

CITOLOGIA ASPIRATIVA NO CARCINOMA DA MAMA

LUIZ HENRIQUE GEBRIN¹, ODAIR FERRARO², FAUSTO F. BARACAT³,
HARTMUT GRABERT⁴, GERALDO R. DE LIMA⁵.

HSPE "Francisco Morato de Oliveira" — São Paulo, SP.

RESUMO

O presente estudo visou avaliar a eficiência da citologia oncológica obtida através de punção aspirativa com agulha fina, em pacientes portadoras de neoplasia mamária maligna, diagnosticada clínica e/ou radiologicamente e confirmada por exame histológico. Tal procedimento revelou-se método de execução simples, pouco dispendioso e presuntivo de malignidade em 78,4% dos casos nos quais se obteve material suficiente para o estudo citológico.

UNITERMOS: *Biopsia agulha fina, citologia aspirativa, câncer da mama*

INTRODUÇÃO

A punção aspirativa com agulha fina, considerada por alguns autores como uma microbiópsia¹ e largamente utilizada em outros centros, como os EUA e Europa, em nosso meio tem sido muito pouco difundida.

O diagnóstico de neoplasia maligna pela citologia oncológica, segundo dados da literatura, varia de 70-90%^{1, 2}. Kline et al.³ em 368 casos de câncer de mama, fez o diagnóstico citológico em 332, com uma sensibilidade de 90%.

O material obtido através de punção é interpretado com base na morfologia das células: tamanho, número e uniformidade. Nas lesões benignas o diâmetro do núcleo é relativamente pequeno, atingindo no máximo 12 micra, as células exibem pequeno pleomorfismo e geralmente são agregadas. Por outro lado, nas lesões malignas as células apresentam núcleos grandes com diâmetro de 12 a 40 micra, são freqüentemente dissociadas e apresentam acentuado pleomorfismo. De acordo com Schöndorf⁴ dois critérios maiores são necessários para a definição de uma célula maligna: 1) aumento de volume nuclear (12-40 micra) e 2) pleomorfismo (tamanho e espessura).

MATERIAL E MÉTODO

Foram analisadas 65 punções aspirativas referentes a 64 pacientes, uma apresentando tumor bilateral, encaminhadas ao setor de Patologia Mamária do HSPE, por apresentarem quadro clí-

nico e/ou mamográfico suspeito de neoplasia maligna, no período compreendido entre maio de 1982 a maio de 1984. A distribuição dessas pacientes de acordo com o estadiamento clínico, segundo os critérios da UICC, é mostrado na Tabela 1. A grande maioria acha-se enquadrada nos estádios II e III (87,4%).

TABELA 1 — ESTADIAMENTO CLÍNICO

ESTADIAMENTO	Nº DE CASOS	%
I	02	3,1
II	26	40,6
III	30	46,8
IV	06	9,3
TOTAL	64	99,8

A técnica empregada para a obtenção do material consistiu na introdução de agulha calibre 30/7 ou 30/8, acoplada a uma seringa descartável de 20cm³, na porção mais central da lesão suspeita, após breve assepsia da pele com álcool iodado. Com uma das mãos aplicava-se sucção na seringa e com a outra mantinha-se a massa imóvel. A seringa com a agulha eram movimentadas em sentido rotatório 10 a 20 vezes, mantendo-se a pressão negativa. A seguir o material coletado era aplicado sobre duas lâminas de vidro, fixando-se o mesmo em uma solução de éter/álcool. A leitura da citologia foi realizada pelo Serviço de Anatomia Patológica do HSPE.

¹ Residente do Serviço Ginecologia-Obstetrícia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. ² Assistente de Mastologia do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. ³ Responsável pela Mastologia do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. ⁴ Chefe da Ginecologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. ⁵ Diretor do Serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo — Professor de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina. Endereço para correspondência: ³, Avenida Angélica, 543/4^o andar, São Paulo, SP.

