

Neoplasias ginecológicas

Enfatizaremos câncer de mama e de colo: os mais freqüentes e os que mais caem. Câncer de colo é o mais frequente na população feminina no Brasil.

Doenças da mama

Benignas x malignas

A) Benignas

A.1) Alteração fibrocística benigna da mama (AFGM)

A.2) Fibroadenoma

A.3) Papiloma intraductal

A.4) Ectasia ductal

A.5) Tumor phyllodes

A.6) Esteatonecrose: mulher que sofre trauma; toma pancada; realiza procedimento cirúrgico; desenvolve dor na mama. A mulher fica nervosa porque está com dor, mas câncer dificilmente dá dor.

A.7) Abscesso subareolar recidivante: abscessos associados à úlcera na região periareolar em mulheres fumantes; lesões crônicas de difícil tratamento com ATB; ele recidiva.

A.1) AFBM ou displasia mamária ou cisto mamário

Uma das alterações mais freqüentes das mamas.

Queixas: caroço no peito; dor cíclica (perimenstrual) e sensibilidade no seio; presença de cistos (que a paciente interpreta como nódulo).

- Mastalgia cíclica.
- Adensamentos.
- Cistos.
- Diagnóstico
 - Anamnese: história cíclica.
 - Exame físico: cisto; elástico; depressível; não aderido a planos profundos.
 - USG: imagem preta (anecóica); líquida; bem delimitada; imagem com reforço posterior sugere lesão benigna; diâmetro lateral > vertical; cápsula ecogênica.
 - PAAF: agulha normal permite punção do nódulo/cisto.

Qualquer tumoração da mama deve ser puncionada: procedimento simples; barato; de poucas complicações que exclui câncer se vierem certas características...

Coisas importantes:

- A dor melhora após a menstruação.
- A dor é bilateral: dificilmente um câncer dói e dificilmente é bilateral.

Conduta

- Orientação: é benigno.
- Tratamento: sintomático para alívio da dor.

A.2) Fibroadenoma

Extremamente comum no menacme (20-35 anos).

Queixa: nódulo, geralmente múltiplo (no início é único), assintomático.

- Nódulo fibroelástico.
- Assintomático.
- Pode perceber a lesão por assimetria; abaulamento; palpação.
- Diagnóstico
 - Anamnese.
 - Exame físico.
 - USG: imagem semelhante à da AFBM; com reforço posterior; bem delimitada; imagem hipoecóica; diâmetro lateral > vertical.

- PAAF: diferentemente do cisto vai dar um resultado negativo; a punção de um nódulo sólido não vai trazer nada, animalzinho.
- Conduta
 - Não exige exérese em < 35 anos, exceto se estiver incomodando a paciente.
 - > 35 anos: merece exérese e confirmação histopatológica.
- Mamografia
 - A mamografia pode encontrar um fibroadenoma. Isto não significa indicar mamografia para dar diagnóstico.
 - Fibroadenoma calcificado: imagem em pipoca.

A.3) Papiloma intraductal

- Lesão do ducto mamário que se apresenta clinicamente por descarga papilar ou nódulo único.
- Descarga papilar: a principal causa de DP é o papiloma intraductal; a principal causa de DP sanguinolenta também é o papiloma intraductal. É unilateral; uniductal e que só aparece à expressão. A DP espontânea é mais perigosa do que a DP à expressão: secreção à expressão não tem uma associação importante com câncer.
- 30-50 anos.

Descarga papilar

- AFBM: sero-esverdeada; PAAF mostrando secreção esverdeada encerra investigação como AFBM.
- Galactorrêia: leitoso.
- **A.4) Ectasia ductal:** amarelo-esverdeado; espesso; dilatação dos ductos mamários → estase das secreções → elas se acumulam dentro da mama. Acomete mulheres bem mais velhas.
- Papiloma intraductal: sanguinolento (50% dos casos); serossanguinolentos (50% dos casos).
- Carcinoma: água de rocha (cristalina) ou sanguinolento (segunda causa). O PAAF manda a secreção para citologia e complementamos com biópsia (excisional ou incisional); com USG; com mamografia.
- Gravidez: sanguinolento.
- Mastite e processos infecciosos: purulento.

