nesse período específico. O atraso de um mês no diagnóstico pode resultar em progressão para acometimento linfonodal em 1 a 2% dos casos. O prognóstico das pacientes com CMAG é semelhante aos casos em não gestantes com mesmo estágio clínico (EC) e mesma faixa etária, com uma sobrevida média de 57% em cinco anos.

**MÉTODOS:** Relatamos uma série de oito casos de CMAG acompanhados na divisão de Mastologia e Oncologia Ginecológica do HC FMRP-USP. Da revisão dos prontuários das pacientes, no período de 1988 a 2017, extraíram-se os seguintes dados: idade ao caso novo, estágio clínico inicial, tipo e grau histológico, perfil imunohistoquímico, tratamento realizado (neoadjuvância, cirurgia e adjuvância), realização ou não de reconstrução mamária e/ou técnicas de oncoplastica, sobrevida e presença de mutação genética (BRCA 1/BRCA 2). Pacientes com adjuvância ainda não completa ou prontuários com dados faltantes foram excluídas dessa revisão.

**RESULTADOS:** A idade gestacional média ao

diagnóstico foi de 17,6 semanas (7 a 38 semanas), sendo que um dos casos foi diagnosticado com dois meses de puerpério. Para os casos revisados, o tempo médio de seguimento foi de 9,3 anos (5 a 25 anos), sendo que a média das idades ao diagnóstico era 32 anos (25 a 45 anos). Quanto ao EC, observou-se um caso IIA (T2N0), dois IIB (T2N1), um IIIA (T2N2) e quatro IIIB (dois T4BN0, um T4BN1 e um T3N3), sendo que, nessa série, nenhum apresentava doença metastática ao diagnóstico. Com relação aos aspectos histológicos, todos os tumores diagnosticados foram carcinomas ductais invasivos, sendo grau I em dois casos, grau II em quatro casos e grau III em um caso. Em um dos prontuários (datado de 1988) esse dado não foi encontrado. De acordo com o perfil imunohistoquímico, quatro tumores apresentaram receptores hormonais, sendo um deles com super-expressão de Her2, dois tumores com receptores hormonais negativos e Her2 positivo e dois triplos negativos. Dos oito casos relatados, seis receberam neoadjuvância com quimioterapia com esquema baseado em protocolo terapêutico vigente na ocasião, sendo que, as duas gestantes que não receberam tratamento neoadjuvante foram submetidas à mastectomia e esvaziamento axilar seguidas por quimioterapia adjuvante. Dentre as pacientes submetidas à quimioterapia primária, metade realizou cirurgia conservadora (tumorectomia) e a outra metade cirurgia radical (mastectomia modificada). Todas as pacientes foram submetidas ao esvaziamento linfonodal por axila clinicamente comprometida ou biópsia do linfonodo sentinela positivo, com média de 2 linfonodos acometidos, com variação entre 1 e 13 lin-

fonodos. Todas as pacientes que realizaram cirurgia conservadora receberam radioterapia de parênquima mamário e três pacientes que realizaram cirurgia radical receberam radioterapia de plastrão e fossa supra-clavicular (tratamento foi postergado até resolução da gestação). Quatro pacientes receberam hormonioterapia adjuvante com tamoxifeno e as três pacientes Her2 positivos receberam terapia alvo com trastuzumabe, também após término da gravidez. Uma das pacientes apresentou positividade para pesquisa de mutação do gene BRCA 1, porém nem todas foram submetidas ao teste genético. Todos os casos receberam alta do ambulatório ou mantêm seguimento de rotina, sendo que uma das pacientes apresentou recorrência local 2 anos após o diagnóstico, com progressão para doença sistêmica óssea e pulmonar.

**CONCLUSÕES:** Baseado nas referências utilizadas, apesar de alguns estudos mostrarem um pior prognóstico para o CMAG – devido ao atraso no diagnóstico e estágio avançado, os dados do serviço revelam uma sobrevida adequada para as pacientes frente à terapêutica padrão instituída. Não observou-se morbidade obstétrica ou perinatal significativa, corroborando a segurança do tratamento cirúrgico associado à terapia sistêmica com quimioterapia (neoadjuvante ou adjuvante), de acordo com a idade gestacional, seguido de tratamento radioterápico, terapia endócrina e/ou biológica após resolução da gestação. Gestantes com câncer de mama requerem monitorização cuidadosa frente ao desenvolvimento fetal e segurança materna. Estudos prospectivos acerca do diagnóstico, tratamento e sobrevida no CMAG ainda são

escassos na literatura, e muitas das evidências clínicas ainda são encontradas em relatos ou série de casos retrospectivos. O seguimento clínico e radiológico dessas pacientes deve ser realizado de maneira habitual. A abordagem dessas pacientes deve ser multidisciplinar, cabendo uma interação entre mastologista, oncologista clínico, obstetra, dentre outros profissionais para melhor evolução oncológica da paciente e bom desfecho gestacional.

## **Carcinoma Papilífero em homem. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Bruna Bello Chequin; Natalie Gonçalves*

*Santos; Carolina Malhone; Edmund Chada*

*Baracat; José Roberto Filassi.*

*Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama masculino é de rara incidência, correspondendo a cerca de 0,8% dos casos de câncer de mama. Assim como na mulher fatores genéticos, ambientais e hormonais estão implicados no seu desenvolvimento, tendo como principais fatores de risco idade avançada, descendência judia (Ashkenazi), Síndrome de Klinefelter, história familiar de câncer de mama e mutações no gene BRCA 2. O comportamento da neoplasia é semelhante nos homens e mulheres, porém, o diagnóstico tardio é mais frequente, com maiores taxas de comprometimento axilar. O tipo histológico mais comum é o carcinoma ductal invasivo, presente em até 85% dos casos, sendo o carcinoma ductal in situ e o papilífero, as formas mais raras



de apresentação. Além disso, em 80-90% dos casos, os tumores são receptores hormonais positivos, sendo o luminal B o subtipo molecular mais frequente. O carcinoma ductal in situ (CDIS) representa até 7% dos cânceres diagnosticados em homens, sendo o carcinoma papilífero encapsulado uma das quatro variantes malignas de lesão papilífera e considerado uma forma de progressão do CDIS, correspondendo de 0,5% a 2% dos tumores de mama. Devido a rara incidência do carcinoma papilífero e da neoplasia mamária em homens, relatamos um caso que compreende esses critérios.

**MÉTODOS:** Relato de caso de Carcinoma Papilífero em homem e revisão de literatura.

**RESULTADOS:** Paciente de 49 anos, negro, encaminhado ao serviço de Mastologia do ICESP em abril de 2017, com queixa de nódulo palpável na mama direita há 5 anos, com crescimento lento e progressivo nos últimos 2 anos, acompanhado de fluxo papilar sanguinolento à expressão. Ao exame físico apresentava nódulo na mama direita, medindo 7,0 x 6,0 cm, móvel, com retração de mamilo, sem acometer pele, englobando região retroareolar e união de quadrantes laterais. Axila direita com um linfonodo palpável, medindo 2,0 cm, móvel. Realizada mamografia evidenciando nódulo redondo, circunscrito, com alta densidade, em região retroareolar da mama direita, medindo 5,6 cm, associado a outro nódulo oval, sobreposto, medindo 4,1 x 2,6 cm. Em correspondência, ultrassom evidenciou nódulo redondo sólido-cístico, medindo 6,0 x 5,5 x 5,0 cm. Realizou-se uma punção aspirativa por agulha fina e por agulha grossa,

com diagnóstico de carcinoma mamário papilífero grau nuclear 2, receptor de progesterona e estrógeno positivos, ki67 20%, her-2 negativo. Devido o linfonodo axilar palpável aumentado, foi realizado estadiamento com tomografias de tórax, abdome, pelve e cintilografia óssea, sem evidência de doença a distância. Em junho de 2017, paciente foi submetido à mastectomia radical modificada à direita (linfonodo sentinela não captante nem corado), com resultado anátomo patológico de carcinoma papilífero encapsulado, grau nuclear 1, margens livres de neoplasia e ausência de metástase em 0 de 19 linfonodos dissecados. Diante disso, o paciente foi considerado adequadamente tratado, sem necessidade de adjuvância com quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

**CONCLUSÕES:** O carcinoma de mama no homem é pouco frequente, correspondendo a cerca de 1% dos casos. Estima-se que em 2017, cerca de 2470 novos casos de câncer sejam diagnosticados nessa população. Uma forma rara de neoplasia constitui o carcinoma papilífero encapsulado, que engloba tanto o carcinoma papilar intracístico quanto o sólido. Cresce sob a forma papilar dentro de cistos, não apresenta células mioepiteliais e tem o mesmo comportamento do carcinoma ductal in situ, sendo por isso caracterizado como não agressivo e de prognóstico excelente, com exceção das lesões com maior grau de atipia nuclear ou elementos invasivos. O diagnóstico é confirmado pela biópsia e, devido ao atraso diagnóstico, 72% dos casos são identificados em estágios mais avançados (2 e 3), porém em menos de 3% dos casos há metástase linfonodal axilar. A

terapêutica consiste na excisão cirúrgica com margens negativas e é baseada no comportamento biológico e na origem histogenética do tumor, inclusive em relação ao modo de disseminação. Além disso, a adjuvância com radioterapia e hormonioterapia é considerada apenas em casos de recidiva ou presença de lesão invasiva. Por se tratar de uma neoplasia rara, principalmente em homens, há poucos estudos clínicos e dados na literatura, portanto torna-se relevante o relato desses casos.

### **Mutação em homozigose do gene ABRAXAS associado a síndrome de câncer de mama hereditário**

*Autores / Instituição*

*Talita Siemann Santos Pereira<sup>1</sup>; Fernanda Saldanha da Costa<sup>1</sup>; Flávia Clímaco<sup>1</sup>; Jose Claudio Casali-Da-Rocha<sup>2</sup>.*

*1. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/Ufrj, Rio de Janeiro - RJ - Brasil;*

*2. Oncoclínica Rio de Janeiro/Grupo Oncoclínicas e Pucpr., Rio de Janeiro - RJ - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Cerca de 10% dos casos de câncer de mama são hereditários. Alguns são devidos a mutações germinativas altamente penetrantes, como o BRCA1 ou o BRCA2, gerando alto risco de câncer. Mas a maioria dos casos não exibem agrupamentos familiares claros e provavelmente resultam do efeito coletivo de múltiplas variações penetrantes em um grupo muito maior de genes, modificados por fatores ambientais. A maioria dos genes conhecidos de susceptibilidade ao câncer de mama estão

envolvidos na via de reparo de ruptura de dupla hélice de DNA. ABRAXAS está envolvido nesta via e as mutações neste gene prejudicam o recrutamento de BRCA1 para reparo de dano do DNA.

**MÉTODOS:** Os dados do estudo foram obtidos retrospectivamente mediante a análise e revisão do prontuário da paciente e revisão da literatura.

**RESULTADOS:** Em 2015, paciente do sexo feminino, 35 anos, foi diagnosticada com carcinoma ductal in situ em mama esquerda após a realização de core biópsia. Na mamografia notavam-se dois grupamentos de calcificações, numerosas, um deles amorfas e outro pleomórficas, localizados respectivamente na união dos quadrantes inferiores (UQI) e união dos quadrantes laterais, categoria 4C BI-RADS®. Apresentava na ultrassonografia mamária dois nódulos, hipoecóicos, irregulares, com microcalcificações medindo 12x9x8mm e 9x8x4mm localizados respectivamente em UQI e quadrante inferior lateral, categoria 5 BIRADS®. Foi submetida a adenomastectomia bilateral com biópsia de linfonodo sentinela a esquerda e reconstrução imediata com prótese. O laudo histopatológico final evidenciou carcinoma de alto grau, padrões sólidos, cribriforme e comedocarcinoma com necrose e microcalcificações, formando nódulo com 1,0 x 0,9cm, além de focos microscópicos presentes na proximidade deste nódulo o maior com 0,4cm em mama esquerda. Linfonodo sentinela axilar esquerdo livre de neoplasia. O exame imunohistoquímico demonstrou positividade para receptor de estrogênio e progesterona. O

tumor foi estadiado como grau I, pT1pNOM0. Indicado tratamento com modulador seletivo do receptor de estrógeno oral, porém paciente que precisou suspender o tratamento por efeitos colaterais. Paciente não apresenta histórico familiar importante de câncer, porém seus pais são consanguíneos. Considerando o quadro e a idade da paciente, se investigou síndrome de câncer de mama e ovário hereditário, sendo solicitado exoma germinativo. Este exame indicou mutação no éxon 5 do nucleotídeo 364 do códon 122, gene FAM175A, causando a troca do aminoácido glutamina (Gln) por glutamato (Glu) em homozigose. Foi contemplada a pesquisa da mutação do FAM175A para o irmão e para os pais, a fim de investigar a presença da mutação. Identificou-se a presença da mutação em heterozigose nos pais e em homozigose no irmão. Para esse, com 40 anos de idade, foram solicitados exames de rastreio, dentre eles a ressonância magnética de próstata, na qual identificou-se formação nodular suspeita no terço médio da zona periférica à esquerda, medindo 1,2x0,8cm, PI-RADS® 4. Submetido a biópsia, o laudo histopatológico evidenciou um adenocarcinoma prostático acinal usual Gleason 6 (3+3).

**CONCLUSÕES:** No complexo BRCA1 A, ABRAXAS parece ser uma proteína adaptadora central, pois abrange vários domínios necessários para as interações com BRCA1 e outros componentes no complexo. Como um componente vital do complexo BRCA1-A, ABRAXAS parece ser determinante na resposta ao dano do DNA. O gene que o codifica sofre perdas e mutações somáticas em múltiplos cânceres humanos,

incluindo câncer de mama, sugerindo que a mutação e a perda da função do ABRAXAS podem contribuir para o desenvolvimento de tumores.

### **Câncer de mama em mulheres jovens não metastáticas tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP - FMRP - USP)**

*Autores / Instituição*

*Karen Yamashiro; Karla Mayumi Ishikawa; Willian Simoes Clagnan; Larissa Raquel Mouro Mandarano; Paola Candido Rodrigues Menani; Daniel Guimaraes Tiezzi.*

*Hcrp - Fmrp - Usp, Ribeirao Preto - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama é o mais comum em mulheres no mundo e no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma. Em 2016 ocorreram 57960 casos novos de câncer de mama em nosso país, de acordo com o Instituto Nacional do Cancer (INCA). As neoplasias mamárias acometem principalmente as mulheres na pós-menopausa. Apesar de incomum, essas neoplasias também podem acometer mulheres jovens com menos de 35 anos, constituindo cerca de 5 a 7% dos casos. Em geral, os tumores de mama nesta faixa etária tendem a ser mais agressivos apresentando-se em estádios mais avançados ao diagnóstico. Além disso, são mais indiferenciados, possuem menor expressão de receptores de estrógeno e de progesterona e superexpressão do receptor tipo 2 do fator epidérmico humano (HER2). Conseqüentemente,

observa-se maior taxa de mortalidade e menor sobrevida livre de doença.

**MÉTODOS:** Apresentamos análise retrospectiva entre 1991 e 2016 (25 anos) das pacientes diagnosticadas com câncer de mama não metastático com menos de 35 anos no HCRP – FMRP – USP e avaliou-se os seguintes parâmetros: idade no diagnóstico, estadiamento clínico, perfil anátomo patológico, imunoistoquímica do tumor, modalidade de tratamento aplicada, sobrevida livre de doença e sobrevida global.

