

O VALOR DAS MICROCALCIFICAÇÕES AGRUPADAS NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DA MAMA

RACSO YULE QUEIROZ ¹; ANTÔNIO CÉSAR HUMMEL ².

Setor de Mastologia - Hospital Santa Lúcia - Brasília - DF.

Resumo

Os autores apresentam 28 casos de microcalcificações agrupadas vistas à mamografia. As lesões foram retiradas cirurgicamente com o auxílio de localização estereotáxica pré-operatória. As radiografias das peças mostraram a presença de calcificações em todos os casos. As peças foram submetidas a cortes semi-seriados e o exame anátomo-patológico revelou: carcinoma, 8 casos (28,5%); hiperplasia epitelial atípica, 5 casos (17,8%); necrose gordurosa, 1 caso; fibroadenoma, 1 caso; e alterações fibrocísticas, 13 casos. Dos 8 carcinomas, 5 foram infiltrativos e 3 intra-ductais. Os autores concluem que as pacientes com microcalcificações agrupadas à mamografia, devem submeter-se a excisão cirúrgica desta área, pois a incidência de lesões malignas e pré-malignas é alta (46,3%).

Unitermos: câncer da mama; microcalcificações agrupadas.

INTRODUÇÃO

A utilização da mamografia em mulheres assintomáticas, especialmente para a detecção precoce do câncer da mama, tem aumentado significativamente nos últimos anos. Consequentemente, um número maior de carcinomas impalpáveis da mama tem sido diagnosticados (1). Tem havido também um grande avanço tecnológico, com o advento dos mamógrafos de alta resolução, que permitem uma melhor qualidade de imagem, aliada a baixas doses de irradiação.

Leborgne (2) descreveu pela primeira vez a presença radiológica de calcificações no carcinoma mamário. Segundo ele, são caracterizadas por calcificações puntiformes, em grande número, semelhantes a finos grânulos de sal. Mais recentemente, outros autores tem associado as chamadas microcalcificações agrupadas com o diagnóstico do carcinoma impalpável da mama (3,4). Esse achado mamográfico tem sido encontrado em cerca de 30 a 47% dos casos de câncer impalpável da glândula mamária.

A finalidade deste trabalho é relatar nossa experiência com a imagem mamográfica das chamadas microcalcificações agrupadas como único sinal de afecção da glândula mamária.

PACIENTES E MÉTODOS

Nossas pacientes, em número de 28, foram observadas de 01 de agosto de 1992 a 15 de fevereiro de 1994. Todas foram do sexo feminino, com idade variando de 30 a 78 anos (média de 50,9 anos).

Nenhuma das pacientes apresentava tumor palpável ou visível radiologicamente. A única alteração foi a presença de microcalcificações agrupadas à mamografia, utilizando-se o Senógrafo 600 T (General Electric, CgR). Foram excluídas deste estudo, as microcalcificações isoladas ou calcificações grosseiras, que não estão associadas ao carcinoma da mama.

A técnica usada para a localização da área a ser excisionada cirurgicamente foi a Estereotaxia, utilizando-se o Stereotix (General Electric, CgR).

¹ Médico "staff" do Setor de Mastologia, Hospital Santa Lúcia, DF. Médico "staff" da Unidade de Mastologia, Hospital de Base do DF. Títulos de Especialidade em Mastologia e Oncologia. ² Médico "staff" do Setor de Mastologia, Hospital Santa Lúcia, DF. Títulos de Especialista em Mastologia e Ginecologia-Obstetrícia. — Endereço para correspondência: Dr. Racso Yule Queiroz - SHLS 716, Hospital Santa Lúcia, sala nº 6, CEP 70390-700, Brasília - DF.

Usamos a agulha de Kopans (figura 1) e as localizações foram realizadas em várias incidências, utilizando-se preferencialmente aquela que facilitasse o acesso cirúrgico, ou seja, o mais próximo possível da área a ser biopsiada.



FIGURA 1: Mamografia mostrando microcalcificações agrupadas com o fio localizador.

Uma vez feita a localização, realizava-se a exérese ampla do setor mamário em torno do fio metálico. Após a ressecção cirúrgica, a peça era imediatamente radiografada com magnificação (figura 2). As microcalcificações foram retiradas em todos os casos. O ato cirúrgico foi executado com anestesia local, bloqueio intercostal ou geral, dependendo da localização e profundidade das microcalcificações. A peça cirúrgica e sua respectiva radiografia foram encaminhadas ao Patologista para que realizasse os cortes semi-seriados e a inclusão em parafina. Não se utilizou o exame anátomo-patológico por congelação.