DP fisiológica	DP patológica
Descarga provocada.	Descarga espontânea.
Multiductal.	Uniductal.
Bilateral.	Unilateral.
Multicolorida.	Aquosa/sanguínea.
Esporádica.	Profusa e persistente.

DP coloridas não preocupam.

A.5) Tumor filóide

- Tumor que assusta porque é de grandes proporções e com crescimento extremamente rápido.
- É benigno: parece-se com fibroadenoma no histopatológico. A diferença é que o filóide é hiperclular.
- Cuidado: 20% podem sofrer malignização.
- Conduta:
 - Retirar a lesão com margens amplas.

B) Malignas

Hoje em dia não cai muito estadiamento.

O estadiamento de colo de útero cai bem mais.

Devemos saber classificar as lesões e a conduta terapêutica.

A lesão maligna pode ser lobular ou ductal: não quer dizer que a lesão se desenvolveu nesses lugares; significa que a característica histológica predominante é de células ductais ou de células lobulares. Todas as células são do complexo lóbulo-ductal.

Carcinoma in situ: pode ser lobular ou ductal.
 Carcinoma infiltrante: mais comum; 80% são do tipo ductal.
 O carcinoma lobular (mais raro; 15-20%) tem tendência a ser bilateral.

Fatores de risco

- Sexo feminino.
- Idade > 40 anos: mamografia de acordo com a MS é a partir dos 50 anos; de acordo com a sociedade americana de câncer é a partir dos 40 anos.
- História de ca de mama.
- História familiar: de primeiro grau.
- Menarca precoce: sugerindo dependência do estrogênio.
- Menopausa tardia: sugerindo dependência do estrogênio.
- Nuliparidade: gravidez protege do ca de mama.
- Primiparidade idosa.
- Dieta rica em gordura / obesidade.
- TRH combinada. A terapia só com estrogênio ainda gera dúvidas.
- BRCA1 / BRCA 2: principalmente BRCA1. Também se relaciona com câncer de ovário.
- Lesões mamárias de risco:
 - Hiperplasia ductal atípica.
 - Hiperplasia lobular atípica.
 - Carcinoma ductal in situ: ainda não transpôs a membrana, então, é considerado lesão precursora.
 - Carcinoma lobular in situ: associado a lesão bilateral.

Diagnóstico

➤ Auto-exame

Realizado na primeira fase do ciclo menstrual: quando não há alterações fibrocísticas; não vai haver desenvolvimento de cistos; a mama não vai estar túrgida.

Mensalmente, após a menstruação, a partir dos 25 anos.

Detecta muitos casos de câncer, mas somente lesões maiores do que 1 cm (razoavelmente grandes).

➤ Exame clínico

➤ Ultrassonografia

➤ Mamografia

Exame de RX... é o indicado para DX de lesões subclínicas, menores do que 1 cm.

Podemos observar lesões palpáveis ou rastreio de lesões subclínicas (não-palpáveis).

Pelo menos 2 incidências: oblíqua e crânio caudal.

Lesões benignas

- Imagem em pipoca.
- Linfonodos com área hipodensa central.

Lesões suspeitas

- Lesões radiadas.
- Lesões unilaterais.
- Microcalcificações agrupadas.
- Microcalcificações pleomórficas.
- Densidades assimétricas.
- Linfonodos sem radiotransparência central.

- Limites mal-definidos.

Indicações de rastreio – MS

Baixo risco

Exame clínico anual → a partir de 40 anos de idade.

Mamografia → 50-69 anos anualmente (permite-se intervalo de até 2 anos).

Alto risco

Exame clínico e mamografia anual → a partir dos 35 anos.

Indicações de rastreio - American cancer society

Baixo risco

Exame clínico anual → a partir dos 40 anos de idade (a cada 3 anos entre 20-39 anos).

Mamografia → anual a partir dos 40 anos.

Alto risco

Exame clínico, mamografia e RNM anual → a partir dos 35 anos.

Pacientes jovens com mama densa...

Exame de escolha é a USG mamária.

RNM...