**RESULTADOS:** Neste período, foram avaliados os prontuários de 62 casos de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. A média de idade foi de 30 anos. À época do diagnóstico, 34% eram de doença localmente avançada e foram excluídos os casos de estágio IV de novo. A avaliação anátomo patológica revelou carcinoma ductal invasivo sem outras especificações (SOE) como o subtipo mais prevalente em 59 (95,2%) casos. Em 54 (87%) casos o tumor era de alto grau. Além disso, 12 (18,7 %) pacientes apresentavam perfil imuno histoquímico (IHQ) triplo negativo, 39 (62,9%) eram receptores hormonais positivos e 14 (21,9%) expressavam o HER2. As pacientes foram tratadas de acordo com protocolo deste serviço que poderia incluir tratamento neoadjuvante padrão, cirurgia e radioterapia seguidos de tratamento sistêmico adjuvante em casos selecionados. Todas as pacientes jovens receberam tratamento neoadjuvante e/ou adjuvante com quimioterapia. Seguindo o protocolo de tratamento de adjuvância do serviço, todas as pacientes com tumor hormonal positivo receberam hormonioterapia.

Dessas, trinta e oito (61,3%) fizeram uso de tamoxifeno. Foram realizadas 39 (63%) mastectomias e 23 (39%) cirurgias conservadoras. Quanto à abordagem axilar, foram realizados 44 (70,9%) esvaziamentos axilares, 16 (25,8%) pacientes foram submetidas à biópsia de linfonodo sentinela, sendo que 5 destas tiveram resultado positivo para malignidade, necessitando de esvaziamento axilar. Cinco (13,1%) pacientes apresentaram resposta patológica completa após o tratamento neoadjuvante. No seguimento, 30 (48,4%) pacientes apresentaram recidiva local ou progressão de doença à distância. A média de intervalo livre de doença foi de 56,4 meses (2 a 258 meses) e a média de sobrevida global foi de 70 meses (2 a 193 meses). No período avaliado, houve 16 (25,8%) óbitos relacionados à progressão de doença.

**CONCLUSÃO:** Apesar do câncer de mama em mulheres jovens representar uma pequena parcela no total de diagnósticos dessa neoplasia e não haver indicação de rastreamento nessa faixa etária, salvo em populações de risco elevado, é de extrema importância o diagnóstico precoce. Como pudemos observar, a incidência de tumores localmente avançados ao diagnóstico no HCRP – FMRP – USP foi bem superior à encontrada na população geral (4 a 8% na literatura mundial). Além disso, observamos que o protocolo terapêutico desenvolvido em nosso serviço encontra-se alinhado com o que se observa na literatura, que preconiza tratamentos mais agressivos em portadoras de câncer de mama em mulheres nesta faixa etária. Ainda assim as taxas de recorrência local e óbito pela doença são superiores às encontradas na população peri e pós-menopausa.

## **Carcinoma mamário invasivo de tecido mamário acessório em região abdominal. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Flavia Cardoso Franca1; Danielle Cristina Miyamoto Araújo1; Aline Rocha Donato1; Carolina Malhone1; Edmund Chada Baracat2; José Roberto Filassi1.*

- 1. Hc - Fmusp / Icesp, São Paulo - SP - Brasil;*
- 2. Hc - Fmusp, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Tecido mamário acessório é consequência da regressão incompleta da crista láctea que é formada da axila até a região inguinal durante o desenvolvimento embriológico e está presente em 0,22 a 6,00% da população geral, sendo a região axilar o sítio mais comum de tecido ectópico. O tecido mamário acessório também está sujeito a ações hormonais durante a puberdade, gestação e menopausa, sendo igualmente sujeito a eventos envolvidos na carcinogênese. Câncer de mama em tecido mamário acessório é raro e corresponde a menos de 0,3 % dos cânceres de mama.

**MÉTODOS:** Relato caso de câncer de mama em tecido mamário acessório em abdome e revisão de literatura sobre o tema.

**RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, 62 anos, com história de mama acessória em parede abdominal direita desde a infância, com crescimento durante a puberdade e gestação. Sem história familiar de câncer de mama. À admissão relatava dor e edema no local há cinco meses. Ao exame físico era um nódulo de 5,5 x 4,0 cm

em parede abdominal à direita, com acometimento da pele, sem sangramento ativo naquele momento, mamas, axilas e fossas supraclaviculares sem alterações. Mamografia com achados benignos. Ressonância magnética de abdome evidenciava lesão expansiva, irregular e heterogênea limitada à pele e tecido celular subcutâneo da parede abdominal direita medindo 5,4 x 3,7 x 3,9 cm, distando cerca de 1,2 cm da musculatura abdominal. Realizada biópsia por agulha grossa cujo conjunto de achados morfológicos e imuno-histoquímicos favoreciam carcinoma mamário do tipo não especial de alto grau, receptor de estrógeno positivo (5%, Allred 2), receptor de progesterona negativo, HER 2 2+/3+, KI67 95%, FISH não amplificado, porém a avaliação do HER 2 poderia estar prejudicada pela extensa necrose. Cintilografia óssea apresentava discreta reação osteogênica em fêmur direita de natureza inespecífica ao método. Tomografia de tórax e abdome apresentava nódulos pleurais à direita de aspecto secundário associados a mínimo derrame pleural. Encaminhada à quimioterapia paliativa, porém passou a apresentar sangramento local importante, impactando negativamente na qualidade de vida. Indicada mastectomia de caráter higiênico de mama acessória, com incisão fusiforme no sentido horizontal que englobou tumor e pele circunjacente, tecido celular subcutâneo e fáscia do músculo reto abdominal posterior. Anatomia patológica da cirurgia confirmou os achados consistentes com neoplasia de mama, que foi ressecada com margens livres.

**CONCLUSÃO:** Câncer de mama em tecido mamário acessório é raro e a maioria dos casos acomete tecido mamário axilar. Em busca na li-

teratura atual, identificamos apenas um caso de câncer de mama em tecido mamário acessório em região abdominal. Existem outras descrições em tecido ectópico axilar, ainda que também raras. Pode ser identificado por alteração no exame físico como tumor palpável, hiperemia ou espessamento da pele, ou alteração em exames de imagem. É necessário suspeitar de câncer de mama de tecido mamário acessório quando a lesão se encontrar em topografia da linha láctea do desenvolvimento embriológico, apresentar crescimento progressivo, ulceração, e não deve ser confundido com um processo inflamatório a fim de não atrasar o diagnóstico e o tratamento. Mamografia, ultrassonografia, ressonância magnética das mamas, tomografias de tórax, abdome e pelve, e biópsia por agulha grossa da lesão para análise histológica e imuno-histoquímica são importantes para diagnóstico diferencial entre outros tumores de partes moles, carcinoma oculto de mama, metástase axilar e linfoma, sobretudo em casos de mama acessória axilar com alteração suspeita para neoplasia. O tratamento é, por extrapolação, semelhante ao do câncer de mama em tecido tópico pela escassez de dados que suportem outra abordagem. A maioria dos casos é diagnosticada em estadiamentos avançados, o que impacta negativamente no prognóstico destes pacientes. Zhang et al relatou na casuística de 11 pacientes a sobrevida global em três anos de 54,5%, e quatro pacientes evoluíram com metástase à distância e óbito neste período. No entanto, prognóstico é difícil de ser definido devido aos poucos casos e curto seguimento das pacientes.

## **Lesão vegetante do mamilo com aparência verrucosa. Um caso de acrocódon com rara manifestação em mamilo.**

*Autores / Instituição*

*Juliana Lopes de Aguiar<sup>1</sup>; Ubiratan Wagner de Sousa<sup>2</sup>; Wender Batista de Sousa<sup>2</sup>; Alysson Gomes Lustosa<sup>2</sup>; Victor de Alencar Moura<sup>2</sup>; Giuliana Petra Dantas de Medeiros<sup>2</sup>.*

*1. Liga Northeriograndense Contra O Cancer, Natal - RN - Brasil; 2. Liga Northeriograndense Contra O Câncer, Natal - RN - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** As tumorações do mamilo são de acometimento raro, gerando preocupação quanto a natureza neoplásica destas lesões e incômodo local e prejuízo estético. O acrocódon, fibroma pediculado ou fibroma mole é uma lesão tumoral da pele de ocorrência mais frequente em adultos. A causa é desconhecida, com tendência familiar, mas a ocorrência em mamilo é extremamente rara, com poucos casos relatados na literatura.

**MÉTODO / RELATO DE CASO:** T. T. S. S., 23 anos, relatou aparecimento de lesão vegetante e avermelhada, aspecto multilobulado e de crescimento progressivo em mamilo direito há 6 meses. Ultrassonografia (USG) mamária sem alterações, Birads 1. Ao exame, aparência de lesão vegetante única multilobulada ou de lesões coalescentes, limitando-se a mamilo direito e poupando aréola, base séssil, sem sangramento ou ulceração local, de superfície lisa e eritematosa com algumas áreas acastanhadas. Não apresentava outras lesões seme-



lhantes em mama e região torácica. Descarga papilar negativa e axilas livres. Foi submetida a biópsia excisional de lesão, com lesão de 1,3 cm cujo anatomopatológico evidenciou acrocódon associado a hiperplasia epidérmica com hiperqueratose. Evoluiu no pós-operatório com cicatrização adequada e resultado estético satisfatório, e apresenta-se sem evidência de lesões em mamilo.

**RESULTADOS/ DISCUSSÃO:** As lesões em mamilo são pouco frequentes, sendo as mais comuns lesões escamosas e eritematosas, raramente ocorrendo lesões proliferativas vegetantes. O diagnóstico diferencial com lesões neoplásicas, em especial a doença de Paget, é mandatório. Os acrocódons (fibromas moles) são neoplasias benignas cutâneas comuns, presentes em cerca de 25% da população geral, mas de ocorrência rara em mamilo, com poucos casos descritos na literatura. São lesões formadas por tecido colágeno frouxo envolto por pele, e podem aparecer como lesão única ou em grande número. Se apresentam como lesão tumoral flácida, pediculada e de superfície enrugada, de aspecto filiforme, verrucoso ou de couve-flor. O tamanho pode variar de pequenas lesões até vários centímetros. Sua etiologia é incerta, originando-se do ectoderma e mesoderma; mas sabe-se que pode haver uma predisposição familiar para o desenvolvimento destas lesões, bem como a associação estabelecida com obesidade e resistência à insulina. Ocorrem devidos a uma desordem da reprodução das células das glândulas sebáceas hipertrofiadas. Os acrocódons tem manifestação clínica indefinida, o que torna o exame histopatológico necessário para

realizar o diagnóstico diferencial com ceratose seborreica pedunculada, fibroma pleomórfico, hiperqueratose nevoide de mamilo, verruga vulgaris, nevos dérmicos e papilomas. Se as lesões são assintomáticas, não é necessário tratamento, a menos que apresentem sinais de irritação por fricção ou por razões estéticas. O tratamento é baseado na excisão cirúrgica com preservação do mamilo.

**CONCLUSÃO:** As lesões mamilares devem ter seu diagnóstico histopatológico firmado, por apresentarem-se com graus variáveis de manifestações cutâneas, algumas vezes formando massas indistinguíveis de lesões malignas. Os acrocódons de mamilo causam prejuízo estético, mas a excisão cirúrgica é curativa e traz bons resultados.

### **Carcinoma de mama sincrônico com Carcinoma Ovariano metastático para linfonodo axilar. Relato de Caso e revisão de literatura**

*Autores / Instituição*

*Thais Valio Roque da Silva; Andrea Moreno Morgan; Yedda Nunes Reis; Edmund Chada Baracat; José Roberto Filassi.*

*Fmusp - Hospital das Clínicas - Hc / Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - Icesp, Sao Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama é a neoplasia mais comum e a segunda causa de morte em mulheres. O carcinoma ovariano, apesar de menos incidente, representa uma importante causa de morbidade e mortalidade, devido seu

diagnóstico em fases avançadas da doença. A presença dos dois tipos de neoplasias em uma paciente é relacionado a um alto risco de mutação dos genes BRCA1 e BRCA2, e, apesar da associação genética, a apresentação sincrônica do carcinoma mamário e ovariano é raro. Metástase ovariana primária do câncer de mama é descrito, porém metástase do carcinoma de ovário para a mama é incomum, representando somente 0,03 a 0,6% dos casos de câncer de mama. A disseminação do câncer de ovário é mais comum via intraperitoneal, no entanto, também pode haver metástases através da via linfática e hematogênica. O envolvimento isolado dos linfonodos axilares é muito raro. O subtipo mais comum de neoplasia ovariana que apresenta metástase para o linfonodo axilar é o carcinoma seroso. Existe pouca literatura em relação ao manejo de metástase mamária ou axilar do carcinoma ovariano. A discriminação entre metástase axilar primária do carcinoma de mama ou ovariana é feita através de avaliação clínica e patológica e é fundamental para definir o tratamento e prognóstico.

**MÉTODOS:** Os dados clínicos, imagens radiológicas e laudos anatomopatológicos do relato de caso apresentado foram obtidos por meio de prontuário eletrônico do ICESP e a autorização da divulgação dos dados feito pela paciente.

**RESULTADOS:** Paciente de 54 anos de idade, feminino, antecedente pessoal de carcinoma mamário invasivo triplo negativo à esquerda tratado em 2002, sem queixas palpáveis em mama, submetida a Mastectomia Radical Modificada à direita com reconstrução imediata

com prótese expansora, após diagnóstico de carcinoma ductal in situ de padrão sólido e cribriforme, grau nuclear 3, associado a carcinoma lobular in situ de padrão clássico com extensão de 6,0cm e PAAF (punção aspirativa por agulha fina) de linfonodo axilar direito positiva para carcinoma metastático. As margens cirúrgicas, pele e complexo areolo-papilar encontravam-se livres de neoplasia e a avaliação do produto de esvaziamento axilar direito evidenciou metástase de carcinoma de alto grau com padrão papilífero em 1 linfonodo de 21 dissecados, sendo os achados morfológicos e imuno-histoquímicos compatíveis com metástase de adenocarcinoma seroso de alto grau de sítio primário ovariano. Estadiamento final pTis pNO. Realizada investigação de lesão primária de ovário com dosagem de CA 125 (41,3 U/mL) e CEA (1,0 ng/mL) e ressonância magnética de pelve, o qual evidenciou linfonodos inguinais proeminentes, bilateralmente, medindo até 1,4 x 1,3 cm e linfonodos ilíacos bilaterais aumentados medindo até 1,7 x 1,5 cm, não sendo visualizado lesão ovariana. Complementado investigação com PET 18FDG com achado de 2 nódulos subcutâneos no quadrante superior esquerdo da parede abdominal, sugestivos de processo neoplásico. Biópsia de nódulo subcutâneo na região supra-umbilical descrito em PET identificou perfil imuno-histoquímico compatível com carcinoma seroso metastático de sítio primário ovariano. Iniciado quimioterapia com carboplatina AUC 5 e paclitaxel 175mg a cada 21 dias com programação de cirurgia pélvica de citorredução após término de tratamento. Paciente no momento em vigência de quimioterapia com boa evolução e controle clínico da doença mamária e ovariana.