RESULTADOS

A radiografia da peça operatória confirmou a presença de microcalcificações agrupadas em todos os casos. Em geral, esta radiografia mostrou maior número de grânulos de cálcio do que na mamografia.

O exame anátomo-patológico dos 28 casos mostrou os seguintes diagnósticos: carcinoma, 8 casos (28,5%); hiperplasia epitelial atípica, 5 casos (17,8%); necrose gordurosa, 1 caso; fibroadenoma, 1 caso; e alterações fibrocísticas, 13 casos.

Dentre os 8 casos de câncer, 5 foram carcinomas ductais infiltrantes e 3 foram intra-ductais ou "in-situ" (figuras 3 e 4). Dos 5 casos de hiperplasia epitelial atípica, 4 foram do tipo ductal e 1, lobular. A idade média das pacientes com carcinoma foi de 49 anos.

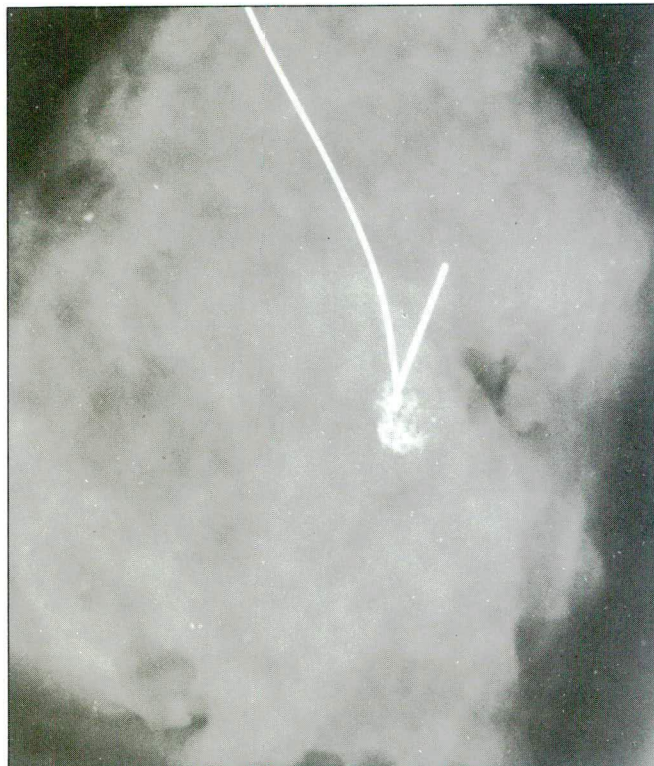


FIGURA 2: Mamografia magnificada de peça operatória mostrando microcalcificações agrupadas.

DISCUSSÃO

Os nossos resultados mostram que a mamografia pode detectar casos de câncer da mama numa fase incipiente, não diagnosticados pelo exame clínico. A estereotaxia também tem grande utilidade na localização pré-operatória dessas lesões impalpáveis.

Nossa percentagem de carcinomas (28,5%) foi intermediária àquelas encontradas por outros autores. Silva Neto e cols. (5) observaram 36%, Leborgne e cols. (6), 42% e Rosen e cols. (7), 20%. Dentre os nossos 8 casos de câncer, 3 foram carcinomas "in-situ" (37,3%) e 5, carcinomas infiltrantes (62,7%). Esses dados mostram um aumento do número de casos de lesões "in-situ", em comparação com aquelas séries de carcinomas em tumor palpável, onde estes casos não ultrapassam 5% do total (8).

Encontramos 5 casos de hiperplasia epitelial atípica (17,8% do total). Dupont e Page (9) relataram que tais lesões implicam um risco aumentado de câncer da mama na faixa de quatro a cinco vezes o risco da população geral. O risco de desenvolvimento subsequente de

