

Paulo Cesar

TO 224
8,5

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

TRABALHO DE GINECOLOGIA

AVALIAÇÃO DE 48 CASOS DE CÂNCER DE MAMA
NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA

ACADÊMICOS: Paulo César dos Santos Borges
Ademir Claudino dos Santos
Jamil Mattar Valente

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1978

INTRODUÇÃO

A medicina está crescendo, novos métodos diagnósticos e terapêuticos surgem quase que diariamente. O progresso em todas as especializações é evidente.

Apesar de contarmos com inúmeras técnicas para as mais diversas finalidades, de termos hoje, maiores facilidades de comunicações, de intercâmbio, temos por outro lado também muitas dúvidas e desconhecemos muitos dados. Esses dados, desconhecidos ou pouco conhecidos, dizem respeito principalmente, aos problemas que nos cercam, de nosso meio de ação.

Com o objetivo de participarmos com uma fração mínima para o esclarecimento desses dados locais, resolvemos enfocar alguns aspectos relacionados com as NEOPLASIAS MALIGNAS DE MAMA na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis.

Procuramos destacar dados epidemiológicos da entidade em enfoque, bem como demonstrar as medidas terapêuticas mais empregadas, sem contudo, levar em consideração o estadiamento.

Por outro lado, servimo-nos dos dados coletados, para estabelecermos algumas comparações com os índices de outros autores.

GENERALIDADES

O câncer de mama é uma doença que toma grande importância atualmente devido a alta incidência que é verificada ao compararmos com outras localizações de tumores.

Com os avanços da cirurgia, radioterapia e quimioterapia, com os novos conceitos sobre neoplasias, pôde-se ter um tratamento curativo desde que seja diagnosticado precocemente. Assim sendo, as mulheres devem ser orientadas para que se autoexaminem e, ao menor sinal de alteração mamária, dirijam-se aos serviços especializados e compareçam periodicamente a estes serviços, para que se tenha as condições para um diagnóstico precoce.

Segundo A. Abrão e cols, representa sério problema médico-social e fato de, apesar das campanhas de esclarecimento, a maioria das pacientes procurarem o tratamento especializado tardiamente, quando as possibilidades de bons resultados são bem menores. (2).

O carcinoma mamário é geralmente focal, mas não é raro o aparecimento multifocal. Para Michallany a origem multicêntrica dos tumores é facilmente verificada nos carcinomas de pele, mama e intestino, cujo desenvolvimento pode ser simultâneo num grupo maligno da mais diversa localização. Afirma ainda que os tumores benignos podem apresentar origem multicêntrica, entre outros o leiomioma do útero, o fibroadenoma da mama. (8).

Gualheime e Gall num citado por Leis Junior, em estudos de cortes seriados de 157 mamas operadas, mostraram múltiplos focos de câncer em 54% dos cortes, daí conclui-se que não há dúvidas de que se trata de desordem total da mama, num processo multicêntrico, como nos casos dos canceres de outras localizações. (6).

Sabe-se que o câncer de mama dá precocemente metástases para os gânglios axilares e isso é de grande importância no que concerne a conduta terapêutica e prognóstico. (1)

CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA

Grande variedade de tumores malignos ocorrem na mama, principalmente nas estruturas epiteliais e conjuntivas: os carcinomas (numerosos) e os sarcomas (menos frequentes).(2)

I - DE ESTRUTURA EPITELIAL: Carcinoma

- 1 - Originário dos alvéolos (lobulares)
 - a. Não infiltrantes (in situ)
 - b. Infiltrantes
- 2 - Originários dos ductos (ductais)
 - a. Intra-ductal não infiltrante ou in situ
 - b. Extra-ductal ou infiltrante
 - Comedo
 - Cirroso
 - Medular
 - Mucinoso ou colóide
 - Paget
 - Papilífero
 - Formas raras especiais (de glândulas sudoríparas, de células escamosas, de tipo tubular).