**CONCLUSÕES:** O carcinoma sincrônico da mama e ovário é um fenômeno raro. Uma análise retrospectiva da Universidade de Duke de 7166 casos de câncer de mama e 1758 casos de câncer de ovário identificou somente 50 casos de neoplasia múltipla de mama e ovário, sendo somente 4 desses sincrônicos. Nos casos em que as duas neoplasias são confirmadas a possibilidade de mutação dos genes BRCA1 e BRCA2 deve ser investigada. O tratamento dos casos de carcinomas sincrônicos deve levar em consideração as características das duas neoplasias. Agentes quimioterápicos com ação no carcinoma de mama e ovário, como platinas, taxanos e antraciclinas podem ser usados. Dados de estudos mostram que neoplasias de mama e ovário relacionadas com mutação BRCA1/2 são mais sensíveis a compostos de platina (carboplatina e cisplatina). Quando um linfonodo patológico é detectado na axila é fundamental determinar a sua origem, pois os tratamentos quimioterapêuticos e cirúrgicos diferem em relação ao tumor primário. O diagnóstico diferencial de um carcinoma metastático em linfonodo axilar deve incluir o carcinoma de mama. O carcinoma micropapilar invasivo da mama é um importante diagnóstico diferencial de carcinoma seroso metastático em linfonodos axilares. A metástase linfonodal isolada do carcinoma ovariano é raro e é descrito em poucos casos em estágios iniciais da doença. Os subtipos de câncer de ovário que mais frequentemente apresentam metástases para linfonodos distantes são o carcinoma de células serosas (36,7%) e de células claras (16,9%). Os marcadores imuno-histoquímicos (Pax-8, WT-1 e GATA3) são úteis no processo de diagnóstico

diferencial. Em estudo americano, a expressão de Pax-8 e WT-1 foi determinada em 16 dos 18 (88%) pacientes com câncer de ovário. Este caso ilustra uma apresentação rara de carcinoma de ovário e sublinha a necessidade de considerá-lo no diagnóstico diferencial de lesões axilares. O diagnóstico preciso da metástase axilar permite avaliar o prognóstico e direcionar o tratamento correto.

### **Oncoplástica Extrema: Cirurgia conservadora para pacientes com indicação clássica de mastectomia. Revisão de literatura.**

*Autores / Instituição*

*Natália Polidorio Machado<sup>1</sup>; Milena da Costa Batista<sup>2</sup>; Carolina Fioretto Torres<sup>2</sup>.*

*1. Aliança Instituto de Oncologia, Brasília - DF - Brasil; 2. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A cirurgia conservadora de mama (CCM) em pacientes com lesões malignas já está consolidada como tratamento oncológico seguro há décadas. Com recorrência local baixa e sem piora da sobrevida deve ser o tratamento de escolha quando possível. Os estudos randomizados que suportam a CCM foram realizados em paciente com tumores menores que 5 cm e únicos, por isso muitas pacientes com tumores grandes, multifocais e multicêntricos são referidas para tratamento com mastectomia. O conceito de oncoplástica extrema foi proposto por Silverstein em 2015 com a definição de cirurgia mamária redutora para paciente com tumores maiores que 5 cm,

multifocais ou multicêntricos que usualmente seriam referenciadas a tratamento cirúrgico com mastectomia. O objetivo desse trabalho é revisar a literatura atual quanto a realização de CCM em pacientes que apresentam critérios para serem classificadas como oncoplástica extrema.

**MÉTODOS:** Realizada busca de artigos por meio de consulta ao Lilacs, Medline e Bireme com as palavras chaves “breast câncer” ou “local advanced breast câncer” ou “large tumor” e “oncoplastic” ou “breast conservative surgery”.

**RESULTADOS:** Foram encontrados 3.147 artigos, mas somente 4 que avaliavam a indicação de cirurgia conservadora em tumores acima de 5 cm, localmente avançados ou multicêntricos. Silverstein *et al.* mostrou uma série de 66 pacientes com tumores acima de 5 cm, multifocais ou multicêntricos com indicação prévia de mastectomia que foram submetidas a uma oncoplástica redutora seguida de radioterapia de mama e tratamento adjuvante indicado para o caso e comparou com pacientes com casos padrões de cirurgia conservadora. As pacientes no grupo de oncoplástica extrema apresentavam um tamanho tumoral médio de 77mm versus 23mm das pacientes do grupo padrão. Na avaliação das margens 83.3% das pacientes apresentaram margens operatórias negativas, e a maior parte das que apresentaram margens positivas foram posteriormente referenciadas à mastectomia. Após 24 meses apenas uma (1,5%) paciente do grupo de oncoplastia extrema apresentou recorrência local. Não houve diferença nas taxas de reintervenções, apesar

da incidência de mastectomia nos casos extremos ser significativamente maior (0,4 vs 6,1%). Chang em 2012 realizou uma análise dos casos tratados com CCM em pacientes com tumores acima de 4cm em comparação com CCM em pacientes de tumores menos extensivos. Ao longo de 10 anos foram revistas 85 mamoplastias das quais 25 (29,4%) foram realizadas em grandes tumores. Com um seguimento médio de 39 meses, a cirurgia conservadora foi o tratamento definitivo em 94.9% das pacientes. Não houve diferença estatística na taxa de reintervenções no grupo de tumores maiores que 4 cm quando em comparação aos menores tumores (12% vs 20%). Apesar da taxa de mastectomia de resgate apresentar-se maior em pacientes com grandes tumores (12% em tumores > 4cm vs 5 % em tumores P = 0.35). O índice de complicações pós-cirúrgicas maiores também não apresentou diferença significativa (P = 0.58) entre o grupo de grandes tumores (8%) e o grupo de tumorectomias menores (3.2%). Duas pacientes apresentaram recorrência local, estando uma em cada grupo. A sobrevida livre de doença foi de 94.8% e a sobrevida em 5 anos de 98,7%, sem diferença entre os dois grupos. Duas pacientes apresentaram recorrência local, estando uma em cada grupo. Em 2012 Matthes *et al.* apresentou uma série de 50 casos de paciente com doença localmente avançada tratadas com técnicas oncoplásticas após quimioterapia neoadjuvante, dessas 9 foram submetidas a cirurgia conservadora com técnicas oncoplásticas de remodelamento ou redutora com remoção de toda a área previamente afetada. Bordoni em 2016 apresentou o relato de caso de uma paciente de 48 anos com um carcinoma in situ

de mama multicêntrico que se apresentava com microcalcificações em três quadrantes da mama direita: ínfero-central (18mm), exterior-médio (19mm) e súpero-central (8mm), tratada com mamoplastia redutora vertical após marcação das lesões com tecnésio.

**CONCLUSÃO:** Apesar dos ótimos resultados estéticos alcançados nas reconstruções de mama atualmente, a cirurgia conservadora tende a ter resultados mais orgânicos com a paciente frequentemente apresentando uma melhor percepção de sua autoimagem, portanto deve ser o tratamento de escolha sempre que possível. O conceito de oncoplastica extrema é novo e engloba as pacientes que normalmente estariam referenciada a mastectomia, como tumores acima de 5 cm e multicêntricos, podendo também estar associado a tumores de mama localmente avançado. Em termos de qualidade de vida, é uma melhor opção que a combinação mastectomia, reconstrução e radioterapia. Análises longas ainda não estão disponíveis e devem ser realizadas, porém, os dados atuais sugerem que não haverá diferenças em recorrência e sobrevida.

## **Hiperplasia multicêntrica de células colunares com atipia**

*Autores / Instituição*

*Lucia Pinto Bordin; Virginia Azambuja Alves;  
Maria Thereza Bordin; Junara Patrícia dos  
Santos Silva Dutra; Marcela Pereira Martinez;  
Newton Antonio Bordin Junior.  
Famerp/Funfarme, Sao Jose do Rio Preto - SP -  
Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A hiperplasia de células colunares com atipia (HCCA), também referida como atipia epitelial plana, é diagnosticada em biópsias dirigidas devido anormalidades na mamografia de screening (microcalcificações). Representa menos de 2% dos espécimes biopsiados. É definida como “alteração neoplásica das unidades terminais ducto-lobulares”, sendo caracterizada pela substituição das células do epitélio nativo por uma a várias camadas de um único tipo de célula epitelial com atipia citológica de baixo grau (monomórfico). Vários estudos mostraram que a HCCA apresenta semelhanças citológicas e genéticas com o carcinoma ductal in situ (CDIS) e carcinoma tubular, bem como associação entre tais patologias, sugerindo representar uma lesão precursora não obrigatória dessas lesões. No entanto, poucos são os estudos de acompanhamento que rastreiam pacientes diagnosticados com HCCA, evidenciando que o risco de câncer de mama associado à HCCA é equivalente à doença proliferativa benigna sem atipia.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Apresentamos o caso de uma paciente com 40 anos, com uma tia paterna diagnosticada com câncer de mama unilateral aos 65 anos. Veio encaminhada devido anormalidade em exame de rastreamento mamário evidenciando três nódulos sólidos e irregulares, associado à distorção arquitetural e vascularizados ao Doppler, localizados no quadrante superior lateral (QSL) e quadrante superior medial (QSM) da mama esquerda visualizados em mamografia, tomossíntese e ao ultrassom de mamas (BI-RADS 4C) com hipótese diagnóstica de neoplasia de mama

multicêntrica. Ao exame clínico, apenas área de endurecimento em QSL da mama esquerda foi palpada. Realizadas biópsias por agulha grossa das lesões com resultado de benignidade (hiperplasia ductal usual/adenose e esclerose estromal acentuada) e punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de linfonodo axilar negativo para células neoplásicas. Porém, por não preencherem critérios de benignidade devido a morfologia e farmacocinética das lesões à ressonância magnética de mamas (BI-RADS 4 após core biopsy), foi optado pela ressecção completa das lesões.

**RESULTADOS:** Ressecção de lesão em QSM: lesão esclerosante radial e alterações de células colunares sem atipias. Ressecção de lesão em QSL: hiperplasia de células colunares com atipias. Ressecção de lesão em QSM/retroareolar: hiperplasia de células colunares com atipias; margens livres. As duas últimas com perfil imuno-histoquímico revelando expressão heterogênea de receptores de estrogênio e progesterona, além de expressão luminal de células mioepiteliais. Após procedimento, em seguimento ultrassonográfico, mamográfico e com ressonância magnética, não foram detectadas as alterações previamente descritas (BI-RADS 2).

**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:** O presente relato mostra uma paciente diagnosticada com hiperplasia de células colunares com atipia, multicêntrica, decorrente de anormalidade em exame de imagem, porém sem microcalcificações. Após o diagnóstico de HCCA por biópsia por agulha grossa é necessária biópsia excisional

e o seguimento de rotina com mamografia e exame clínico deve ser retomado. No caso de HCCA observada nas margens da excisão de CDIS ou câncer invasivo, não há evidências que sugiram a necessidade de ampliar a excisão. Conforme descrito na literatura é uma patologia rara e a paciente está sendo seguida com exames de rotina, não havendo indicação de quimioprevenção, pois o risco para desenvolver câncer de mama é igual ao risco observado nas lesões mamárias proliferativas sem atipias.

### **Análise da mutação TP53 c.1010G>A (p.Arg337His; R337H) em mulheres com câncer de mama diagnosticadas abaixo dos 50 anos e avaliadas em ambulatório de Oncogenética em Porto Alegre. Mais um motivo para rastreamento populacional geral abaixo dos 50 anos?**

*Autores / Instituição*

*Alessandra Borba Anton de Souza<sup>1</sup>; Felipe Zerwes<sup>1</sup>; Cristina Netto<sup>2</sup>; Camila Bittar<sup>2</sup>; Patricia Prolla<sup>2</sup>.*

*1. Pucrs, Porto Alegre - RS - Brasil; 2. Hcpa, Porto Alegre - RS - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A Síndrome de Li-Fraumeni (SLF) e a variante Síndrome de Li-Fraumeni-Like (LFL), são doenças autossômicas dominantes associadas a mutações germinativas no gene TP53 e caracterizadas por predisposição ao desenvolvimento de um amplo espectro de tumores em idade precoce. Os tumores mais comuns relacionados à SLF são sarcomas ósseos e de partes moles, carcinoma adrenocortical,



câncer de mama pré-menopáusico, entre outros. A mutação R337H em TP53 é uma mutação fundadora com uma prevalência populacional de 0.3% no Sul do Brasil. Indivíduos com esta mutação também têm maior risco para uma ampla gama de tumores do espectro típico da SLF. Em 2014, uma prevalência mutacional média de 12,1% foi descrita em mulheres não selecionadas para história familiar com câncer de mama pré-menopáusico recrutadas em diferentes regiões do país. O objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência da mutação R337H em mulheres que apresentaram câncer de mama com idade menor ou igual a 49 anos, as quais não estariam incluídas no rastreamento populacional no Brasil, segundo orientações do SUS.

**METODOLOGIA:** 331 mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama em idade igual ou inferior a 49 anos, atendidas no ambulatório de Oncogenética do HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) foram testadas para a mutação R337H de TP53. História familiar autorreferida de câncer foi coletada de cada paciente. As 331 mulheres testadas foram divididas em dois grupos, de acordo com critérios de Chompret, os quais definem fenótipo sugestivo da síndrome: grupo (1) foi composto por 46 mulheres com critérios de Chompret e grupo (2) por 285 mulheres sem critérios de Chompret.

**RESULTADOS:** Na amostra total, foram identificadas 7 portadoras da mutação (2,11%). Quando os grupos foram analisados separadamente, a prevalência foi 2,17% (grupo 1, 1

portadoras) e 2,11% (grupo 2, 6 portadoras).

**CONCLUSÃO:** Não houve diferença significativa entre as taxas de prevalência de mutação entre pacientes jovens com câncer de mama com e sem critérios de Chompret para síndrome de Li-Fraumeni. Embora a prevalência da mutação fundadora encontrada no presente estudo tenha sido menor que a publicada anteriormente, estudos adicionais, com número maior de participantes, são necessários para definição da real prevalência da mutação na região em mulheres com câncer de mama pré-menopáusico no Sul do Brasil. Considerando a possibilidade de alta prevalência da mutação nessa região do Brasil e de uma alta prevalência de câncer de mama em idade abaixo dos 50 anos que não coincide com a história familiar / critérios de Chompret para identificarmos clinicamente essas pacientes, seria esse mais um motivo para rastreamos as pacientes da população geral (que não são testadas pelo SUS) abaixo de 50 anos, pelo menos nessa região do país.

### **Segurança oncológica da Adenomastectomia: Experiência de um único cirurgião em 3 Hospitais brasileiros.**

*Autores / Instituição*

*Antônio Luiz Frasson<sup>1</sup>; Alessandra Borba Anton de Souza<sup>1</sup>; Betina Vollbrecht<sup>1</sup>; Martina Lichtenfels<sup>1</sup>; Ana Beatriz Falcone<sup>2</sup>; Fernanda Barbosa Coelho Rocha<sup>2</sup>.*

*1. Pucrs, Porto Alegre - RS - Brasil; 2. Hia. Eisten, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A adenomastectomia, também chamada de “nipple sparing mastectomy” (NSM), consiste na excisão cirúrgica de todo o tecido glandular mamário com preservação da pele e do complexo aréolo mamilar (CAM). Nos últimos anos, devido uma maior preocupação dos mastologistas com segurança oncológica e resultado estético, esta técnica cirúrgica surgiu como uma boa opção terapêutica tanto para pacientes que buscaram cirurgia redutora de risco, como para pacientes com neoplasia maligna. Diferentes autores vêm demonstrando segurança oncológica com o uso da adenomastectomia, com taxas de recorrência local e a distância, e sobrevida similares quando comparada a técnica de mastectomia total. Além disso, pacientes submetidas à adenomastectomia apresentam melhores resultados estéticos, e melhor qualidade de vida. Com objetivo de aprimorar o conhecimento sobre o uso de adenomastectomia em instituições brasileiras, este estudo visa avaliar recorrência local e complicações pós-operatórias de pacientes submetidas a adenomastectomia em 3 diferentes hospitais do Brasil, por um mesmo cirurgião experiente.

