

ESTUDO RETROSPECTIVO DA PATOLOGIA MAMÁRIA

Diagnóstico por Biópsia Aspirativa e Correlação Cito-Histológica

ANTÓNIA FURTADO, ROSETE NOGUEIRA, DAVID TENENTE, ANTÓNIO COUCEIRO
Serviço de Anatomia Patológica. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Vila Nova de Gaia

RESUMO

Foram revistos 980 exames de patologia mamária realizados no intervalo de 18 meses, dos quais 626 eram biópsias aspirativas. Em 78,2% das biópsias aspirativas foi efectuado um diagnóstico, e em 21,8% dos casos as biópsias foram consideradas insuficientes. Em 109 casos foi possível correlacionar o resultado da biópsia aspirativa com o da histologia. Os diagnósticos obtidos por biópsia aspirativa foram concordantes com os histológicos em 87,2%, houve discrepância sem contudo haver falsos positivos ou falsos negativos em 6,4%, e nos restantes a citologia foi considerada insuficiente para diagnóstico apesar de haver lesão na histologia. São discutidas as vantagens e limitações da biópsia aspirativa, que consideramos ser um exame importante na abordagem inicial dos doentes com patologia mamária.

SUMMARY

REVIEW OF BREAST PATHOLOGY

Diagnosed by Fine Needle Aspiration and Correlation Between Cytological and Histological Findings

The 980 exams concerning breast pathology performed in an 18-month period, including 626 fine needle aspiration biopsies, were reviewed. A diagnosis was made in 78.2% of fine needle aspiration biopsies, and in the remaining 21.8% they were considered insufficient for diagnosis. It was possible to establish a correlation with histological findings in 109 cases. There was accordance in 87.2% of the cases, a discrepancy in 6.4% of the cases neither with false positives nor false negatives, and in the remaining cases fine needle aspiration biopsy was considered insufficient for diagnosis despite the presence of a lesion in histological sections. The advantages and pitfalls of fine needle aspiration are discussed, and we consider this technique important in the initial approach to patients with breast disorders.

INTRODUÇÃO

No diagnóstico da patologia mamária são habitualmente usadas técnicas citológicas e/ou histológicas¹. A biópsia aspirativa (BA) fornece material para estudo citológico e é a técnica mais usada na instituição dos autores. A BA permite distinguir lesões benignas de lesões malignas². Tem a grande vantagem de ser um exame barato³, pouco invasivo e rápido que permite um diagnóstico quase imediato². Neste estudo pretendeu-se inventariar e contabilizar os diagnósticos de patologia mamária efectuados por BA e verificar se houve um diagnóstico adequado e correcto no exame de citologia quando comparado com o diagnóstico do exame histológico.

MATERIALE MÉTODOS

Foram objecto de estudo os exames de patologia mamária realizados de 1 de Janeiro de 2005 a 30 de Junho de 2006 (18 meses) existentes no arquivo do Serviço de Anatomia Patológica. Procedeu-se à inventariação e contagem dos diagnósticos efectuados por BA, e determinou-se a respectiva percentagem em relação ao total de exames. Em seguida correlacionou-se o diagnóstico feito por BA com o diagnóstico definitivo realizado na peça excisada.

RESULTADOS

O total de exames de patologia mamária foi de 980 distribuídos pelas categorias detalhadas no Quadro I. O total de diagnósticos efectuados pela técnica de BA foi de 626 e estes estão detalhados no Quadro II.