II - DE ESTRUTURA CONJUNTIVA: Sarcoma

- 1 - Do próprio tecido conjuntivo
 - Fibrosarcoma
- 2 - Transformação maligna de um fibro adenoma pré-existente
 - Adenosarcoma
- 3 - Outros tipos
 - Leiomiosarcoma
 - Rabdomyosarcoma
 - Liposarcoma

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA ADOTADA PELA UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA
O CÂNCER (3)

A - Estadio I

- Tumor de 5 cm ou menos
- Ausência de fixação ou fixação incompleta à pe
le
- Papila retraída ou Doença de Paget presente
- Ausência de fixação à parede torácica
- Ausência de adenopatia axilar homolateral
- Ausência de metásteses à distância

B - Estadio II

- Tumor de 5 cm ou menos
- Ausência de fixação ou fixação incompleta à pe
le
- Papila retraída ou Doença de Paget presente
- Ausência de fixação à parede torácica
- Adenopatia axilar homolateral móvel
- Ausência de metásteses à distância

C - Estadio III

- Tumor de mais de 5 cm
- Fixação completa à pele ou
- Pele com aspecto de "casca de laranja" na área
tumoral ou
- Fixação à parede torácica ou
- Adenopatia axilar homolateral fixa ou
- Edema de braço ou
- Adenopatia supraclavicular homolateral móvel
ou fixa
- Ausência de metásteses à distância

D - Estadio IV

- Metásteses distantes presentes, independentemente
da condição do tumor primário e dos linfono
dos regionais.

- Invasão extensa da pele da mama e dos linfonodos contralaterais ou da mama contralateral.
- Todos os casos em que há evidência ou radiológica de metástases à distância. (3)

AGRUPAMENTOS POR ESTADIOS: (5)

Estadio Clínico	Grupos	TNM	Nº de grupos por estadio
I	T1NoMo	T2NoMo	2
II	T1N1Mo	T2N1Mo	2
III	T1N23Mo	T2N23Mo	
	T3No123Mo	T4No123 Mo	12
IV	Qualquer símbolo TN mais M1		16

DIAGNÓSTICO

Os nódulos ou tumores mamários são geralmente as primeiras manifestações do carcinoma.

O tumor maligno tem certos caracteres típicos desde seu início. São nódulos fixos aos planos superficiais e profundos, de limites não bem definidos, nem sempre acompanhados de dor.

O escoamento sanguinolento pela papila na maioria das vezes traduz um simples papiloma, mas pode também ser um sinal de tumor maligno. (5)

Nos carcinomas acompanhados de processos inflamatórios crônicos, a pele da mama se apresenta em geral infiltrada por edema, finamente enrugada, lembrando o aspecto de "casca de laranja". (3)

É importante a inspeção da aréola e papila mamária afim de detectar lesão eczematosas; esse eczema pode ser a exteriorização do carcinoma ductal (Doença de Paget).

Observar também se há retração em algum ponto da superfície da mama ou do mamilo, o que é frequente no carcinoma cirroso.

Em 90% dos casos é a própria paciente que descobre o tumor. (3).

Pesquisar antecedentes de mastites, traumatismos sobre a mama e displasias mamárias. Além da inspeção e palpação, sempre deve ser feita a expressão da mama.

Os tempos complementares são a mamografia, a ductografia contrastada e a biopsia.

Na mamografia devem se pesquisar os seguintes sinais radiológicos:

- 1 - Hiperdensidade heterogênea, com bordos irregulares ou espiculares
- 2 - Microcalcificações confluentes e múltiplas, sediadas no interior da zona de hiperdensidade
- 3 - Alterações do calibre dos vasos em relação à mama contralateral
- 4 - Diâmetro radiológico do tumor geralmente menor do que o clínico. (3)

TRATAMENTO

O tratamento do câncer de mama, está intimamente relacionado com o estadio da doença.

Sem dúvida alguma a melhor forma de tratamento para o carcinoma de mama é a mastectomia radical de Haslsted, mas esta só terá bons resultados quando a enfermidade estiver limitada em extensão.

A mastectomia radical é o método de eleição nas pacientes cuja enfermidade está classificada como estadio I e II.