**MÉTODOS:** Estudo transversal e retrospectivo. Foram levantados os números de NSM realizadas por um único cirurgião entre 2003 e 2015 no Hospital São Lucas da PUCRS (HSL), Hospital Moinhos de Vento (HMV), e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

**RESULTADOS:** Um total de 261 pacientes foram submetidas à NSM no período de 2005 – 2015, com um seguimento médio de 37 meses. Pacientes sem dados completos no prontuário

foram excluídas da análise. Das 261 pacientes, 5 (2%) foram submetidas a NSM redutora de risco na mama contra lateral (na mama com câncer fizeram outra cirurgia que não NSM), 37 (14%) realizaram NSM redutora de risco sem diagnóstico de câncer, e 219 (84%) realizaram NSM para tratamento de câncer de mama (33 unilateral e 186 bilateral). A idade média foi de 46,5 anos, sendo 46,7 a idade média de pacientes submetidas a NSM terapêutica, e 45 anos para cirurgias profiláticas. Quarenta e uma pacientes (15,7%) possuíam histórico de câncer de mama e/ou ovário prévios, e 119 (45,6%) apresentavam história familiar de câncer de mama em familiares de primeiro, segundo ou terceiro grau. Das 37 pacientes submetidas à cirurgia redutora de risco, 24 (64,8%) realizaram testes genéticos, 20 (54%) apresentaram mutações em BRCA1/2, e 4 (10,8%) apresentaram resultados negativos para mutações genéticas conhecidas associadas a neoplasia mamária. Destas 4 pacientes com resultados negativos, todas apresentavam história familiar de câncer de mama em primeiro ou segundo grau. Das 261 pacientes, 24 (9,2%) apresentaram complicações pós-operatórias, 6 (2,3%) apresentaram infecção, 6 (2,3%) hematoma, 7 (2,7%) necrose parcial do CAM, 5 (1,9%) deiscência. Ainda, das 219 que realizaram NSM para tratamento de câncer, 30 (13,7%) pacientes apresentaram eventos desfavoráveis, 14 (6,4%) recidivas locais, 6 (2,7%) recidivas em linfonodos ipsilaterais, 7 (3,3%) metástases a distância, 3 (1,3%) recidiva em CAM, e nenhuma pacientes apresentou recidiva na mama contralateral. Apenas 1 paciente submetida a NSM redutora de risco apresentou evento desfavorável com recidiva

em linfonodo ipsilateral, e 3 pacientes (8%) tiveram achados acidentais de CDIS. Conclusões: As taxas de recorrência local de 6,4% em pacientes submetidas a NSM para tratamento do câncer de mama foram mais elevadas que as taxas encontradas em estudos recentes, em torno de 2,4%. Porém, as taxas de recidiva em CAM (1,3%) foram baixas e semelhantes aos dados da literatura. Nenhuma paciente apresentou recidiva na mama contralateral mostrando a eficácia do procedimento nestes casos. Apenas 1 paciente submetida a NSM redutora de risco apresentou recidiva em linfonodo ipsilateral. De todas pacientes submetidas a NSM apenas 9,2% apresentaram complicações pós-operatórias. Revisão sistemática que incluiu 73 estudos mostrou que pacientes submetidas a NSM apresentaram média de 22,3% de complicações pós-operatórias, taxas mais altas quando comparadas ao nosso estudo. As taxas de necrose parcial do CAM (2,7%), e infecção (2,3%) também estão de acordo com achados de outras pesquisas. Esses resultados em pacientes não selecionadas demonstram a segurança deste procedimento como opção terapêutica cirúrgica para pacientes com câncer de mama, e com alto risco de desenvolver câncer de mama, oferecendo excelente resultado estético. idade abaixo dos 50 anos que não coincide com a história familiar / critérios de Chompret para identificarmos clinicamente essas pacientes, seria esse mais um motivo para rastreamos as pacientes da população geral (que não são testadas pelo SUS) abaixo de 50 anos , pelo menos nessa região do país”.

## **Frequência de mutações germinativas de BRCA1 e BRCA2 em uma série de casos com câncer de mama metastático no Rio Grande do Sul.**

*Autores / Instituição*

*Alessandra Borba Anton de Souza<sup>1</sup>; Patricia Prolla<sup>2</sup>; Felipe Zerwes<sup>1</sup>; Marina Bianchi<sup>1</sup>; Cristina Netto<sup>2</sup>; Fernanda Damian<sup>1</sup>.*

*1. Pucrs, Porto Alegre - RS - Brasil; 2. Hcpa, Porto Alegre - RS - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O cânceres hereditários são caracterizados por mutações associadas com alta probabilidade de desenvolver câncer com fenótipos de alta penetrância, transmissão vertical e, comumente, apresentam associação com outros tipos de tumor. Os genes BRCA 1 e 2 são os principais genes conhecidos associados ao câncer de mama hereditário. Pacientes que apresentam critérios para possível neoplasia de origem familiar, necessitam de avaliação genética, uma vez que o diagnóstico de câncer hereditário resulta em condutas diferenciadas de manejo para o paciente e familiares em risco, incluindo prevenção e tratamento diferenciados. No Brasil, ainda são poucas as ações governamentais que objetivam a identificação, orientação e acompanhamento de indivíduos e famílias de alto risco para câncer hereditário.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, multicêntrico, com análise de prontuários de todas pacientes com câncer de mama metastático que tiveram os genes BRCA1 e BRCA2 analisados por sequenciamento e MLPA pelo

laboratório PATHWAY GENOMICS de forma assistencial. Serão coletados do prontuário médico dados referentes ao resultado da pesquisa de mutação genética, resultado do exame anátomo/patológico e imunohistoquímico.

**OBJETIVOS:** Analisar a frequência de mutação germinativa nos genes BRCA1 e BRCA2 nessa série de pacientes; analisar a frequência de variantes de significado incertos (VUS) nessa série de pacientes; analisar características epidemiológicas e tumorais das pacientes nesse série de casos.

**RESULTADOS:** Foram analisadas 70 prontuários de pacientes, com uma média de idade no diagnóstico primário de câncer de mama de 41 anos. Dessas, 30 (42%) pacientes tinham o tumor primário com receptores hormonais positivos e 12 (17%) triplo negativo. Seis (8%) pacientes apresentaram mutação patogênica no gene BRCA 1, quatro em BRCA 2 (6%) e uma (1%) paciente em BRCA 1 e BRCA 2. Foram detectadas em 2 (3%) pacientes apenas variantes de significado incerto (VUS) e em uma paciente com mutação patogênica em BRCA 1, também foi detectado VUS. Todas as pacientes apresentavam ao menos um critério para análise dos genes BRCA, segundo os critérios do NCCN (National Comprehensive Cancer Network).

**CONCLUSÃO:** Nessa série de casos de pacientes com critérios para testagem de BRCA foram encontradas 15% de pacientes com mutações patogênicas e 3% de VUS. Como na literatura, a maioria foi no gene BRCA 1. Pacientes metastá-

ticas com essas mutações podem se beneficiar de uso de drogas específicas, como inibidores da PARP, mas não sabemos, ainda, se pacientes mestatáticas estáveis se beneficiam ou não de cirurgias redutoras de risco de novos tumores (como nos ovários, por exemplo). Devemos treinar profissionais capazes de identificar as pacientes com indicação de aconselhamento e realização de testes genéticos para conhecermos as características das pacientes da nossa população.

## **Melanoma coroide metastático para mama. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Danielle Cristina Miyamoto Araújo<sup>1</sup>; Daniela Zaros Guimaraes<sup>1</sup>; Mila Trementosa Garcia<sup>2</sup>; Yedda Nunes Reis<sup>1</sup>; Edmund Chada Baracat<sup>1</sup>; José Roberto Filassi<sup>1</sup>.*

*1. Icesp Hc Fmusp, São Paulo - SP - Brasil; 2. Icesp Hc- Fmusp, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Melanoma é uma neoplasia maligna que tem origem nos melanócitos. Os últimos dados do Instituto Nacional do Câncer revelam 5670 casos novos em 2016 e 1547 mortes pela doença no Brasil. Sua agressividade se deve à alta possibilidade de metástase. O melanoma uveal é a malignidade intraocular mais comum, embora seja um subconjunto raro de todos os melanomas; é caracterizada por padrão de recorrência tardio, com muitos pacientes apresentando recorrência metastática mais de cinco anos após o tratamento da lesão primária e sem evidência de recorrência local. No entanto, aproximadamente metade

dos pacientes desenvolve doença metastática ao longo de 15 anos. Seus sítios de metástases mais comuns incluem fígado (90%), pulmão e pleura (24%); sendo, a metástase para a mama evento raro, com poucos casos descritos na literatura.

**MÉTODO:** Relato de caso de melanoma uveal metastático para mama e revisão da literatura.

**RESULTADO:** Paciente de 42 anos, com diagnóstico prévio de melanoma de coróide desde 2013, estágio pT3, atendida no ambulatório de Mastologia do ICESP HCFMUSP em dezembro/2016, com queixa de nódulo palpável em mama direita. Ao exame físico: nódulo de 8 cm em mama direita. Realizada CORE Biopsy que diagnosticou melanoma metastático em tecido mamário. O estadiamento sistêmico não evidenciou outros sítios de doença. Realizada mastectomia em fevereiro de 2017, com anátomo patológico final confirmando melanoma maligno metastático, lesão multifocal, com maior nódulo medindo 6,2 cm e as margens livres. Foi mantido seguimento ambulatorial em conjunto com oncologia clínica. Após 5 meses, apresentou progressão de doença em pulmão e sistema nervoso central.

**CONCLUSÃO:** O câncer metastático para a mama é raro e representa entre 1,7% a 6,5% das metástases em pacientes com autópsia com carcinoma. Em outra série de 4000 pacientes com câncer de mama, 3949 (99%) eram lesões primárias e 51 (1%) metastáticas. O maior estudo sobre metástases na mama de neoplasias malignas sólidas não mamárias demonstrou que o melanoma cutâneo metastático foi a

malignidade mais comum de órgãos sólidos com metástase na mama, com uma incidência de 38,5% de todos os casos, seguida por aparelho respiratório (pulmonar) e reprodutor feminino (ovário). A metástase de melanoma uveal para mama é ainda mais rara, apresentando poucos casos na literatura. Nas pacientes com histórico de câncer extra mamário, frente a presença de massa palpável em mama, a possibilidade de tumor primário de mama deve ser aventada, dada sua maior frequência. Assim, é recomendada a realização de uma mamografia bilateral diagnóstica e ultrassonografia, seguida de biópsia percutânea para estabelecer o diagnóstico histológico e definir o tratamento e prognóstico da paciente. O prognóstico a longo prazo da doença metastática do melanoma uveal é pouco conhecido; com uma média de sobrevida descrita de aproximadamente 12 meses. Apesar de incomum, a metástase é diagnóstico diferencial nas pacientes com massa mamária suspeita e história prévia de melanoma; seu tratamento deve ser individualizado, em pacientes com doença metastática limitada à mama, ou com carga mínima de doença em outros sítios, a excisão local das metástases pode ser considerada.

## **Tumor de células granulares da mama. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Daniela Zaros Guimaraes<sup>1</sup>; Mila Trementosa Garcia<sup>1</sup>; Flavia Cardoso Franca<sup>1</sup>; Mila Meneguelli Miranda<sup>1</sup>; Edmund Chada Baracat<sup>2</sup>; José Roberto Filassi<sup>1</sup>.*

*1. Hc-Fmusp / Icesp, São Paulo - SP - Brasil; 2. Hc-Fmusp, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Os tumores de células granulares (TCG) são causa incomum de neoplasia na mama, ocorrendo principalmente em mulheres na pré-menopausa. Podem ter origem em qualquer parte do corpo, sendo mais frequentemente encontrados na região da cabeça e pescoço, particularmente na língua. Dos casos relatados, cerca de 4 a 6% são de acometimento na mama. Embora quase sempre de comportamento benigno, os tumores de células granulares da mama muitas vezes podem imitar carcinomas invasivos tanto na apresentação clínica e como radiológica.

**MÉTODOS:** Relato de caso de uma paciente com tumor de células granulares da mama e revisão de literatura. Resultados: Paciente do sexo feminino, 65 anos, foi atendida no serviço de mastologia do HC-FMUSP em março de 2016, por alteração em mamografia de rotina. Nuligesta, antecedente familiar de neoplasia uma prima materna câncer de mama aos 70anos, antecedente pessoal de hipertensão arterial crônica bem controlada. Ao exame físico não apresentava alterações a inspeção ou palpação das mamas. Em mamografia de rastreamento foi identificada distorção arquitetural em quadrante supero lateral (QSL) da mama direita, de 1,1cm, distando 8,9cm da papila, ACR BI-RADS® 4; sem outros achados suspeitos em ambas as mamas. A ultrassonografia diagnóstica demonstrou área irregular de sombra acústica em QSL de mama direita, de 0,5x0,4cm, a 0,6cm da pele e cerca de 8cm da papila, em correspondência ao achado da mamografia, ACR BI-RADS® 4C. Prosseguiu-se a investigação anatomopatológica com biópsia assistida a vácuo com resultado

de Tumor de células granulares (com pesquisa para fungos e BAAR negativa por métodos imunohistoquímicos), considerados os achados radiológicos e anatomopatológicos concordantes. Foi realizada ressecção segmentar radioguiada do QSL da mama direita, com resultado de tumor de células granulares medindo 2,5cm no maior eixo e margens cirúrgicas livres.

**CONCLUSÕES:** Apresentamos este caso devido à raridade deste tumor e pela importância do diferencial com carcinoma de mama, pois apresentam semelhanças nos exames clínico e radiológico. Não há apresentação clínica uniforme do TGC; sua apresentação imagiológica é variável, podendo se apresentar na mamografia como uma massa bem circunscrita, uma densidade assimétrica ou massa espiculada. Tipicamente é uma lesão benigna; apenas 1% dos casos apresenta malignidade, com metástases (via linfática e hematogênica) para pulmão, osso, fígado e linfonodos axilares, e apresentam alta resistência a quimioterapia e radioterapia. Seu diagnóstico deve ser considerado no diagnóstico diferencial de lesões benignas e malignas, e depende da análise histológica e imunohistoquímica. Histologicamente, pode ocorrer dificuldade no diagnóstico diferencial com outras entidades, como carcinoma apócrino, lesões histiocitárias e doenças metastáticas; e, se caracteriza por massas ou ninhos de células com abundante citoplasma granular eosinofílico e que tipicamente expressam S100 e CD68 (KP-1). No entanto, a histogênese exata do TCG é ainda desconhecida. O tratamento consiste em ampla excisão local, e seu prognóstico é bom, com um baixo risco de recidiva.



## **Tratamento cirúrgico de Tumor Filoide maligno gigante: Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Thais Perez Vazquez; Maria Carolina Solani Bastos; Erika Kawano Machado Ferreira; Fabio Bagnoli; Vilmar Marques de Oliveira.*

*Santa Casa de São Paulo, Sao Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Tumor Filoide (TF) é neoplasia mamária conjuntivo-epitelial rara com incidência de 0,3 a 1% dos tumores primários da mama. Ocorre em qualquer idade, frequentemente entre 40 e 50 anos. Bilateralidade é pouco frequente (3% dos casos) 1,4. Podem ser benignos (70%), borderline (7%) ou malignos (23%) 3. Mesmo quando maligno, a taxa de metástase é inferior a 20% 6. A metástase desenvolve-se independente de recorrência local, preferencialmente por via hematogênica, raramente acometendo linfonodos. O diagnóstico geralmente é suspeitado quando há volumoso tumor, tipicamente maior do quatro centímetros (cm), de rápido crescimento, que pode levar abaulamento, distorção ou ulceração na pele, sendo difícil diagnóstico diferencial clínico e imagiológico com fibroadenoma (FA) 4,7. Devido à agressividade local e a alta taxa de recorrência, o tratamento consiste na exérese da lesão com margens livres (negativa de um cm) e não se faz necessária dissecação de linfonodos axilares. Há controvérsias na literatura quanto à complementação terapêutica utilizando radioterapia e quimioterapia 4.