RESULTADOS

A citologia oncológica obtida nas 65 punções realizadas acha-se distribuída na Tabela 2. Em 13,8% (9 casos) não foi obtido material suficiente (M.I.) para a análise. Em 18,4% (12 casos) o resultado foi negativo e em 67,6% (44 casos) foi suspeito ou positivo.

O Papanicolaou das 56 pacientes, nas quais o esfregaço foi satisfatório, é mostrado na Tabela 3, verificando-se 78,4% (44 casos) com resultados suspeito ou positivo e 21,4% (12 casos) negativo.

A seguir, avaliamos na Tabela 4, a citologia oncológica em função do tamanho da lesão. Comparando os tumores, T2 e T3 (52 casos) verificamos que os falsos negativos foram 50% mais freqüentes no primeiro grupo. A análise

TABELA 2 – CITOLOGIA ONCOLÓGICA

CLASSE	Nº DE CASOS	%
0	09	13,8
I	09	13,8
II	03	4,6
III	08	12,3
IV	01	1,5
V	35	53,8
TOTAL	65	99,8

TABELA 3 – CITOLOGIA ONCOLÓGICA

CITOLOGIA	Nº DE CASOS	%
NEGATIVA	12	21,4
SUSPEITA	08	14,2
POSITIVA	36	64,2
TOTAL	56	99,8

TABELA 4 – TAMANHO DA LESÃO / CITOLOGIA ONCOLÓGICA

TAMANHO DA LESÃO	CITOLOGIA		M.I.	Nº DE CASOS	%
	NEGATIVA	SUSP/POSITIVA			
T1	—	01	01	02	3,0
T2	07	16	05	28	43,0
T3	03	19	02	24	36,9
T4	02	08	01	11	16,9
TOTAL	12	44	09	65	99,8

das lesões menores que 2cm fica prejudicada pelo pequeno número (2 casos) e paradoxalmente, nos tumores com comprometimento de pele tivemos um pouco mais de falsos negativos do que nos T3.

O tipo histológico da lesão foi confirmado por exame anátomo-patológico da peça operatória. As cirurgias variaram de tumorectomia a mastectomia radical. Nota-se na Tabela 5, que 80% dos tumores são ductais infiltrativos e 6,1% são lobulares, também infiltrantes. Chama a atenção a correlação de 100% entre a citologia suspeita ou positiva com o carcinoma medular.

Das 64 pacientes, 56 foram submetidas a cirurgias que envolveram esvaziamento axilar parcial ou completo. O comprometimento de pelo menos 1 linfonodo ocorreu em 48,2% das vezes (27 casos). Esses dados são analisados com a citologia oncológica na Tabela 6, não se encontrando, entretanto, correlação entre o achado axilar e suspeita ou positividade do Papanicolaou.

Em relação às mamografias pudemos revê-las em número de 47, tendo em vista que algumas foram realizadas fora do HSPE e, portanto, não constavam do prontuário. Uma paciente não fez o exame, por ser gestante. Apresentavam suspeita de malignidade 39 casos (82,9%) e em 8 (17%) os dados eram sugestivos de displasia ou então normais. Na Tabela 7 confrontamos a citologia com o achado mamográfico, verificando-se que em 4 casos (50%), nos quais a radiologia foi negativa, o Papanicolaou foi suspeito ou positivo.

COMENTÁRIOS

Sabe-se que o câncer da mama tem seu pico de incidência aos 50 anos, sua maior freqüência nos quadrantes superiores da mama e ainda em 70% dos casos é a própria paciente que nos traz a suspeição diagnóstica pela presença de um nódulo mamário.