As pacientes classificadas como estadio III e IV, assim como as que tem gânglios no vértice da axila comprometidos, devem ser tratadas inicialmente com radioterapia. (5)

Nos carcinomas mais avançados, faz-se mastectomia simples e radioterapia complementar (técnica de Mac Whirter), seguida do emprego de quimioterapia antineoplásica e cortisona. (3).

Nos casos avançados e recidivados, fazendo-se a ooforectomia bilateral, obtém-se melhoria das condições gerais da paciente, prolongando-lhe o tempo de vida. Isto, em virtude do carcinoma de mama ser um tumor hormônio-dependente e a castração cirúrgica retirar a estimulação hormonal que é responsável em parte pelo crescimento do tumor. Pode-se ainda abrir mão da supra-renalectomia e hipofisectomia. (3)

PROGNÓSTICO

É importante para o prognóstico do câncer de mama, saber o tempo decorrido entre o aparecimento do primeiro sintoma e a procura de tratamento especializado; no entanto consideramos essencial estabelecer o estadiamento clínico afim de prever um tempo de sobrevida. (7)

Segundo Haagensen, a porcentagem de sobrevida de 10 anos em pacientes submetidos a mastectomia radical de acordo com a classificação clínica de Columbia é a seguinte:

Estadio A - De 366 pacientes, sobreviveram após 10 anos 280, dando um percentual de 76,5%.

Estadio B - De 140 pacientes, sobreviveram 63, dando um percentual de 45%.

Estadio C - De 56 pacientes, sobreviveram após 10 anos 14, dando um percentual de 25%

Estadio D - De 11 pacientes, sobreviveram após 10 anos 2, dando um percentual de 18,2%. (5).

CARCINOMA DE MAMA - GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

O carcinoma de mama não é frequente se assestar na mulher durante a gravidez e na lactação.

"A experiência mostra que o emprego da mastectomia radical em pacientes com carcinoma de mama durante a gravidez ou da lactação, tem nos dado uma sobrevida de mais de 5 anos".

Devido o aumento fisiológico da mama, durante a gravidez, fica difícil diagnosticar o tumor inicialmente, o que se dá numa fase mais adiantada. Assim, pode-se quase que afirmar, que o carcinoma diagnosticado na lactação já estava presente na gravidez.

"A razão pela qual as mulheres com carcinoma de mama que se desenvolvem durante a gravidez ou na lactação tardarem mais em procurar tratamento, é o resultado de elas ou mesmo o obstetra atribuírem o tumor a um abcesso ou outra lesão não neoplásica da mama associada com a condição da paciente".(5)

A simultaneidade do carcinoma de mama e gestação, tem ocasionado controvérsia quanto ao tratamento. Para alguns não há prova de que o tumor aumente tanto de tamanho durante a gravidez, mas outros se apoiam no fato do câncer de mama ser uma neoplasia estrogênio-dependente.(4)

O tratamento cirúrgico é a única medida adotada durante a gravidez, ficando a radioterapia para depois do parto. O abortamento não tem indicação, mas contra-indica-se a amamentação.

O futuro obstétrico destas mulheres vai depender da evolução do caso: se clinicamente em bom estado, poderá ter mais filhos, mas as que apresentam recidivas ou metástases a nova gestação é absolutamente contra-indicada.(3)