**RELATO DE CASO:** C.H.W.K, 52 anos, casada, ajudante de serviços gerais, natural e procedente de São Paulo, G3P3C3A0, previamente hígida, no período perimenopausa, nunca tendo feito uso de terapia anticoncepcional e sem fatores de risco para neoplasia mamária. Encaminhada ao Ambulatório de Mastologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) com queixa de nódulo mamário a direita de evolução há três anos. Após trauma local, paciente referia surgimento de nódulo mamário e crescimento progressivo no período, não procurando serviço médico desde o ocorrido. Em Dezembro/ 2016 a tumoração iniciou com sinais flogísticos locais e rápido aumento de tamanho, além de drenagem espontânea de secreção sanguinolenta. Ao exame físico, evidenciado volumosa tumoração em mama direita de cerca de 15 cm, destruindo sua arquitetura local; ausência de linfonodomegalias. Ao exame ultrassonográfico visualizado tumoração gigante, difusamente heterogênea com áreas anecóides, sugerindo necrose, contornos mal definidos em Quadrante Súpero Lateral (QSL) da mama direita estendendo-se para a região axilar. Mama esquerda sem alterações. Exame compatível com classificação 5 da Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS). À mamografia, não realizada em mama direita, devido à alteração local; mama esquerda compatível com classificação 2 de BIRADS. A Biópsia Agulha Grossa foi realizada e concluiu tratar-se de neoplasia de caráter benigno fusocelular, sendo necessário retirada total da lesão para esclarecimento do diagnóstico. Em Maio/17 realizado exérese total da lesão, mastectomia, inicialmente através

de identificação, clampeamento e ligadura de artérias perfurantes do segundo ao quarto espaço intercostal, seguido da ligadura de artéria torácica lateral com retirada em bloco de peça cirúrgica que pesou 3,5 kg com dimensões de 20x18x16 cm. Realizado fechamento primário de leito cirúrgico. Foi obtido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto à paciente. A avaliação anatomopatológica final concluiu tratar-se de TF maligno com margens cirúrgicas livres. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório e segue em acompanhamento clínico ambulatorial, sem evidências clínicas de recidiva local ou de metástases.

**DISCUSSÃO:** O TF não apresenta sinais patognomônicos aos exames de imagem. Geralmente é lesão solitária e bem delimitada com característica de rápido crescimento, em alguns pacientes, aparece lentamente ao longo de vários anos seguida de um crescimento acelerado. O principal diagnóstico diferencial faz-se com o FA, devido a suas semelhanças morfológica e radiológica. Apesar da velocidade de crescimento ser aumentada no TF, esta não é preditiva de malignidade. A transformação do componente estromal de células monoclonais benignas em malignas no TF é fenômeno raro e poucos casos são relatados na literatura 8. Mesmo quando maligno, o TF apresenta taxa de metástase inferior a 20% 6. Os sítios comuns de implante metastáticos são pulmões (66%), ossos (28%) e cérebro (9%) 5. A metástase desenvolve-se independente de recorrência local, preferencialmente por via hematogênica, raramente acometendo linfonodos. Tratamento padrão para o TF permanece sendo a ressecção

cirúrgica com margens negativas, recomendado ao menos 1cm. Okendi et al. pode concluir em coorte retrospectiva realizada na Mayo Clinic que cirurgia conservadora com margens menores que 1 cm, maiores ou iguais a 1cm ou mastectomia em TF malignos ou borderline não impactaram em menor recidiva local. TF gigantes constituem um desafio cirúrgico, uma vez que, devido à rica rede de neovascularização e a alteração arquitetural proveniente do rápido crescimento tumoral, promovem dificuldade imperiosa a realização cirúrgica. Ressalta-se a importância de um adequado planejamento cirúrgico e de conhecimento anatômico para exérese segura de lesão e redução de danos vasculares e nervosos. Visando-se assim menor morbidade pós-operatória.

**CONCLUSÃO:** Os TF de grande volume ou até mesmo gigantes devem ser operados o mais breve possível uma vez que a progressão destas neoplasias costumam ser rápidas e poderão dificultar o manejo cirúrgico. Detalhes técnicos como clampeamento das principais artérias que irrigam a mama antes da ressecção mamária facilitarão a abordagem cirúrgica. Apesar de tratar-se de patologia rara, deve ser lembrado no diagnóstico diferencial nos casos de nódulos benignos da mama. Taxas elevadas de recorrência local justificam a necessidade de vigilância clínica e imaginológica.

**REFERÊNCIAS:** 1. Perez J Á P, Sanchez G C, Bohle J O, Pobleto M T S, Hernandez M H. Tumor filoides de la mama. Caracterización clínica e histopatológica de 39 casos. Rev Chilena de Cirurgia. 2007;59(3):185-9. 2.Chen W H,

Cheng S P, Tzen C Y, Yang T L, Jeng K S, Liu C L, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast: retrospective review of 172 cases. *J Surg Oncol*. 2005;91(3):185-94. 3. Tavassoli F A, Devilee P, editors. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology & Genetics of Tumors of the Breast and Female Genital Organs. Lyon: International Agency for research on Cancer Press 2003:99-103. 4. Grau, A M.; Facs, A B C; Fasto, R C. Phyllodes tumors of the breast. Up to Date Apr2017 5. Rodrigues, G C R.; França, M K; Valença, S C et al. Tumor floide maligno de mama bilateral: relato de caso. *Rev Bras Mastologia*. 2014;24(2):57-59 6. Mishra SP, Tiwary SK, Mishra M, Khanna AK. Phyllodes tumor of breast: a review article. *ISRN Surg*. 2013;2013:361469 7. Jacklin R K, Ridgway P F, Ziprin P, Healy V, Hadjiminis D, Darzi A. Review: Optimising preoperative diagnosis in phyllodes tumor of the breast. *J Clin Pathol*. 2006;59:454-9. 8. Mitu? J W, Blecharz P, Reinfuss M, Kulpa JK, Skotnicki P, Wysocki WM. Changes in the clinical characteristics, treatment options, and therapy outcomes in patients with phyllodes tumor of the breast during 55 years of experience. *Med Sci Monit*. 2013;19:1183-7

## **Relato de caso: Metástase axilar de dois sítios primários**

### ***Autores / Instituição***

***Jéssica Ponte Portella<sup>1</sup>; Ana Paula Victor Schmitt<sup>1</sup>; Antônio Bailão Júnior<sup>1</sup>; Marcus de Medeiros Matsushita<sup>2</sup>.***

***1. Hospital de Câncer de Barretos, Barretos - SP - Brasil; 2. Hospital de Cancer de Barretos, Barretos - SP - Brasil.***

**INTRODUÇÃO:** A avaliação dos linfonodos axilares no câncer de mama é fundamental para estadiamento e tratamento da doença, sendo importante fator prognóstico, uma vez que 95% das neoplasias da mama drenam para cadeia axilar. Dessa forma, é mandatória a biópsia do linfonodo sentinela no tratamento cirúrgico em pacientes com axila clinicamente negativa no exame físico. Uma série de estudos (entre eles: Cavanese, Veronesi, ACOZOG Z010) evidencia alta taxa de identificação no linfonodo sentinela e o número de falso negativo aceitável. No melanoma, a avaliação dos linfonodos regionais é realizada a depender da classificação de Breslow, e os linfonodos axilares poderão ser biopsiados de acordo com topografia da lesão na pele, constituindo importante fator prognóstico. A presença de metástase sincrônica de dois sítios primários distintos em uma mesma cadeia linfonodal é incomum, com incidência pouco descrita na literatura, e não possui um tratamento bem estabelecido.

**MÉTODO:** Procurou-se descrever relato de caso em que foi evidenciada metástase simultânea de duas neoplasias primárias na mesma região de drenagem linfática.

**RESULTADOS:** Paciente do sexo feminino, branca, 56 anos, admitida no serviço de Mastologia do Hospital de Câncer de Barretos em maio de 2017 para avaliação de nódulo em mama direita com evolução de 4 meses. Ao exame físico, presença de nódulo palpável de 2,5cm em quadrante ínfero-medial da mama direita, com axilas livres. Estadiamento clínico IIA (T2N0M0). Mamografia com BI-RADS® 0 em mama direita

e ultrassonografia mamas com BI-RADS® 4C em mama direita: área nodular de 1,5x1,5 cm as 4h, axilares livres. Realizada core biopsy e diagnosticado carcinoma lobular invasivo, grau histológico (Nottingham) I, receptor de estrogênio 100%, progesterona 30%, Ki-67 20%, HER-2 negativo (FISH). Apresentava história pessoal de melanoma nodular em flanco à esquerda, diagnosticado em 2014, Breslow 2mm, mutação detectada do gene BRAF, tratado com ampliação de margens e linfadenectomia axilar à esquerda, e o adjuvância com radioterapia axilar esquerda. Devido à progressão de doença, com metástase em sistema nervoso central (SNC), fígado e pulmão, foi realizada radioablação de metástases em SNC e iniciada terapia alvo com vemurafenibe. Após um ano, foi iniciada imunoterapia com ipilimumab associada a nivolumab, e alcançada estabilização da doença direita. Foi submetida, então, a quadrantectomia ínfero-medial de mama e pesquisa de linfonodo sentinela em axila direita, com ressecção de dois linfonodos. À congelação, apresentou margens comprometidas na peça cirúrgica da mama direita, metástase de carcinoma em um dos linfonodos e metástase de melanoma no outro linfonodo. Sendo assim, foi realizada mastectomia e linfodectomia axilar à direita no mesmo tempo cirúrgico. O exame anatomopatológico detalhado confirmou metástase de carcinoma em um linfonodo e metástase de melanoma em outro linfonodo (vide exame imuno-histoquímico - Tabela 01). A análise das peças cirúrgicas de mama evidenciou carcinoma lobular invasivo, grau histológico II (moderadamente diferenciado), com tumor medindo 1,8x0,9x0,6cm, carcinoma “in situ” associado,

invasão angiolinfática presente, ausência de invasão perineural, margens cirúrgicas livres. Foram identificados quinze linfonodos, livres de comprometimento neoplásico. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós operatório e foi encaminhada para radioterapia adjuvante em plastrão e fossa supraclavicular à direita e hormonioterapia com anastrozol.

**DISCUSSÃO:** A metástase axilar de dois focos primários não é bem descrita na literatura. Não há dados conclusivos sobre a incidência concomitante e a relação de carcinoma lobular invasivo, ou outras neoplasias primárias da mama, com câncer de pele do tipo melanoma. Contudo, é bem descrita a proposta terapêutica de linfonodectomia e o prognóstico diante de metástase linfonodal, tanto para o tratamento de carcinoma lobular invasivo de mama quanto para o melanoma. Sabe-se que, para melanoma, a presença de linfonodos comprometidos é associada à diminuição significativa das taxas de sobrevida em 5 anos, podendo variar entre 20 e 70%, de acordo com o volume de comprometimento linfonodal. Para o carcinoma lobular invasivo, que representa 5-15% dos carcinomas invasivos da mama, assim como no tipo ductal, a presença de metástase axilar interfere diretamente na taxa de sobrevida global e taxa livre de doença. A abordagem de linfonodos regionais para tratamento de câncer de mama tende a ser mais conservadora, embasada por grandes estudos como ACOZOG Z011 e AMAROS, enquanto que, para o melanoma, a dissecação linfonodal permanece como tratamento principal na evidência clínica de acometimento linfonodal. Neste caso, diante

desse achado, positivo para duas neoplasias distintas, foi realizado linfonodectomia axilar e radioterapia adjuvante, com o objetivo de maximizar o controle locorregional, oferecendo terapêutica potencialmente curativa para o câncer de mama, além de contemplar tratamento cirúrgico paliativo do melanoma metastático.

**CONCLUSÃO:** Tendo em vista a escassez de dados na literatura sobre tratamento de metástase linfonodal de duas neoplasias primárias distintas, e diante da estabilidade da doença melanoma apresentada pela paciente ao longo de 24 meses, foi optado por realização de tratamento otimizado para carcinoma lobular invasivo da mama com metástase em linfonodo axilar, com intenção curativa. O seguimento do caso ao longo do tempo trará informações relevantes sobre o controle de ambas as doenças, além de auxiliar a definição de condutas futuras.

### **Qual a eficácia da cirurgia conservadora em pacientes com câncer de mama localmente avançado que realizaram tratamento neoadjuvante?**

*Autores / Instituição*

*Gabriela Boufelli de Freitas; Bruna Salani Mota; Flavia Cardoso Franca; Jose Roberto Morales Piato; Fernanda Barbosa Coelho Rocha; José Roberto Filassi.  
Icesp, Sao Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O objetivo do trabalho foi avaliar a eficácia oncológica da cirurgia conservadora após o tratamento neoadjuvante

em pacientes com câncer de mama localmente avançado.

**MÉTODOS:** Foi conduzido um estudo coorte retrospectivo avaliando pacientes com câncer de mama localmente avançado (Estádio IIb a III) tratadas no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) entre 2008 e 2016, centro de referência para tratamento oncológico. Os desfechos avaliados foram: sobrevida livre de doença (SLD), sobrevida livre de recorrência local (SLRL) e sobrevida global (SG). Foram realizadas análises multivariadas utilizando modelos de risco proporcionais de Cox.

**RESULTADOS:** 530 pacientes foram incluídas, 26% (138) estavam no estágio IIb, 41,9% (222) IIIa, 29,6% (157) IIIb e 2,5% (13) IIIa. Em 88,8% (470) o tipo histológico foi carcinoma ductal invasivo. A idade média foi 51,5 (23-95). 95,5% e 4,5% foram submetidas a tratamento com quimioterapia neoadjuvante e hormonioterapia neoadjuvante respectivamente. A cirurgia conservadora foi realizada em 24,5% (130) pacientes e 75,5%(400) foram submetidas a mastectomias. O seguimento médio foi 36,4 (0,16-80,2) meses. Não houve diferenças na sobrevida livre de recorrência local: 59 (95% IC 58-61) contra 60 (95% IC 57-60);  $p=0,4$  e na sobrevida global: 56,2 (95% IC 52-60) contra 59,3 (95% IC 53-65);  $p=0,24$  para mastectomias e cirurgias conservadoras respectivamente. A sobrevida livre de doença foi menor no grupo submetido a mastectomia: 51,4 (95% IC 49-53) contra 56,8 (95% IC 53-59);  $p=0,01$ .

**CONCLUSÃO:** Na população estudada, não

houve diferença na sobrevida global e sobrevida livre de recorrência local entre as pacientes submetidas a cirurgia conservadora em relação a pacientes submetidas a mastectomia pós tratamento neoadjuvante, sendo, então, a cirurgia conservadora segura para ser realizada nas pacientes com desejo de cirurgia conservadora pós tratamento neoadjuvante.

### **A importância da Tomossíntese no diagnóstico de Carcinoma de Mama Multicêntrico. Relato de caso.**

*Autores / Instituição*

*Laureano A J; Julio Cesar Narciso Gomes; Menossi Ca; Rodrigues K G; Carolina Del Negro Visintin; Leme Lhs.*

*Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O rastreamento mamográfico inicia se aos 40 anos, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Mastologia. Com o rastreamento mamográfico e melhor acurácia dos métodos de imagem, observamos aumento do número de tumores multicêntricos diagnosticados, o que traz um desafio na prática clínica para o mastologista. Temos uma incidência de carcinoma multifocal e multicêntrico da mama de 13 a 70 % dos casos diagnosticados dependente dos exames empregados.