Quadro I

EXAMES DE PATOLOGIA MAMÁRIA	nº	%
Biópsias Aspirativas	626	63,9
Microbiópsias	102	10,4
Extemporâneos	57	5,8
Citologias esfoliativas	6	0,6
Peças	189	19,3
TOTAL	980	100

Quadro II

DIAGNÓSTICOS EFECTUADOS POR BIÓPSIA ASPIRATIVA	n	%
Nódulos Benignos	345	55,2
Lesões Proliferativas Benignas	7	1,1
Lesões Proliferativas provavelmente Benignas a excisar para diagnóstico definitivo	32	5,1
Lesões Proliferativas de malignidade Indeterminada a excisar para diagnóstico definitivo	10	1,6
Lesões Proliferativas provavelmente Malignas a excisar para diagnóstico definitivo	21	3,4
Carcinomas	53	8,5
Tumor Fibroepitelial	1	0,1
Tumores Papilares	7	1,1
Ginecomastias	11	1,8
Tumores Indiferenciados	2	0,3
Insuficientes/não Representativos de Lesão Epitelial	137	21,8
TOTAL	626	100

Foi possível a correlação entre os resultados de BA e o diagnóstico definitivo histológico em 109 casos. Houve concordância em 95 (87,2%), discrepância sem contu-

Quadro III

EXAMES COM DISCREPÂNCIA CITO-HISTOLÓGICA		
	CITOLOGIA	HISTOLOGIA
Caso 1	lesão epitelial proliferativa suspeita de malignidade (fig. 1 – C1)	carcinoma ductal invasor (fig. 1 – H1)
Caso 2	lesão epitelial proliferativa suspeita de malignidade (fig. 1 – C2)	carcinoma ductal invasor (fig. 1 – H2)
Caso 3	lesão epitelial proliferativa suspeita de malignidade (fig. 1 – C3)	carcinoma ductal invasor (fig. 1 – H3)
Caso 4	lesão epitelial proliferativa suspeita de malignidade (fig. 1 – C4)	carcinoma ductal invasor (fig. 1 – H4)
Caso 5	lesão suspeita de malignidade (fig. 1 – C5)	citosteatonecrose (fig. 1 – H5)
Caso 6	lesão epitelial proliferativa suspeita de malignidade (fig. 1 – C6)	fibroadenoma (fig. 1 – H6)
Caso 7	carcinoma (fig. 1 – C7)	carcinoma ductal <i>in situ</i> de tipo comedo (fig. 1 – H7)

do haver falsos positivos ou falsos negativos em sete (6,4%), e em outros 7 (6,4%) as biópsias aspirativas foram consideradas insuficientes apesar de haver lesão na histologia. No que diz respeito a estes últimos casos, verificou-se posteriormente que seis eram lesões benignas (citoesteatonecrose – duas/hiperplasia epitelial – um/hiperplasia epitelial esclerosante – um/fibroadenomas hialinizados – duas) e uma era uma lesão maligna (carcinoma lobular invasor). Os casos em que houve discrepância cito-histológica estão detalhados no quadro III e ilustrados na figura 1.

DISCUSSÃO

Apesar de se obter diagnóstico por BA num elevado número de casos, esta técnica não forneceu material adequado para diagnóstico numa proporção considerável (21,8%). Tal pode em parte relacionar-se com o facto de a biópsia não ter sido feita exactamente no sítio da lesão, ou então por se tratar de lesões ecograficamente classificadas como lobulação de tecido adiposo / lipoma ou alterações fibrocísticas, que podem na citologia ser não representativas de lesão epitelial, e por isso assumidas como insuficientes. O uso mais generalizado de técnicas para localizar a lesão poderá fazer baixar esta percentagem. Em

lesões não palpáveis pode recorrer-se à ecografia e à estereotaxia^{4,5}. Esta última localiza com precisão lesões pequenas e profundas. As características da lesão poderão igualmente influenciar a quantidade de material aspirado, dado que lesões muito fibrosadas, pouco celulares, ou com microcalcificações podem resultar em escassez de material⁶. Factores relacionados com o processamento do material poderão ser tidos em consideração neste resultado. A fragilidade celular obriga a uma pronta e eficaz preparação do material, nomeadamente no que toca à técnica de esfregaço, a qual tem uma curva de aprendizagem inerente⁷. Não será demais realçar a importância do acesso a uma informação clínica e radiológica completa quando se está a interpretar um exame citológico². Alguns diagnósticos citológicos poderão ser considerados de forma mais precisa na concordância clínica-imagiológica-patológica.