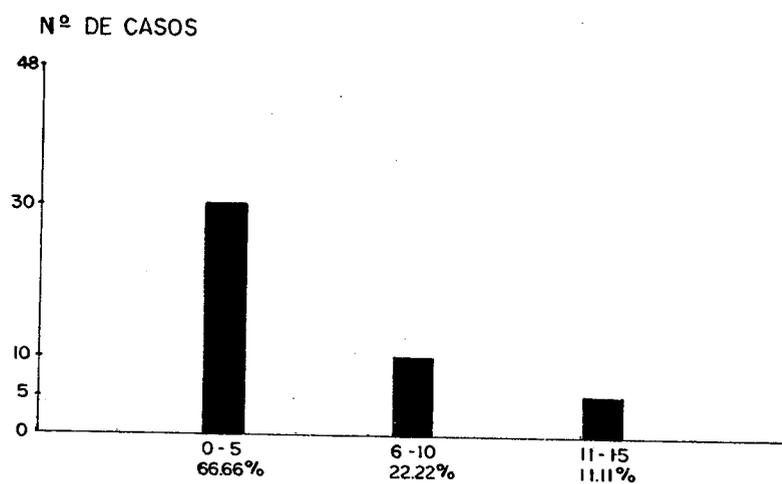
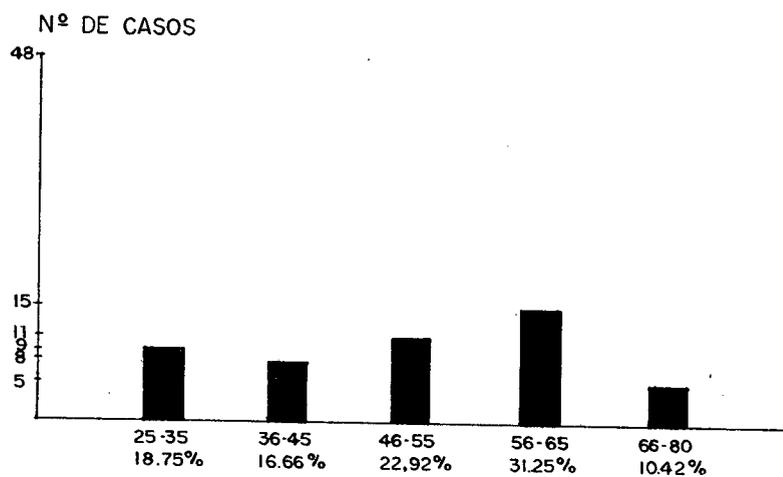
FIGURA ①: PARIDADE**FIGURA ②: IDADE**

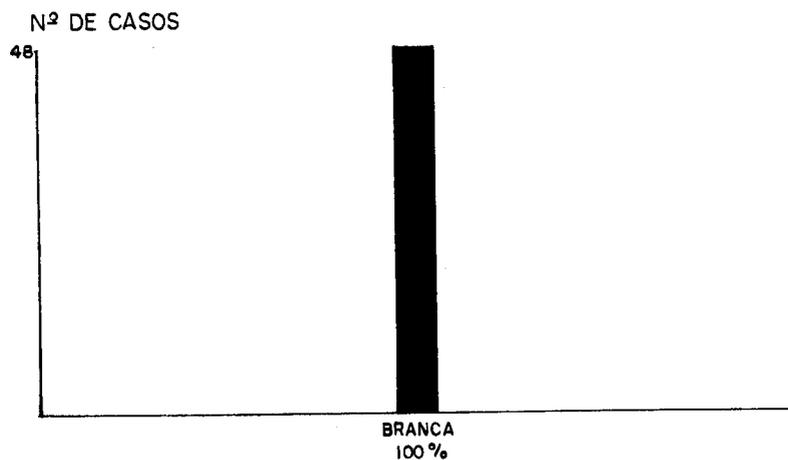
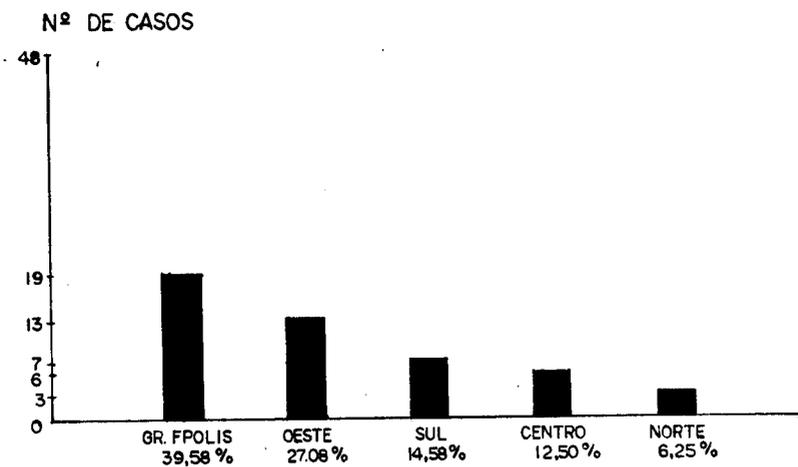
FIGURA 3 : CÔR**FIGURA 4 : PROCEDÊNCIA**