**RELATO DE CASO:** Paciente C.A.S.P., 71 anos, menopausada há 16 anos, com antecedente de terapia hormonal por 5 anos e histórico de nódulo palpável na mama direita há 10 anos em seguimento mamográfico semestral. En-

caminhada para nosso serviço por achado de um nódulo BIRADS 5 à mamografia, na mama direita. Ao exame físico apresentava nódulo palpável de aproximadamente 2cm em união dos quadrantes mediais (UQM) com axila clinicamente positiva. Realizada tomossíntese, que evidenciou 3 nódulos irregulares na mama direita: em UQM de 7x5mm (A), em quadrante inferior medial (QIM) de 9x7 mm (B) e em quadrante inferior lateral (QIL) de 13x9mm (C). Realizado biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia com os seguintes resultados, em A) carcinoma ductal invasivo (CDI) grau 2 receptores hormonais positivos, Her 2 indeterminado, FISH negativo, Ki 67 10%; em B) CDI grau 2, receptores hormonais positivos, HER 2 negativo, Ki67 8%; em C) CDI, grau 2, receptores hormonais positivos, Her 2 negativo, Ki 67 8%. Estadiamento para metástase a distância negativo, classificado portanto como CDI luminal A multifocal e multicêntrico - T2N1M0 EC IIb. Optado por realizar mastectomia radical modificada à Madden e esvaziamento axilar até nível II de Berg à direita. O estudo anátomo-patológico identificou CDI, grau 2, medindo 1,6 cm; Carcinoma Ductal "in situ" sólido, cribriforme grau 2/3, multicêntrico em QIL e QIM, com invasão vascular e perineural presentes; pele e margens cirúrgicas livres de neoplasia; 1(3mm)/11 linfonodos axilares com metástase carcinomatosa. Proposta quimioterapia adjuvante devido ao comprometimento linfonodal, invasão vascular e perineural seguido de hormonioterapia com anastrozol por 10 anos e radioterapia adjuvante. Prescrito anastrozol e encaminhada à radioterapia pela recusa da paciente em realizar quimioterapia.



**DISCUSSÃO:** Embora nos EUA o FDA já tenha aprovado o uso clínico da tomossíntese, no Brasil não dispomos de protocolos de conduta para utilização. Neste relato de caso, levantamos a discussão sobre a impotência da tomossíntese, uma vez que é um exame pouco difundido e indisponível na maioria dos serviços, que não tem maior custo, nem necessidade de aparelho específico, apenas software apropriado para o exame. No presente estudo mostramos que esse exame possibilitou o diagnóstico de carcinoma multicêntrico, inclusive mudando a indicação cirúrgica para cirurgia radical. Podemos questionar se deixamos de diagnosticar mais carcinomas multicêntricos ou multifocais porque não temos disponível, em alguns serviços, o exame adequado para avaliação pré-operatória. A tomossíntese pode se mostrar estratégia viável evidenciando superioridade em relação à mamografia pois tem melhora na taxa de detecção, menos falsos negativos e menos falsos positivos, o que leva à redução da taxa de reconvocação, podendo ter impacto na diminuição de recidivas precoces.

### **Correlação imagenológica x Anátomo patológica em biópsias de mama guiadas por ultrassom**

*Autores / Instituição*

*Laureano A J; Carolina Del Negro Visintin; Menossi Ca; Julio Cesar Narciso Gomes; Ariane Andrade dos Santos Anacleto; Leme Lhs. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama apresenta uma curva ascendente e representa a primeira

causa de morte por câncer na população feminina brasileira (1). Proporcional à sua magnitude, os métodos de rastreamento diagnóstico e acesso ao tratamento tornam-se caracteres imprescindíveis de estudo. Como método diagnóstico foi utilizada a biópsia por agulha grossa guiada por ultrassom, obtendo material para estudo anatomopatológico e imunohistoquímico.

**MÉTODO:** Realizamos análise retrospectiva das biópsias por agulha grossa guiadas por ultrassonografia de Janeiro de 2016 a Junho de 2017 para correlação entre os descritores convencionados pelo sistema BIRADS com o resultado anátomo patológico (AP) do Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUC Campinas.

**RESULTADOS:** Foram realizadas 271 biópsias, apresentando positividade para Carcinoma Ductal Invasivo em 26,9% dos AP. No estudo, foram analisados os seguintes marcadores imagenológicos das margens: indistinto, angular, microlobulado e espiculado, segundo a 5ª atualização da Classificação BIRADS. Obtivemos na nossa análise os seguintes resultados: Indistinto: 22,5% Angular: 12,6% Microlobulado: 18,3% Espiculado: 28,16% No estudo observamos positividade no AP para neoplasia em 3,69% das classificações Bi-rads 3.

**CONCLUSÃO:** Na presente análise obtivemos maior correlação com carcinoma quando a margem foi espiculada, o que mostra que esta se apresenta como o caracter ultrassonográfico de maior suspeição, como já era esperado. Obtivemos também cerca de 3,7% de carcinomas quando a classificação ultrassonográfica era BIRADS 3, que mostra valor aproximado ao

esperado (cerca de 2%), embora tivemos maior porcentagem podemos questionar se esta se deve ao fato de nos encontrarmos em serviço de referência para o município. Devemos sempre avaliar a qualidade do serviço com preocupação quanto à reportagem dos laudos obtidos se estes apresentam-se em concordância com a classificação BIRADS, por isso a importância de se correlacionar os dados obtidos e avaliar se há concordância imagenológica com anatomopatológica.

### **Carcinoma Papilífero Intracístico: Relato de Caso com Apresentação Atípica como Lesão Sólida no Prolongamento Axilar**

*Autores / Instituição*

*Ana Gabriela de Siqueira Santos; Yedda Nunes Reis; Carolina Malhone; Edmund Chada Baracat; José Roberto Filassi.*

*Setor de Mastologia da Disciplina de Ginecologia da Fmusp, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** O carcinoma papilífero intracístico, ou carcinoma encapsulado papilífero da mama, é uma neoplasia rara, que corresponde a cerca de 0,5 a 2% dos tumores de mama. Tradicionalmente considerado uma variante do carcinoma ductal in situ (CDIS), é caracterizado por carcinoma papilífero no interior de um ducto dilatado. Há controvérsia sobre o potencial maligno destes tumores, pois, apesar usualmente apresentarem comportamento benigno, a ausência de células mioepiteliais e o surgimento de relatos de casos com metástases linfonodais e à distancia (1-3) suscitam

esta dúvida. A apresentação mais frequente são nódulos palpáveis na região subareolar em mulheres mais velhas, correspondendo a lesão sólido-cística à ultrassonografia (USG). Podem estar associados a fluxo papilar, frequentemente sanguinolento. Segue o relato de caso de paciente em que a apresentação do carcinoma papilífero intracístico foi atípica, tanto pela topografia axilar, quanto pelo caráter sólido da lesão nos exames de imagem.

**MÉTODOS:** Os dados clínicos, imagens radiológicas e laudos anatomopatológicos da paciente em questão foram obtidos por meio de prontuário eletrônico do ICESP. O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e a paciente assinou termo de consentimento livre e esclarecido.

**RESULTADOS:** Trata-se de paciente de 67 anos com história de nódulo palpável na região axilar esquerda há 7 anos, de crescimento lento. Foi encaminhada ao nosso serviço após biópsia excisional pela equipe da Dermatologia, com laudo anatomopatológico (AP) de "tumor papilífero apócrino intracístico". A ausência de células mioepiteliais favorece o diagnóstico de carcinoma papilífero intracístico. Não apresentava alterações palpáveis ao exame físico das mamas, assim como apresentava mamografia (MMG), ultrassonografia (USG) e ressonância magnética (RM) das mamas dentro da normalidade. O USG prévio à biópsia excisional revelava nódulo sólido de 6,0x4,0x1,0cm em região axilar esquerda, interrogava possibilidade de conglomerado linfonodal suspeito para acometimento secundário. A revisão de anatomopatológico concluiu se tratar de carcinoma papilífero en-

capsulado de padrão apócrino, presente em derme e hipoderme, com contornos circunscritos e encapsulados; não foi identificada invasão vacular e as margens de ressecção cirúrgica estavam livres de neoplasia. Com relação ao estudo imuno-histoquímico, não houve expressão de receptores para estrogênio, progesterona, CK14, CK5 e p63; HER 2 foi indeterminado (2+) com FISH negativo; KI 67 expresso em 15% da amostra. Há uma ressalva, pois não é possível categorizar a amostra como origem mamária de maneira inequívoca, devido a topografia axilar e a não identificação de tecido mamário adjacente na amostra. No entanto, considerando todas as variáveis, a lesão é melhor classificada como carcinoma encapsulado papilífero de padrão apócrino, considerando a morfologia e o estudo imuno-histoquímico. O seguimento da paciente, após a ressecção com margens livres, foi realizado com exame clínico semestral e mamografia anual, sem tratamento adjuvante, baseado no comportamento biológico e na origem histogenética tumor.

**CONCLUSÕES:** O carcinoma papilífero intracístico da mama é uma neoplasia rara, tradicionalmente considerada uma variante do carcinoma ductal in situ (CDIS), caracterizado por carcinoma papilífero no interior de um ducto dilatado. A terapêutica consiste na excisão cirúrgica com margens negativas e é baseada no comportamento biológico e na origem histogenética do tumor, sendo que menos de 3% dos casos apresentam metástases axilares. A adjuvância com radioterapia e hormonioterapia é considerada apenas em casos de recidiva ou presença de lesão invasiva. Diante do número escasso de estudos sobre o

assunto e, em especial, da apresentação clínica incomum encontrada no caso desta paciente, em que o diagnóstico foi realizado por biópsia excisional de lesão sólida em topografia axilar, este relato pode auxiliar no desafio diagnóstico destes casos e contribuir para aprimorar os conhecimentos atuais sobre o tema.

### **Estudo retrospectivo da biópsia do linfonodo sentinela positivo no câncer de mama luminal A: avaliação da importância da linfadenectomia axilar no planejamento da quimioterapia adjuvante**

*Autores / Instituição*

*Priscila Tavares Cruz Lugarinho; Larissa Brás Santos Leite; Francisco Jose Candido dos Reis; Isabela Panzeri Carlotti Buzatto; Vinicius Cesar Monterani; Franklin Fernandes Pimentel. Hcrp-Fmrp-Usp, Ribeirao Preto - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Atualização após 10 anos do estudo ACOSOG Z0011 demonstrou que mulheres tratadas por câncer de mama com tumores até 5 cm (T1 ou T2), axila clinicamente negativa, porém com 1 a 2 linfonodos sentinela positivos (LN+), tiveram sobrevida global equivalente entre os grupos tratados com ou sem linfadenectomia axilar (LNA). Interessante notar que o conhecimento da biologia tumoral e os fatores considerados para indicação de quimioterapia adjuvante passaram por várias mudanças nos últimos 10 anos. Nos casos de tumores HER2+, triplo-negativos (TN) e luminais B, a identificação de comprometido axilar (mesmo que apenas um linfonodo) é considerado fator

de risco e preditivo para quimioterapia adjuvante. No entanto, nos casos de câncer de mama luminal A, a menor sensibilidade ao tratamento quimioterápico e a aprovação recente do uso clínico de assinaturas genéticas, tem influenciado a não realização de quimioterapia adjuvante, mesmo em casos de linfonodo axilar (LN) comprometido. Essa opinião pode ser comprovada no consenso de St. Gallen 2015, quando apenas 35% dos participantes consideraram que, em tumores luminal A, o acometimento axilar de 1 a 3 linfonodos deve ser considerado como fator de risco para indicação de quimioterapia; enquanto a grande maioria, 91%, consideraram necessário 4 ou mais linfonodos comprometidos para tal indicação. Desta forma, à luz da compreensão atual do câncer de mama luminal A, a extensão do acometimento axilar poderia influenciar na decisão da quimioterapia adjuvante, e sua adequada avaliação mostra-se com maior importância para a decisão terapêutica do que há 10 anos.

**OBJETIVOS:** Pretendemos nesse estudo retrospectivo avaliar o percentual de pacientes tratadas de câncer de mama luminal A que teriam tratamentos diferentes se, após a biópsia de linfonodo sentinela (BLS) positiva, não fossem submetidas à LNA.

**MÉTODOS:** Foi realizada análise retrospectiva de prontuários de 344 pacientes tratadas de câncer de mama no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto / FMRP / USP de janeiro de 2014 a maio de 2016 e os tumores classificados de acordo com o subtipo molecular em luminal A (RE e/ou RP+, HER2 negativo e Ki-67 $\leq$ 20%),

luminal B (RE e/ou RP positivo; HER2-positivo e/ou Ki67 $>$ 20%), HER-2 (RE e RP negativos; HER2 positivo) e triplo-negativo (TN) (RE, RP e HER2 negativos). Os casos de tumores luminal A submetidos à cirurgia primária foram analisados em relação ao tipo de abordagem axilar (LNA ou BLS), e os casos de BLS foram divididos em: negativos; apenas 1 LN positivo; 2-3 LN positivos ou - 4 LN positivos.

**RESULTADOS:** Das 344 pacientes analisadas, 203 apresentaram tumores subtipo luminal A (60%), 56 luminal B (16%), 18 HER-2 (5%) e 58 TN (17%). Foram excluídas 9 pacientes devido a informações incompletas no laudo anátomo-patológico que impediram a classificação do subtipo. Dos 203 casos de tumores luminal A, 34 realizaram quimioterapia neoadjuvante e 169 foram submetidas a tratamento cirúrgico primário; das quais, 31 realizaram LNA por axila clinicamente comprometida ou punção por agulha fina positiva (18%), 7 LNA por BLS não corado (4%), 131 BLS (78%). Essas 131 pacientes submetidas a BLS foram classificadas em: BLS negativa (103 casos; 79%) e BLS positiva (28 casos; 21%) (16 com apenas 1 LN+ (12%); 11 com 2 a 3 LN+ (8%); e um caso com ?4 LN+ (1%)).

**CONCLUSÕES:** Nas pacientes tratadas por câncer de mama luminal A com cirurgia primária e abordagem axilar por BLS, 20% apresentaram apenas 1 a 3 LN positivos após LNA e poderiam eventualmente não receber quimioterapia adjuvante dependendo do protocolo instituído e, principalmente, se não tivessem outros fatores de risco e/ou possuíssem assinatura

genética de baixo risco. Nesses casos, a não avaliação da extensão do comprometimento axilar poderia deixar de fornecer todas as informações clínicas para o planejamento da terapia adjuvante, expondo essas pacientes à quimioterapia eventualmente desnecessária. Dessa forma, apesar da avaliação das pacientes do estudo ACOSOG Z0011 não ter evidenciado comprometimento da sobrevida em pacientes submetidas a biópsia de linfonodo sentinela positivo sem linfadenectomia axilar, identificamos um desafio na aplicação generalizada dessa abordagem, principalmente no subtipo luminal A, onde a quantidade de linfonodos positivos é um fator importante para a decisão do tratamento adjuvante. Portanto, a abordagem da axila nos tumores luminal A, sem outros fatores de risco que sejam motivadores da indicação de quimioterapia adjuvante, deve ser cuidadosamente discutida em equipe multidisciplinar com mastologista, oncologista clínico e radio-terapeuta, uma vez que a exérese exclusiva do linfonodo sentinela positivo (sem esvaziamento axilar) poderia prejudicar a adequada avaliação e planejamento terapêutico.