É o método de escolha para avaliação das mamas com prótese.

Classificação BI-RADS

Categoria 0:

- Inconclusivo.
- Precisamos complementar a investigação: USG; mamografia compressiva.

Categoria 1:

- Sem achados mamográficos; sem sinais de malignidade.
- Conduta: repetir o exame de acordo com a faixa etária.

Categoria 2:

- Achados benignos: fibroadenoma calcificado; linfonodo com aspecto benigno; cisto; densidades de características benignas.
- Conduta: repetir o exame de acordo com a faixa etária.

Categoria 3:

- Achados provavelmente benignos.
- Conduta: mamografia semestral por 3 anos para confirmar a estabilidade da lesão. A partir de então, voltamos à rotina anual.

Categoria 4:

- Probabilidade de malignidade (30%).
- Conduta: avaliação histopatológica da lesão.

Categoria 5:

- Achados altamente sugestivos de malignidade.
- Conduta: avaliação histopatológica da lesão.

Categoria 6:

- Achados com malignidade confirmada prévia.

Ultrassonografia mamária

- Avaliação de nódulos: sólidos x císticos.
- Serve para mamas densas (jovens).
- Problema: não vê microcalcificações.
- Sombra acústica posterior sugere malignidade.

- Reforço acústico posterior sugere benignidade.

PAAF

Muito simples... qualquer idiota faz.

Primeiro exame feito em nódulo palpável... não dá para puncionar nódulo que não estamos sentindo (aqueles vistos ao USG).

O objetivo básico: saber se a lesão é cística ou sólida. Se cística avaliar o conteúdo do cisto.

Preocupa: se após o esvaziamento, há persistência do cisto (isto significa que há conteúdo sólido dentro do cisto; sugere malignidade); cistos que vão e voltam após esvaziamento (recidivantes) também sugerem malignidade.

PAAF não permite distinguir *ca in situ* de *ca invasor* uma vez que não há avaliação da histologia.

PAAF também exibe número elevado de falso-negativos: podemos puncionar e não atingir a lesão; podemos puncionar e não trazer células cancerígenas.

Assim, em toda paciente que tiver alta sugestão de câncer, se a punção for negativa, continuamos investigando.

Core biópsia

Utilizado para grandes nódulos.

Permite retirada de fragmento do nódulo.

Fazemos múltiplas biópsias (vários fragmentos) o que aumenta a chance de diagnóstico. Também aumenta a chance de lesões: hematomas; lesão de parede torácica; de vasos.

É guiado: por USG ou por mamografia (estereotaxia).

Serve para lesões grandes ou microcalcificações agrupadas (mesmo que não estejamos palpando a lesão).

Permite análise histopatológica da lesão.

Mamotomia

Biópsia percutânea: única punção em que retiramos múltiplos fragmentos (a luz da agulha é muito maior).

Procedimento mais caro.

É guiada por USG ou mamografia (estereotaxia).

Fica basicamente restrita às lesões pequenas: como retira área maior de tecido; a chance de envolver a lesão é maior.

Exame de escolha para microcalcificações agrupadas.

Estadiamento

TNM

Decora o de colo que você se dá melhor...

Grave pelo menos isto:

T4b = acometimento da pele.

T4d = carcinoma inflamatório... péssimo prognóstico.

Tratamento

A) Conservador x Radical

A.1) Tratamento conservador

É o tratamento estético; no qual queremos preservar a estética; ele só pode ser feito em lesões menores, ou seja, para carcinomas *in situ* com lesões menores ou para lesões que acometem menos de 20% da mama.

Podemos fazer:

A.1.1) Tumorectomia

Retirada da lesão sem preocupação com margens cirúrgicas.

A.1.2) Segmentectomia (setorectomia)

Retirada da lesão toda com margens de segurança de pelo menos 1 cm; não há retirada de pele (incisamos, retiramos a lesão e fechamos a pele).

A.1.3) Quadrantectomia

Envolve retirada de uma parte da pele.

No tratamento conservador, existe um risco de haver metástases no momento. Assim, devemos sempre fazer associação com radioterapia adjuvante.