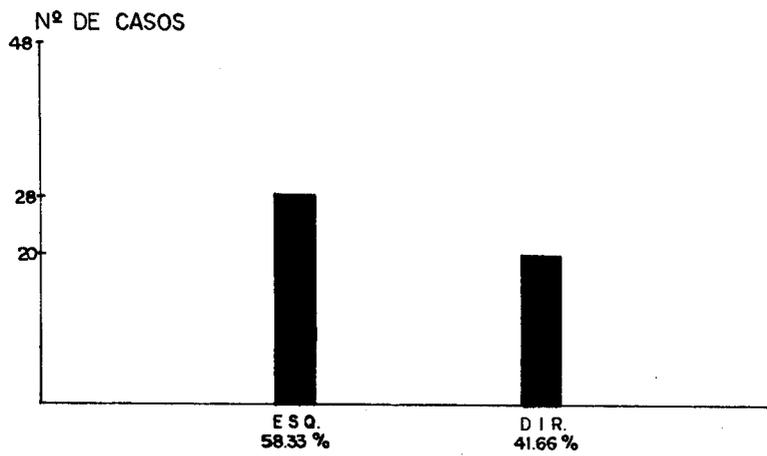
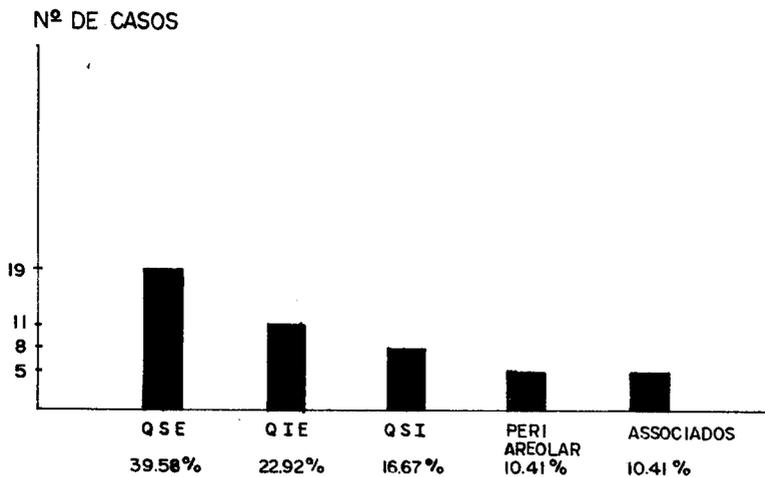
FIGURA 5 : MAMA ACOMETIDA**FIGURA 6 : QUADRANTE ACOMETIDO**