### **A correlação entre diagnóstico precoce do Câncer de Mama Gestacional e melhor prognóstico das pacientes**

*Autores / Instituição*

*Ana Claudia Dias Sousa Figueiredo<sup>1</sup>; Malusa Salomao de Pinho<sup>2</sup>; Michelle Leonor Velloso Possal<sup>1</sup>; Karen Pereira Rezende<sup>1</sup>; Nathália Cristina Toledo de Castro<sup>1</sup>; Júlia Maria Mascarenhas Alvarenga<sup>1</sup>.*

**1. Faculdade Ciências Médicas da Saúde-Suprema, Juiz de Fora - MG - Brasil; 2. Prefeitura de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG - Brasil.**

**INTRODUÇÃO:** O câncer de mama gestacional (PABC) é aquele que ocorre durante a gravidez ou até um ano pós-parto. É a segunda causa de neoplasia relacionada à gravidez - em uma relação de 1/3.000 a 1/10.000 gestações -, que representa 0,2 a 3,8% de todos os cânceres que aparecem nesse período. O PABC quando comparadas às mulheres não grávidas (não-PABC) com o mesmo estágio clínico, não apresenta diferenças significativas com relação à sobrevida e intervalo livre de doença. No entanto, as mudanças fisiológicas dessa fase, decorrentes do estímulo hormonal, somadas ao fato das mulheres estarem engravidando mais tardiamente, do ultrassom (USG) mamário não ser rotina no pré-natal e de o autoexame não ser uma prática habitual para muitas mulheres tornam o diagnóstico difícil e o estadiamento tardio, comprometendo a sobrevida da população feminina.

**MÉTODO:** Pesquisas feitas nas bases indexadoras MedLine, LILACS e SciELO no período de julho a setembro de 2017, com os descritores Breast Cancer, Pregnancy, Diagnostic. Foram encontrados 40 artigos quando selecionado Review e Free Full Text, cujos anos de publicação variaram de 1989 a 2016. Variáveis: ano de publicação, periódico de publicação e identificação do enfoque dado à temática em estudo.

**RESULTADO:** Os PABCs são geralmente en-

contrados em estágio avançado, com maior incidência de metástases nos linfonodos e pouco diferenciados, sendo que o atraso no diagnóstico eleva sua agressividade. Isso se deve ao fato de que as alterações fisiológicas encontradas na mama gravídica, como hipertrofia e ingurgitamento, dificultam a detecção de tumorações. Baseando-se nos estudos, foi analisado que há um atraso diagnóstico entre a ocorrência dos sintomas apresentados e o início do processamento da massa mamária em 50% dos casos, demorando em média 3 meses ou mais para ser feito em pacientes lactantes ou gestantes, sendo que mais de 40% das pacientes que realizaram pré-natal são diagnosticadas durante a lactação. Devido a esse diagnóstico tardio, portanto, a duração média da doença é em torno de 11,5 meses com 50% de taxa de sobrevivência aos 3 anos. Em comparação com os não-PABCs, os PABCs apresentam uma frequência duas vezes maior de expressão excessiva de HER2 e de receptores hormonais (ER, PR), o que torna seu prognóstico desfavorável. Alguns outros fatores como a idade no diagnóstico - pacientes mais velhas tendem a ter tumores maiores, com estágios avançados e com envolvimento de linfonodos - e o padrão de crescimento mais agressivo do tumor, causado pelos efeitos biológicos da gravidez, também estão associados a um mau prognóstico. Dentro da propedêutica complementar, a USG é um procedimento de diagnóstico mais adequado do que a mamografia, uma vez que a sensibilidade mamográfica é de 86,7%, enquanto a sensibilidade ecográfica é de 100%. Ao se discutir tratamento do câncer de mama gestacional, a conduta deve ser baseada nos

mesmos princípios utilizados no tratamento de mulher não grávida, com algumas ressalvas, principalmente no primeiro trimestre de gravidez, pois durante este período a administração de quimioterápicos está associada à teratogênese e abortamentos. O esquema quimioterápico mais utilizado é 5-fluorouracil, a epirrubina e ciclofosfamida. A radioterapia é contraindicada durante o período gestacional, sendo que cirurgia conservadora isolada deve ser a opção, quando poder-se-á aguardar até a realização do parto, para utilização da radioterapia.

**CONCLUSÃO:** O câncer de mama gestacional mantém-se como neoplasia de mau prognóstico e não há diferença quando se compara com pacientes não grávidas para a mesma média de faixa etária, sendo que o fator determinante na sobrevida é o estágio clínico avançado no momento do diagnóstico. Assim, recomenda-se, o exame clínico adequado nas consultas pré-natais e a utilização de exames complementares como o USG mamário que auxilia nessa detecção dos tumores de forma precoce.

### **Doença de Castleman simulando acometimento axilar por neoplasia primária de mama. Relato de caso**

*Autores / Instituição*

*Juliana Lopes de Aguiar<sup>1</sup>; Ubiratan Wagner de Sousa<sup>2</sup>; Wender Batista de Sousa<sup>2</sup>; Alysson Gomes Lustosa<sup>2</sup>; Victor de Alencar Moura<sup>2</sup>; Julianna Petra Dantas de Medeiros<sup>2</sup>.*

*1. Liga Northeriograndense Contra O Cancer, Natal - RN - Brasil; 2. Liga Northeriograndense Contra O Câncer, Natal - RN - Brasil.*



**INTRODUÇÃO:** Doença de Castleman (DC) ou hiperplasia folicular gigante é uma desordem linfoproliferativa rara, que pode ser unicêntrica ou multicêntrica, causando adenomegalias de causa não neoplásica. Mais comumente se manifesta em mediastino, sendo a ocorrência axilar muito rara. Em paciente com neoplasia de mama, a adenomegalia causada pela DC pode mimetizar metástase axilar. Não há associação entre as duas doenças, e não há relato na literatura de neoplasia mamária concomitante a DC, em que o tratamento cirúrgico-oncológico resultou em controle local da DC. A seguir apresentaremos um caso clínico de uma paciente com neoplasia em mama direita e doença de Castleman em axila homolateral.

**MÉTODO/ RELATO DE CASO:** J. G. M., 77 anos, sem fatores de risco identificáveis para câncer de mama. Procurou o serviço de mastologia com queixa de dor em axila direita, sem perceber nodulação mamária. Mamografia (MMG) com nódulo circunscrito de 2cm em quadrante superior lateral (QSL) de mama direita (MD) e outro de 3cm irregular em quadrante inferior lateral (QIL) de MD, e linfonodo de 4cm de aspecto atípico em prolongamento axilar direito, Birads 5. Ultrassonografia (USG) com tumoração irregular e hipoecogênica de 3cm em QIL de MD e outra lesão próxima a esta, de 1,7cm, e linfonodo aumentado e irregular em axila direita de 3,5cm, Birads 5. Ao exame físico, palpou-se uma tumoração as 10 horas de 4cm a 10cm mamilo direito, e outra às 11 horas mal delimitada, 4,5cm a 11cm mamilo; axila direita com linfonodo endurecido de 7cm. Feito core-biopsy guiada por USG em MD,

cujo resultado foi de carcinoma invasivo tipo não especial (CI NST) grau histológico 2 e grau nuclear 3. Imunohistoquímica com receptores hormonais negativos, HER2 3+ e Ki67 de 90%. Exames de estadiamento não evidenciaram doença à distância. Encaminhada para quimioterapia neoadjuvante, onde fez 3 ciclos de FEC (5 fluorouracil, epirrubicina e ciclofosfamida) e 5 ciclos de paclitaxel, com resposta parcial da tumoração da mama (ainda medindo 2cm cada) e sem resposta na tumoração axilar. Submetida a mastectomia radical esquerda, cujo anatomopatológico mostrou CI NST multifocal, com 3 áreas de 1cm, 1,5cm e 4cm, sem invasão angiolímfática e perineural, com margens livres; e axila com 10 linfonodos (sendo o maior de 2,7cm) com hiperplasia linfóide reativa e ausência de metástases e a presença de hiperplasia folicular gigante ou doença de Castleman (DC); estadiamento ypT2(m)N0. Submetida a radioterapia de plastrão e fossa supraclavicular e fez uso de Trastuzumabe adjuvante por 1 ano. Encontra-se sem evidência de doença há 1 ano e em acompanhamento com hematologia, oncologia e mastologia. Não há evidência de doença de Castleman sistêmica.

**RESULTADOS/ DISCUSSÃO:** A doença de Castleman (DC) consiste em uma doença linfoproliferativa incomum, que pode ter acometimento unicêntrico ou multicêntrico. A DC unicêntrica (DCU) é localizada em uma única cadeia ou área linfonodal, e traz um excelente prognóstico, enquanto que a DC multicêntrica (DCM) é uma doença sistêmica fortemente associada a infecção pelo HIV e herpesvírus humano, com morbidade e mortalidade consideráveis. Há

dois tipos de variantes: vascular hialina (80% dos casos, associada principalmente a DCU) e variante de células plasmáticas (10%), além de formas mistas. Devido à sua raridade e heterogeneidade clínica, a DC tem epidemiologia imprecisa, com incidência estimada em 21-25 casos por milhão, com 23% desses casos sendo de DCM. A idade mediana na apresentação da DCU é em torno de 30 anos, e na DCM HIV-negativa 49-66 anos e HIV-positiva 36-40 anos. A distribuição é igual entre os sexos. Atualmente, a fisiopatologia da DC explica-se pela interação entre mediadores inflamatórios desregulados (particularmente a produção desregulada de interleucina 6 ? IL-6), que podem ser conduzidos pelo herpesvirus humano tipo 8 em alguns casos, resultando em proliferação linfovascular e, em casos de doença multicêntrica, manifestações sistêmicas da doença. Observa-se concentração elevada de IL-6 em pacientes com DCU, que se normaliza após a excisão dos linfonodos juntamente com o desaparecimento de anormalidades clínicas e biológicas. A maioria dos pacientes com UCD apresenta linfadenopatia isolada e pode, portanto, ser assintomática ou ter sintomas relacionados a efeitos de massa nas estruturas circundantes. As principais cadeias linfáticas envolvidas são torácica (29%), cervical (23%), abdominal (21%) e retroperitoneal (17%), embora outros grupos de linfonodos (axilar, inguinal) possam ser acometidos. Os sintomas sistêmicos são uma característica comum da DCM, de acordo com os elevados níveis de citocinas que são um dos principais fatores na sua patogênese. A biópsia linfonodal excisional é preferida para o diagnóstico, particularmente em casos de UCD. Tipica-

mente, existem múltiplos agregados de células dendríticas foliculares ou folículos atróficos, muitas vezes com vasos de penetração radial, contidos em agrupamentos circunscritos nos linfócitos da zona do manto. Os linfócitos geralmente formam camadas concêntricas em “casca de cebola” em torno das células dendríticas. O padrão vascular entre os pequenos nódulos linfóides também é proeminente, e a hialinização perivascular pode existir. A ressecção cirúrgica é a terapia padrão na DCU, com taxas de sobrevivência globais de 10 anos superiores a 95%. Em lesões irresssecáveis, a cirurgia de debulking é uma opção, particularmente nas lesões compressivas; as opções sistêmicas neoadjuvantes podem reduzir o tamanho linfonodal, facilitando ressecções posteriores. A radioterapia pode ser uma alternativa valiosa quando a ressecção completa da doença é tecnicamente difícil, com boas taxas de resposta a longo prazo (82% de sobrevivência global após 20 meses). Na DCM, são necessárias terapias sistêmicas, sendo o rituximab a principal droga utilizada (terapia alvo anti CD20). Há participação de agentes antivirais, corticóides e principalmente novas drogas anti-IL-6 em tratamentos futuros. O tratamento do câncer de mama segue o mesmo padrão das pacientes não portadoras de DC, e a linfadenectomia axilar para o controle locorregional da neoplasia de mama tem papel curativo na DCU. Não há dados de prognóstico nas pacientes portadoras de neoplasia mamária diagnosticadas com DCU, mas pela evolução branda desta, não parece haver aumento de mortalidade.

**CONCLUSÃO:** Dada a heterogeneidade do

câncer de mama e seu acometimento axilar, a suspeita de DC é pouco provável e faz-se necessária a biópsia para elucidação diagnóstica. Embora a DCU seja bem controlada com terapia local, a DCM continua a apresentar desafios no seu manejo. O excelente prognóstico da DCU não parece alterar o curso da neoplasia mamária.

## **Controle local pós-adenectomia mamária em pacientes submetidas à quimioterapia neoadjuvante**

*Autores / Instituição*

*Anna Paula de Almeida Maiato; Danúbia Ariana de Andrade; Alfredo Carlos S D de Barros; Lucas Roskamp Budel; Felipe Eduardo Martins Andrade.  
Hospital Sírio-Libanês, São Paulo - SP - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** Com o advento das cirurgias conservadoras da mama, tem-se obtido resultados funcionais, estéticos e psicossociais mais satisfatórios, além de segurança oncológica semelhante a alcançada através das cirurgias mais radicais, para o tratamento das neoplasias mamárias. É importante destacar o papel crucial da quimioterapia neoadjuvante sobre a redução do volume tumoral, possibilitando que alguns casos sejam tratados com cirurgias menos agressivas. Neste contexto, a adenectomia surge como alternativa à mastectomia radical, com avaliação sistemática da margem retroareolar, para conferir maior segurança oncológica ao procedimento.

**OBJETIVOS:** O objetivo deste trabalho foi ca-

racterizar os casos de pacientes submetidas à quimioterapia neoadjuvante e adenectomia terapêutica para tratamento do câncer de mama e que apresentaram recidiva da doença.

**MÉTODOS:** Trata-se de uma série de casos de pacientes submetidas a adenectomia mamária após quimioterapia neoadjuvante, atendidas pelo Serviço de Responsabilidade Social do Hospital Sírio-Libanês, no período de janeiro de 2005 a junho de 2017.

**RESULTADOS:** Foram avaliadas 21 pacientes; a idade média foi de 45,14 anos, sendo que dezesseis casos estavam na pré-menopausa, ao diagnóstico. Com relação ao subtipo histológico, foram 20 casos de CAI SOE e 1 caso de CLI. Sete casos apresentaram resposta patológica completa e em todos houve avaliação inter-operatória das margens. O tamanho médio dos tumores foi 25,7 mm, sendo 3 casos multifocais. Cinco casos apresentaram invasão vasculolinfática, quatro eram grau III, sete grau II, três grau I. Dez casos eram RE positivos e 4 casos HER 2 positivo. Dez casos apresentaram linfonodo sentinela negativo e 19 pacientes receberam radioterapia adjuvante. O tempo médio de seguimento foi 23,82 meses. Três casos apresentaram recidiva à distância (óssea, ovário e a terceira ignorada), sendo que dois evoluíram para óbito. Nenhum caso apresentou recidiva local. As pacientes que apresentaram recidiva sistêmica eram pré-menopausadas, possuíam CAI SOE e uma apresentou resposta patológica completa, dois casos com estadiamento IIIA ao diagnóstico. Os casos que apresentaram tumor residual mediam 38 e 40 mm, grau histológico

I e II. Dois possuíam invasão vasculolinfática, eram RH positivo e HER 2 negativo, somente 1 caso apresentava linfonodos comprometidos e com extravazamento extracapsular e dois fizeram radioterapia adjuvante. O tempo até a recidiva variou de 9 a 40 meses e para o óbito de 16 a 42 meses.