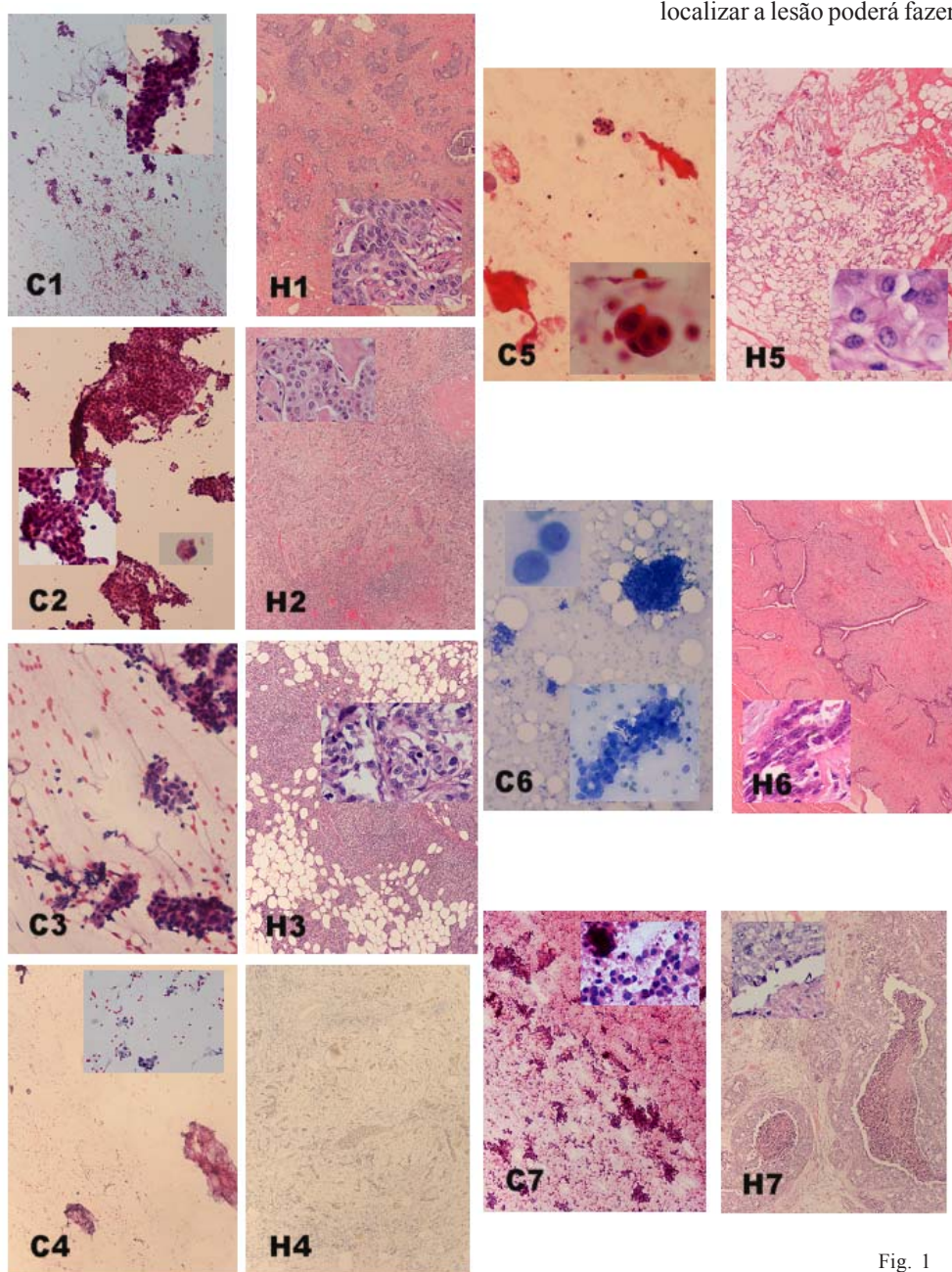


Fig. 1

O grau de concordância entre o diagnóstico citológico e histológico é elevado (87,2%). A discrepância nos diagnósticos (6,4%) deve-se essencialmente às limitações próprias da técnica citológica. Nestes casos, as lâminas de citologia foram revistas e os diagnósticos iniciais efetuados mantiveram-se. Não houve diagnóstico de cancro quando este não existia (falsos positivos), nem tão pouco houve diagnóstico de benignidade quando existia cancro (falsos negativos). As situações de suspeição de malignidade por citologia, que histologicamente corresponderam a casos benignos (n=2) deveram-se à hipervalorização da atipia celular no contexto de fibroadenoma em mulher muito jovem (caso 6) e à quimio e radioterapia prévias (caso 5), factores estes que já foram descritos como podendo interferir na interpretação dos critérios citológicos^{8,9}. No caso 7 a citologia foi favorável a carcinoma *invasor* e a histologia evidenciou apenas carcinoma *in situ* tipo comedo; tendo em conta os critérios citológicos de malignidade – atipia celular, presença de células isoladas com pleomorfismo e necrose – eles estão sempre presentes neste tipo de lesões, tendo a BA limitações nestas situações². Nos casos restantes (n=4) houve suspeição de malignidade na citologia e a histologia revelou carcinoma ductal *invasor*. Os esfregaços eram pouco celulares, continham poucas células isoladas com citoplasma íntegro e num deles coexistiam agrupamentos benignos (caso 3).

Os achados deste estudo, à semelhança de outras séries, apoiam a BA como exame importante na abordagem inicial dos doentes com patologia mamária. Está indicada como primeira abordagem de diagnóstico em casos de lesões nodulares, lesões císticas e lesões espiculadas¹. Comparando a BA com a microbiópsia (*core* biópsia), esta última permite obter material para estudo histológico, mas é um exame mais doloroso, dispendioso e invasivo^{10,11}. Será