A.2) Tratamento radical – As mastectomias

Incisão mais ampla em que retiramos a mama toda e mais alguma coisa; fica restrito para pacientes com lesões maiores; que ocupam mais de 20% da região mamária. O tratamento envolve a mastectomia, ou seja, retirada total daquela mama acometida.

A.2.1) Mastectomia Simples

Só há retirada da mama e da pele.

As outras mastectomias envolvem esvaziamento axilar e por isso são chamadas de mastectomias radicais. Vamos abordar a axila da paciente e retirar todos os níveis de linfonodos axilares (não fazemos linfonodo sentinela).

A.2.2) Mastectomia à Halsted (clássica)

Esvaziamento axilar + mama + peitorais maior e menor.

Não é feita nos dias de hoje.

A.2.3) Mastectomia à Patey (modificada)

Esvaziamento axilar + mama + peitoral menor.

A.2.4) Mastectomia à Madden (modificada)

Esvaziamento axilar +mama + preservação de ambos os peitorais.

Qual a diferença entre a mastectomia simples e à Madden? Na Madden, há esvaziamento axilar.

É a mais realizada nos dias de hoje.

Toda paciente tratada tem que ter sua axila analisada.

B) QTX x RTX

QTX adjuvante (pós-cirúrgica) é sempre indicada nas pacientes que possuem carcinoma infiltrante.

QTX neoadjuvante ainda não é consenso.

RTX fica restrita para as pacientes que fazem tratamento conservador.

Exemplo

Lesão infiltrante que envolve 5% da mama: cirurgia conservadora; a cirurgia indica RTX (foi conservadora); como é infiltrante recebe QTX adjuvante. Primeiro fazemos a QTX.

C) Esvaziamento axilar

Esvaziamento clássico: vamos lá e esvaziamos tudo.

Linfonodo sentinela: durante a cirurgia um marcador é injetado em cima da lesão e tentamos detectar o primeiro linfonodo que vai se corar. Retiramos esse linfonodo porque se a paciente tiver MT, ela vai aparecer primeiro nesse linfonodo.

Se o linfonodo não está acometido mudamos o estadiamento da paciente. Linfonodo negativo implica em não precisarmos complementar a cirurgia. Se o linfonodo sentinela vier positivo, complementamos o esvaziamento axilar naquele tempo cirúrgico.

Não muda a terapêutica: não muda a conduta... não mexe na decisão de QTX ou RTX.

A técnica do linfonodo sentinela visa evitar a lesão do nervo torácico longo (ele inerva o serrátil anterior; ele mantém a escápula grudada no corpo): a sua lesão causa escápula alada; também visa evitar edema... que podem ocorrer no esvaziamento axilar clássico.

O esvaziamento axilar clássico (todos os andares) é mandatório em todas as pacientes que fizerem o tratamento radical (mastectomias).

A técnica do linfonodo sentinela fica restrita para as pacientes em que estamos fazendo tratamento conservador (quadrantectomia, por exemplo).

Nos casos de ca in situ não precisamos fazer esvaziamento axilar, nem por uma técnica nem por outra. Recebem cirurgia conservadora + RTX.

D) **Hormonioterapia**

O ca de mama está associado a níveis de estrogênios elevados: mulher obesa; menarca precoce; dieta rica em gordura.

Imaginou-se que tratamento anti-estrogênico pode melhorar o prognóstico.

Neoplasias com muitos receptores de estrogênio: acometem pacientes mais jovens; quando tratadas com hormonioterapia o prognóstico é melhor.

Drogas utilizadas:

- Tamoxifeno: modulador seletivo dos receptores de estrogênio (SERM); apresenta efeito antagonista na mama; deve ser utilizado por pelo menos 5 anos diariamente; apresenta efeito agonista no endométrio (ao contrário do raloxifeno utilizado na TRH). A paciente passa a apresentar risco de desenvolver ca de endométrio.
- Inibidores da aromatase: inibem conversão de androgênios em estrogênios.
- Análogos do GnRH: parecem com o GnRH, mas fazem bloqueio da secreção hipofisária de gonadotrofinas (FSH e LH). Há bloqueio da secreção ovariana (P + E) e menopausa medicamentosa.