TABELA 5 – TIPO HISTOLÓGICO / CITOLOGIA ONCOLÓGICA

TIPO HISTOLÓGICO	CITOLOGIA		M.I.	Nº DE CASOS	%
	NEGATIVA	SUSP/POSITIVA			
DUCTOS INFILTR.	09	35	08	52	80,0
PAPILIF.	01	—	—	01	1,5
MEDULAR	—	05	—	05	7,6
PRODUTOR MUÇO	02	01	—	03	4,6
LOBULAR INFILTR.	—	03	01	04	6,1
TOTAL	12	44	09	65	99,8

TABELA 6 – ACHADO AXILAR / CITOLOGIA ONCOLÓGICA

AXILA	CITOLOGIA		M.I.	Nº DE CASOS	%
	NEGATIVA	SUSP/POSITIVA			
POSITIVA	05	17	05	27	48,2
NEGATIVA	06	20	03	29	51,7
TOTAL	11	37	08	56	99,9

TABELA 7 – MAMOGRAFIA / CITOLOGIA ONCOLÓGICA

MAMOGRAFIA	CITOLOGIA		M.I.	Nº DE CASOS	%
	NEGATIVA	SUSP/POSITIVA			
SUSPEITA	07	27	05	39	82,9
NORMAL OU DISPLASIA	02	04	02	08	17,0
TOTAL	09	31	07	47	99,9

Por outro lado como entre nós somente 8% dos tumores são diagnosticados na fase pré-clínica, ou seja, lesões menores que 1cm e ainda outros 57% são casos avançados (EIII e EIV) como diagnóstico inicial, pode-se compreender a grande importância da citologia aspirativa, pois ela, isoladamente, nos permite um diagnóstico de 71 a 82% dos tumores mamários.

Os primeiros a descrever a técnica da citologia aspirativa foram Martin e Ellis em 1930; foi ela depois incrementada a partir de 1950 por Franzen e Zajicek na Europa (Frable 1984). Sua grande vantagem, já confirmada nos diferentes serviços, tem sido sua inocuidade, simplicidade e baixo custo (comparativamente às biópsias de

congelação e diferida) e exame ambulatorial. É exame de grande eficácia.

As principais indicações acontecem em mulheres com tumor palpável, bem como nas lesões recorrentes, principalmente nos casos de cistos que se refazem com facilidade, exigindo estudo citológico, nas lesões suspeitas da mama contralateral, nas mamas dolorosas com lesão identificável clinicamente, bem como nas descargas papilares em que a citologia é feita não somente da descarga, mas também de massa retroareolar quando presente.

Quanto à citologia dos cistos, nós somente a fazemos nos casos de cistos hemorrágicos ou

quando aqueles se refazem rapidamente, ou persiste um nódulo após o esvaziamento do mesmo⁵.

Quanto aos esfregaços insatisfatórios ou insuficientes estes ocorrem em 9 a 16% e o seguimento de carcinoma nestes casos é de 6 a 71% o que nos leva, sempre que haja suspeita clínica ou radiológica a repetir a citologia, nunca considerando os insuficientes como negativos ou conclusivos mas pelo contrário, inconclusivos.

Quanto aos falsos negativos, estes ocorrem de 2 a 25% dos casos, principalmente nos tumores pequenos, fibróticos, em casos com pobreza celular, tumores bastante diferenciados ou colheita incorreta.

Já os falsos positivos acontecem em cerca de 2% dos casos, principalmente associados aos fibroadenomas hipercelulares, hiperplasia ductal atípica e moléstia cística².

Quanto à relação entre a clínica e o seguimento histológico, verificamos que 4% da citologia negativa são positivos pela histologia; 17% das citologias atípicas (Classe III) e 74% das suspeitas (Classe IV) são malignas à luz do exame histológico.

Como clinicamente apenas 70% das lesões são diagnosticadas como suspeitas, 30% passando despercebidas, a mamografia caracterizando 83% dos tumores e a citologia em cerca de 75% dos casos, a correlação entre estes 3 métodos propedêuticos eleva a acuidade diagnóstica a 93%, mostrando a grande importância desta associação.

Outra grande vantagem da citologia aspirativa nos casos de nódulos isolados, suspeitos ou não, é tornar nula a necessidade da biópsia diferida, pois já se pode discutir com a paciente suas probabilidades terapêuticas, bem como o tipo de cirurgia a ser realizada.