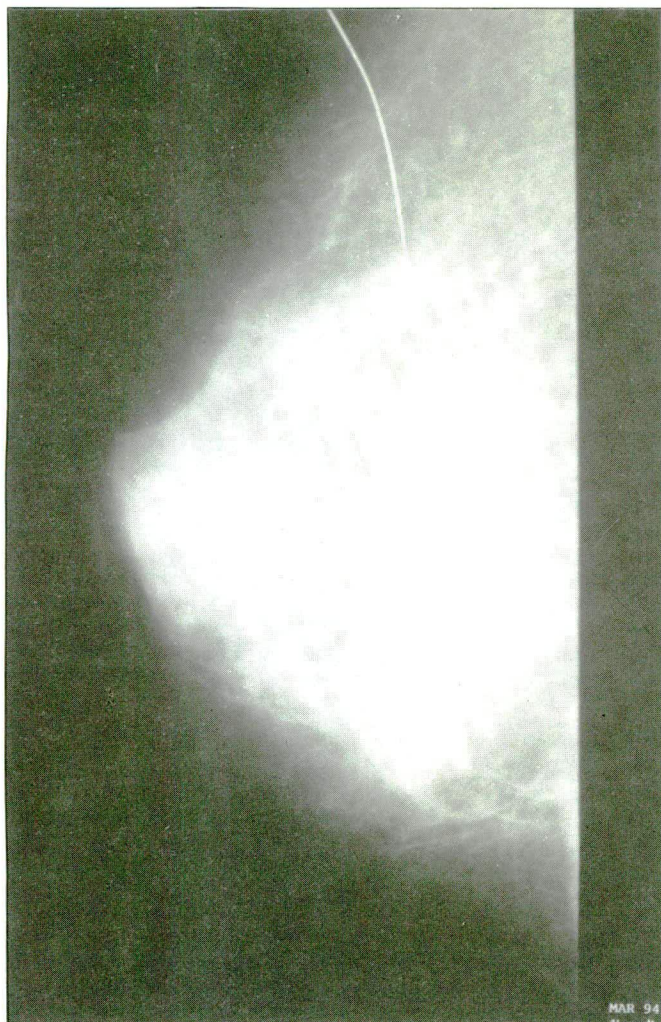


FIGURA 3: Localização pré-operatória de microcalcificações agrupadas em caso de carcinoma intra-ductal.



FIGURA 4: Mamografia magnificada de peça operatória com microcalcificações agrupadas em caso de carcinoma intra-ductal (mesmo caso da fig. 3).

carcinoma da mama distribui-se igualmente entre as mamas, tanto na atipia lobular como na ductal.

A classificação de Sickles (10) para as classificações mamárias nos parece ser de grande importância na prática clínica. Ele as subdivide em 03 grupos: calcificações benígnas, provavelmente benígnas e suspeitas. Suspeita-se de malignidade quando se tem um grupo de calcificações em um volume de 1 cm³ contendo pelo menos 5 partículas menores de 0,5 mm.

Acreditamos que, na presença de microcalcificações agrupadas, devemos proceder sempre à localização pré-operatória e biópsia cirúrgica com cortes semi-seriados da peça operatória, tendo em vista a nossa taxa de carcinomas e lesões hiperplásicas atípicas, que somadas, representam quase a metade (46,3%) do total de casos.

SUMMARY

The authors report 28 cases of clustered microcalcifications on mammographic views. The lesions were surgically removed by using a previous stereotactic localization. The X-rays showed calcifications in all the specimens. The semi-serial sections of all calcified areas and the histologic examination showed: carcinoma, 8 cases (28,5%); atypical epithelial hiperplasy, 5 cases (17,8%); fat necrosis, 1 case; fibroadenoma, 1 case; and fibrocistic disorders, 13 cases. Five carcinomas were infiltrating and 3 ductal carcinomas without infiltration. The authors conclude that the patients with clustered microcalcifications on mammographic views have to take surgical excision, having in mind the rise incidence (46,3%) of malignancy and atypical epithelial hiperplasy,

Key words: breast carcinoma; clustered microcalcifications.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SHAPIRO S, STRAX P, VENET L. Periodic breast cancer screening in reducing morbidity from breast cancer, *Jama* 1971; 215:1777-1785.
2. LEBORGNE R. Diagnosis of tumors of the breast by simple roentgenography. Calcifications in carcinomas. *A J R* 1951; 65:1.
3. EGAN RL, SWEENEY MB, SEWEL CW. Intramammary calcifications without an associate mass in benign or malignant diseases. *Radiology* 1980; 137:1.
4. SICKLES EA. Mammographic detectibility of breast microcalcifications. *A J R* 1982; 139:913-918.
5. SILVA NETO JB, MENDES FILHO A, GIANOTTI FILHO O. Valor das microcalcificações agrupadas no diagnóstico precoce do câncer da mama. *Rev Ass Med Brasil* 1976; 22:326-328.
6. LEBORGNE F, LEBORGNER JH, VARAS X. Conducta ante lesiones mamograficas no palpables. *Focus* 1992; 4:43-44.
7. ROSEN P, SNYDER RE, URBAN J, ROBBINS G. Correlation of suspicious mammograms and x-rays of breast biopsies during surgery: results in 60 cases. *Cancer* 1973; 31:656.
8. ASHIKARI R, HAJDU SI, ROBBINS GF. Intraductal carcinoma of the breast (1960/1969). *Cancer* 1971; 28:1182-1187.
9. PAGE DL, DUPONT WD. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312:146-151.
10. SICKLES EA. Evaluacion mamografica de las calcificaciones mamarias. *Focus* 1991; 2:23-28.