**CONCLUSÃO:** A partir deste trabalho, pode-se notar que as recidivas tumorais após adenectomia terapêutica foram sistêmicas, corroborando o que os trabalhos anteriores já evidenciaram: é um procedimento oncológicamente seguro no que diz respeito ao controle local. Neste contexto, é imprescindível realizar avaliação intraoperatória da margem retroareolar. Sobre as recidivas à distância, os nossos resultados sugerem maior associação com a gravidade da doença ao diagnóstico, porém são necessários estudos com maior casuística a fim de se estabelecer tal relação.

### **A Importância do Linfonodo Sentinela no Estadiamento do Câncer de Mama e sua Função na Atualidade. Revisão Bibliográfica**

*Autores / Instituição*

*Ana Claudia Dias Sousa Figueiredo<sup>1</sup>; Malusa Salomao de Pinho<sup>2</sup>; Natalia dos Reis Dias da Silva<sup>3</sup>; Paula Loureiro Meireles Ávila de Moraes<sup>3</sup>; Clarissa Netto Queiroz Lafetá<sup>3</sup>; Thaís Barretto Aleixo<sup>3</sup>.*

*1. Faculdade Ciências Médicas da Saúde-Suprema, Juiz de Fora - MG - Brasil; 2.*

*Prefeitura de Juiz de Fora - Mg, Juiz de Fora -*

*MG - Brasil; 3. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - Suprema, Juiz de Fora - MG - Brasil.*

**INTRODUÇÃO:** A biópsia do linfonodo sentinela (LS) na abordagem do câncer de mama tornou-se relevante a partir de 1993, quando também foi demonstrada a técnica cintilográfica. A partir de então, sua utilização foi aprovada para uso clínico, em substituição à tradicional linfadenectomia axilar, que pode causar inúmeros efeitos adversos, como dor, parestesia, limitação de movimentos do braço e linfedema, reduzindo a qualidade de vida dos pacientes de forma significativa. Visto que as metástases linfonodais não são aleatórias e que o LS é o primeiro a receber a drenagem linfática da área tumoral, seu estudo histopatológico pode prever com segurança a presença de metástases axilares. A biópsia do LS é recomendada em pacientes sem adenomegalia axilar clínica, com tumores menores que 3 a 5 cm e com subtipos histológicos especiais, como tubular, adenóide cístico, mucinoso, colóide e papilífero. Além disso, a realização do procedimento exige a presença de uma equipe multidisciplinar, com radiologista, médico nuclear, cirurgião e patologista. Quando houver a disponibilidade do uso de radiofármacos (Tc99m), deve-se utilizá-los de forma isolada ou associada ao azul patente, pois elevam a perspectiva de sucesso do método.

**MÉTODOS:** Pesquisa nas bases de dados indexadoras MedLine e Scielo, com os seguintes descritores: "sentinel lymph node" e "breast cancer".

**RESULTADOS:** Os estudos demonstram que a presença ou não do comprometimento metastático do LS coincide com o resultado dos demais linfonodos axilares em 95 a 100% dos casos. Desde o início da utilização técnica, vem sendo observada uma acurácia entre 77 e 100%, que refletem em excelentes resultados no tratamento do câncer de mama. A taxa de falsos-negativos varia em torno de 5 a 10% e embora baixa, é considerável, pois pode constatar falha no tratamento anterior, aumento da morbimortalidade e necessidade de reabordagem. O estadiamento do câncer de mama requer a investigação axilar; quando a axila é clinicamente negativa, a biópsia do LS deve ser realizada.

**CONCLUSÃO:** A elevada acurácia para predizer o acometimento linfonodal somado aos benefícios apresentados pela biópsia do LS - tanto no que diz respeito à paciente (menor mutilação, redução dos efeitos deletérios do esvaziamento axilar e maior qualidade de vida), quanto ao sistema (economia de recursos através da restrição da complexidade do tratamento e redução das sequelas pós-operatórias), justificam e fundamentam sua utilização na prática. Ademais, a capacitação e o aprimoramento profissional são indispensáveis, sendo a experiência do cirurgião essencial para o sucesso do método. O principal objetivo da análise do LS através da biópsia é auxiliar o mastologista no estadiamento e avaliação do prognóstico do câncer de mama - evitando, na maioria das vezes, o esvaziamento axilar desnecessário.

## **Avaliação da Doença Aterosclerótica e Fatores de Risco Cardiovascular em Mulheres na Pós-Menopausa Tratadas de Câncer de Mama**

*Autores / Instituição*

**DANIEL BUTTROS<sup>1</sup>; MAURO TERRA BRANCO<sup>2</sup>; JORGE NAHÁS-NETO<sup>3</sup>; HELOISA MARIA DE LUCA VESPOLI<sup>3</sup>; ANDRE HIDEO MOTOKI<sup>3</sup>; ELIANA AMARAL PETRI NAHAS<sup>3</sup>.**  
**1. CLINICA BUTTROS, RIO CLARO - SP - BRASIL; 2. GOLD IMAGEM RIO CLARO, RIO CLARO - SP - BRASIL; 3. UNESP BOTUCATU, BOTUCATU - SP - BRASIL.**

**OBJETIVO:** Avaliar a ocorrência da doença aterosclerótica e a sua correlação com fatores de risco cardiovascular em mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama comparadas às mulheres sem câncer.

**MÉTODOS:** Estudo clínico, transversal, comparativo com 292 mulheres na pós-menopausa atendidas pelo Sistema Único de Saúde, divididas em dois grupos: grupo principal com 96 mulheres tratadas câncer de mama e grupo controle com 196 mulheres sem câncer. Foram incluídas no grupo principal mulheres com amenorréia >12 meses e idade ≥45 anos, com diagnóstico histológico de câncer de mama, sem doença metastática e sem antecedente pessoal de doença cardiovascular. O grupo controle foi constituído por mulheres com amenorréia >12 meses, idade ≥45 anos, sem câncer de mama e doença cardiovascular. Os grupos foram pareados por idade, tempo de menopausa e índice de massa corpórea (IMC) na proporção 1 caso

para 2 controles, conforme cálculo amostral, com mínimo de 92 pacientes tratadas de câncer de mama. Dados clínicos e antropométricos (IMC, circunferência da cintura e pressão arterial) foram coletados por meio de entrevista e exame físico, após assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para análise bioquímica foram solicitados colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, glicose e insulina. Para a avaliação da resistência insulínica (RI) foi utilizado o HOMA-IR (HOMeostasis Model Assessment Insulin Resistant), método baseado em medida estática com dois constituintes plasmáticos (insulina e glicose de jejum). A ocorrência da síndrome metabólica (SM) foi avaliada e considerada na presença de três ou mais critérios: cintura > 88 cm; TG > 150 mg/dL; HDL < 50 mg/dL; pressão arterial  $\geq$  130/85 mmHg; e glicose  $\geq$  100 mg/dL ou sob terapia. A doença aterosclerótica foi determinada pela espessura do complexo médio-intimal (CMI) das artérias carótidas avaliadas pela ultrassonografia carotídea (scanner duplex). A espessura do CMI foi medida em três pontos de cada artéria carótida (proximal, médio e distal), sendo o valor considerado a média dos seis valores aferidos. A aterosclerose subclínica foi definida pelo aumento da espessura da CMI (> 1,0 mm) e/ou a presença de placas ateromatosas. Todos os exames ultrassonográficos foram realizados por um único examinador titulado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. O grupo principal foi avaliado em relação à presença ou não de calcificações vasculares na mamografia. Para análise estatística foram empregados: Teste t-student, Teste do Qui-Quadrado, a Correlação de Pearson e Regressão Logística (odds ratio

-OR). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu (nº 1.782.540).

**RESULTADOS:** A média de idade das pacientes tratadas de câncer de mama foi de  $59,8 \pm 9,0$  anos com tempo médio de seguimento de  $4,2 \pm 2,0$  anos. Na avaliação das características oncológicas do grupo principal, 81,2% das mulheres estavam nos estádios I e II; 35,4% com linfonodos axilares positivos; RE e RP positivos em 84,4% e 76,0% respectivamente; HER2 negativo em 84,4%; e Ki67 > 15% em 65,7% dos casos. Na distribuição dos subtipos moleculares, 34,4% dos tumores eram luminal A, 37,5% luminal B, 15,6% luminal híbrido/HER2 e 12,5% triplo negativo. Em relação aos tratamentos realizados, 87,5% das pacientes foram submetidas à quadrantectomia, todas realizaram radioterapia e 54,2% quimioterapia, 57,3% usavam tamoxifeno e 19,8% inibidor de aromatase.

Na comparação entre as mulheres tratadas de câncer de mama e o grupo controle foi observada diferença significativa quanto à pressão arterial e valores de triglicerídeos e glicose. As pacientes do grupo câncer de mama apresentaram valores médios elevados da pressão sistólica e diastólica ( $p < 0.001$ ), e os valores médios de triglicerídeos e glicose mostraram-se acima dos valores desejáveis ( $p < 0.05$ ). Na distribuição percentual quanto ao diabetes e a síndrome metabólica, observou-se maior ocorrência entre as mulheres tratadas de câncer de mama quando comparadas ao controle (19,8% vs 6,8% e 54,2% vs 30,7%, respectivamente) ( $p < 0.05$ ).



Na avaliação ultrassonográfica da aterosclerose subclínica (CMI > 1 mm) não foi observada diferença significativa entre os grupos, apenas uma tendência a maior ocorrência no grupo câncer de mama quando comparado ao controle (26,0% vs 18,8%, respectivamente,  $p=0.072$ ). Entretanto quando analisada a presença de placas de ateroma nas artérias carótidas, pacientes tratadas de câncer de mama apresentaram maior ocorrência quando comparadas ao grupo controle (19,8% vs 9,4%, respectivamente) ( $p=0.013$ ). Entre as mulheres tratadas de câncer de mama 16,7% (16/96) apresentavam calcificações vasculares na mamografia. Foi observada correlação positiva significativa entre a medida do CMI com a idade ( $r=0.37$ ), tempo de menopausa ( $r=0.22$ ), presença de placa ateromatosa ( $r=0.80$ ) e de calcificações na mamografia ( $r=0.45$ ) ( $p<0.05$ ). Na análise de risco ajustado para idade e tempo de menopausa, as mulheres tratadas de câncer de mama apresentaram risco 2.4 vezes maior para ocorrência de placa ateromatosa (OR=2.42; IC 95% 1.18 - 4.93,  $p=0.033$ ) quando comparadas as mulheres sem câncer.

**CONCLUSÃO:** Mulheres na pós-menopausa tratadas de câncer de mama apresentaram maior risco para o desenvolvimento de doença aterosclerótica, associado à maior ocorrência de fatores de risco cardiovascular como a síndrome metabólica, o diabetes e a hipertrigliceridemia, quando comparadas a mulheres na mesma faixa etária sem câncer.

## **Associação entre Densidade Mamária e Subtipos Tumorais em 213 pacientes**

*Autores / Instituição*

*Gildo Gardinalli Filho Coautores: Fernando Koenig Carla P. K. Carvalho Pessoa Eduardo Carvalho Pessoa Heloisa Maria de Luca Vespoli.*

*CAM - Centro de Avaliação em Mastologia - FMB UNESP Botucatu - SP.*

**INTRODUÇÃO:** A densidade mamária (DM) é um fator de risco conhecido para o desenvolvimento de câncer de mama (CM). Vários estudos examinaram as associações de DM com subtipos tumorais do CM por status de receptor hormonal com resultados variáveis. Estes estudos examinaram predominantemente a associação entre a DM e o receptor de estrogênio (RE) sem considerar o status de HER-2 + (H2P) ou de receptor de progesterona (RP). Um achado anormal na mamografia é frequentemente a primeira indicação de que um CM está presente. No entanto, o aumento da DM é conhecido por estar associada à diminuição da sensibilidade mamográfica. Além disso, as mulheres com CM detectadas por rastreamento mamográfico geralmente têm um desfecho mais favorável do que as mulheres cujos cânceres são detectados com base nos achados do exame físico ou nos sintomas que sugerem a avaliação. Os tumores detectados através do rastreamento tendem a ter uma maior taxa de positividade de RE, geralmente visto como inferindo um diagnóstico mais favorável. Assim, CM em mulheres com mamas densas é

menos provável de ser detectado através do rastreamento convencional e pode ter características mais agressivas. Na prática clínica, a densidade mamária é rotineiramente classificada de acordo com o Sistema BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) que classifica a densidade mamária em quatro categorias. Este método depende da classificação visual por um especialista em imagenologia mamária e tem demonstrado ter significância variabilidade intra e inter-leitor. O propósito deste estudo foi examinar a associação entre a densidade mamária e o subtipo molecular de CM, incluindo o estado de H2P usando a classificação de BI-RADS. Poucos estudos analisaram a associação entre o subtipo de tumor DM e H2P, pois a maioria se concentrou apenas no status do receptor RE. Nosso estudo examina as associações entre DM e quatro subtipos moleculares de CM em uma população brasileira do interior do estado de São Paulo, utilizando o sistema BI-RADS.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Foram avaliadas 213 pacientes com câncer de mama seguidas e operadas no ano de 2016 pelo serviço do Centro de Avaliação em Mastologia do Hospital das Clínicas da UNESP em Botucatu. As pacientes tiveram suas mamografias avaliadas e laudadas seguindo o Sistema BI-RADS 5ª edição, separadas em padrão de densidade mamária (Padrões: A, B, C, D). Avaliamos também o fenótipo tumoral sendo eles: Luminal A, Luminal B, Luminal Híbrido, Her 2 Puro e Triplo Negativo. Foi realizada a correlação com uso do teste do Qui Quadrado para análise estatística da significância entre as densidades mamárias

e os subtipos moleculares do CM (Tabela 1). Analisamos também a correlação de grupos etários e a DM.

**RESULTADOS:** Foi observado forte correlação entre as pacientes com subtipos Luminal A, Luminal B e Her 2 Puro com mamas densas. Foi observado como subtipos mais frequentes os subtipos Luminal B e Luminal A na amostra de 213 pacientes. Quando observamos as idades há maior número de casos nos grupos com faixa etária de 40 a 70 anos correspondendo a 77,46% da amostra. Nesses grupos observamos predominância do padrão de densidade tipo C (Mamas Heterogeneamente densas). O padrão tipo C foi o mais frequente em todos os grupos etários e o padrão D não estava presente em nenhuma paciente acima de 70 anos.

**CONCLUSÃO:** O Estudo mostra dados detalhados de uma população atendida exclusivamente no serviço público de saúde no interior do estado de São Paulo. A forte correlação entre os padrões de maior densidade mamária e os subtipos tumorais Luminal B e Her 2 Puro, mostra que as pacientes da amostra com mamas densas tentem a apresentar subtipos de CM mais agressivos (alto índice de replicação celular e positividade para o Her 2). Os dados de correlação entre as idades e as densidades mamárias corroboram a dificuldade na avaliação de pacientes com mamas densas. O padrão de densidade mais frequente na amostra foi o tipo C, confirmando a necessidade de outros métodos de imagem para a completa avaliação da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1- Atlas BI-RADS do ACR Sistema de Laudos e registro de Dados de Imagem da Mama 5ª edição. 2- The Association of Mammographic Density and Molecular Breast Cancer Subtype - Brandy L. Edwards, Kristen A. Atkins, George J. Stukenborg, et al. Published OnlineFirst July 11, 2017. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 3- McCormack VA, dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. Cancer Epidemiol biomarkers Prev. 2006;15(6):1159-1169. doi:10.1158/1055-9965.EPI-06-0034. 4- Wang AT, Vachon CM, Brandt KR, Ghosh K. Breast density and breast cancer risk: A practical review. Mayo Clin Proc. 2014;89(4):548-557. doi:10.1016/j.mayocp.2013.12.014.