Todavia, a citologia, mesmo quando positiva, não invalida a necessidade do controle clínico e radiológico, bem como a necessidade da confirmação da histologia. Nunca indicamos qualquer atitude terapêutica, baseada apenas na citologia.

CONCLUSÕES

Os dados por nós obtidos com a punção aspirativa através de agulha fina, 78,4% de suspeita ou positividade, são em muito semelhantes aos da literatura (70-90%)^{1, 2, 3}.

Dentre os vários parâmetros analisados destacamos os relacionados ao tipo histológico, onde encontramos correlação de 100% entre o carcinoma medular e a citologia oncológica, fato este provavelmente devido às características dessa neoplasia (volume maior, consistência amolecida, ausência de fibrose) que facilitaríamos a obten-

ção do material através da punção aspirativa.

No tocante à mamografia verificamos que em 4 pacientes (50%) o exame não sugeria neoplasia maligna, mas a citologia revelou-se suspeita ou positiva. Isto vem de encontro à idéia de que associando mais um dado ao quadro clínico e à mamografia, nossa acuidade diagnóstica será muito grande. Não nos parece, entretanto, prudente dispensar a biópsia de congelação mesmo que esses 3 elementos estejam de acordo com o diagnóstico de lesão maligna, fato apregoado por alguns autores⁵.

Não tivemos nenhuma complicação com a punção aspirativa e no que se refere à possibilidade teórica da disseminação tumoral, com piora do prognóstico, não nos foi possível avaliar este dado, tendo em vista o curto período de observação dessas pacientes (2 anos). Entretanto, na literatura, vários trabalhos afastam essa possibilidade; entre eles citamos aquele realizado no Memorial Hospital de New York, envolvendo 340 pacientes, com 15 anos de observação⁶.

Finalizando, por se tratar de método inócuo e de fácil realização, contribuindo de maneira importante para o diagnóstico, achamos que a punção aspirativa com agulha fina deve fazer parte dos exames utilizados na propedêutica da patologia mamária.

SUMMARY

The present study was carried out to demonstrate the efficacy of aspirative cytology in diagnosis and management of breast tumors.

It is a simple, safe, and painless procedure offering positive results in 78% to 85% of the cases.

We conclude that aspirative cytology is a very important diagnostic tool in breast cancer.

UNITERMS: *Fine needle aspiration, aspiration cytology, breast cancer.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bassler, R.: Pathologie der Brustdruse. Berlin, Springer-Verlag, 1978. p. 794-802.
2. Bell, D. A.; Hajdu, S. F.; Urban, J. A. and Gaston, J.: Role of aspiration cytology in the diagnosis and management of mammary lesion in office practice. *Cancer*, 51: 1182-1189, 1983.
3. Berg, J. W. and Robbins, G. F.: A late look at the safety of aspiration biopsy. *Cancer*, 15: 826-871, 1962.
4. Fable, W. J.: Needle aspiration of the breast. *Cancer*, 53: 671-676, 1984.
5. Frazier, G. T.; Rowland, C. W.; Murphy, J. T.; Woolery, C. T. and Ryan, S. M.: The value of aspiration-cytology in the evaluation of dysplastic breasts. *Cancer*, 45: 2878-2879, 1980.
6. Goodson, W. H. III and T. K. Hunt: Techniques of Breast biopsy. *Breast Surgery*, Book 1, Vol. VIII, 1981. p. 73-78.
7. Kline, T. S.; Joslin, L. P. and Neal, H. S.: Fine needle aspiration of the breast: diagnosis and pitfalls, a review of 3545 cases. *Cancer*, 44: 1458-1464, 1979.
8. Orell, S. R.: Fine needle aspiration biopsy in perspective. *Pathology*, 14: 113, 1982.
9. Schondorf, H.: Aspiration cytology of the breast. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1978.