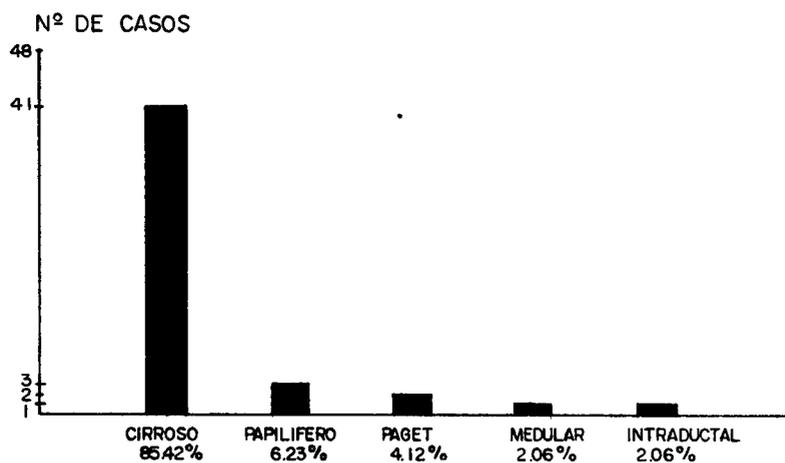
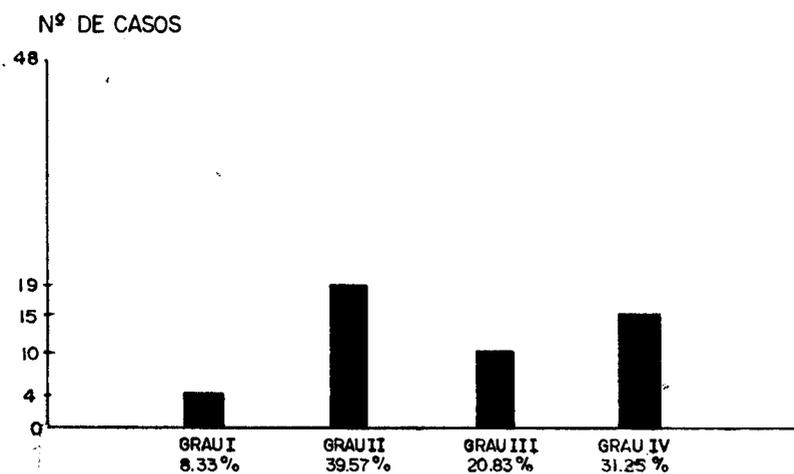
FIGURA ⑦: TIPO HISTOLÓGICO**FIGURA ⑧: ESTADIAMENTO CLÍNICO**

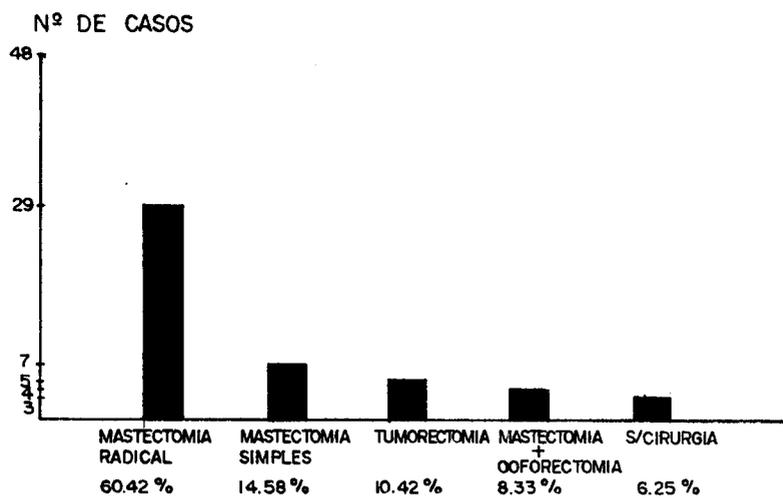
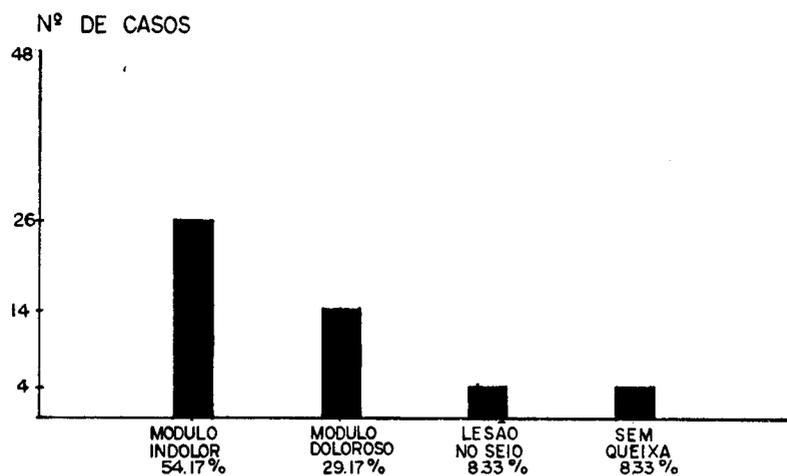
FIGURA 9 : TRATAMENTO**FIGURA 10 : SINAL E SINTOMA INICIAL**