no entanto o exame de eleição em lesões com microcalcificações e nos casos em que a BA não é conclusiva¹².

BIBLIOGRAFIA

1. PERRY N, BROEDERS M, DE WOLF C et al: European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2006;219-312
2. HOWAT A, COGHILL S: Normal breast cytology and breast screening. In: Gray W, McKee G, eds. Diagnostic Cytopathology 2nd Ed. New York: Churchill Livingstone 2003;235-302
3. LANNIN DR, SILVERMAN JF, WALKER C et al: Cost-effectiveness of fine needle biopsy of the breast. *Ann Surg* 1986;203:474-480
4. SVANE G, SILFVERSWARD C: Stereotaxic needle biopsy of non-palpable breast lesions. *Acta Radiol Diag* 1983;4:283-8
5. YEAMAN LJ, MICHEL MJ, HUMPHREYS S et al: Radiographically guided FNA cytology and core biopsy in the assessment of impalpable breast lesions. *Breast* 1996;5:41-7
6. LAMB J, ANDERSON TJ: Influence of cancer histology on the success of fine needle aspiration of the breast. *J Clin Pathol* 1989;42:733-5
7. COHEN MB, CHANNING ROGERS RP, HALES MS et al: Influence of training and experience in fine needle aspiration biopsy of breast. *Arch Pathol Lab Med* 1987;111:518-520
8. AKTEPE F, KAPUCUOGLU N, PAK I: The effects of chemotherapy on breast cancer tissue in locally advanced breast cancer. *Histopathol* 1996;29:63-67
9. GIRLING AC, HANBY AM, MILLIS RR: Radiation and other pathological changes in breast tissue after conservation treatment for carcinoma. *J Clin Pathol* 1990;43:152-156
10. SATCHITHANANDA K, FERNANDO RA, RALLEIGH G et al: An audit of pain/discomfort experienced during image-guided breast biopsy procedures. *Breast J* 2005;11:398-402
11. MEUNIER M, CLOUGH K: Fine needle aspiration cytology versus percutaneous biopsy of nonpalpable breast lesions. *Eur J Radiol* 2002;42:10-16
12. PINDER SE, ELSTON CW, ELLIS IO: The role of pre-operative diagnosis in breast cancer. *Histopathol* 1996;28:563-6