FIGURA 11 : DO 1º SINTOMA AO TRATAMENTO

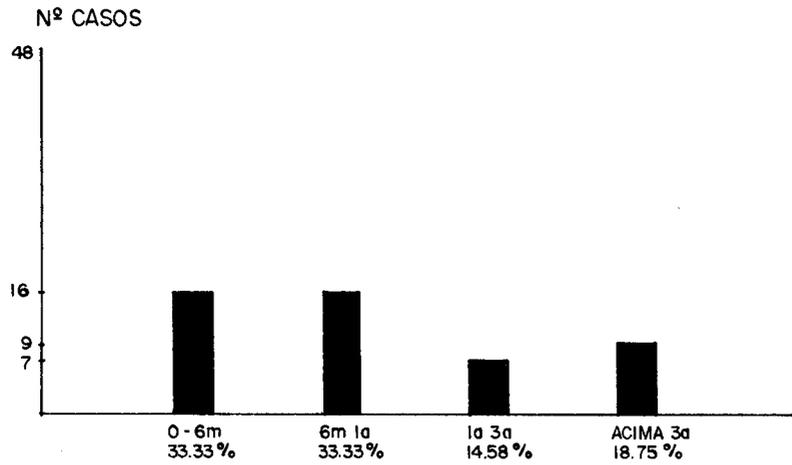
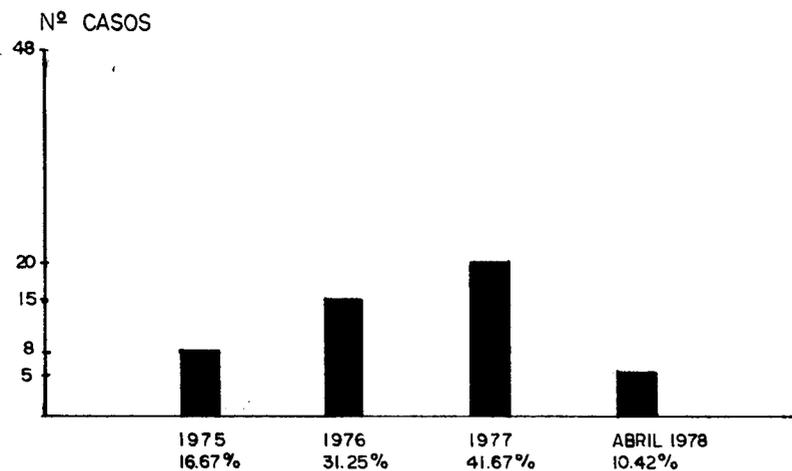


FIGURA 12 : INCIDÊNCIA ANUAL



MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho consta de uma análise retrospectiva de 48 prontuários com diagnóstico de câncer de mama, pertencentes ao serviço de arquivo médico da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, abrangendo o período de janeiro de 1975 a abril de 1978.

Para a realização foram protocolados os seguintes parâmetros: idade, cor, procedência, paridade, mama acometida, quadrante, tipo histológico, estadiamento clínico, tratamento, sinal ou sintoma inicial, tempo decorrido entre a primeira queixa e a procura de serviço especializado.

Os dados referentes a idade, foram agrupados em faixas etárias com uma variação de dez (10) anos, isso em virtude de encontrarmos grande variabilidade nas idades das pacientes analisadas.

Ao avaliarmos a procedência das pacientes, optamos pela divisão do estado de acordo com as regiões, ou seja: Grande Florianópolis, Oeste, Sul, Norte e Centro.

Quanto ao sinal ou sintoma inicial, consideramos como "lesão de mama" os traumatismos mamários, as fissuras, processos inflamatórios e outros; sendo que anotamos ainda como aspecto importante, a presença de nódulo doloroso e indolor. Caracterizamos a paciente como "sem queixas" quando a descoberta da alteração mamária ocorreu em exame médico de rotina.

A conduta terapêutica foi avaliada apenas quanto aos aspectos cirúrgicos, visto que nos prontuários estudados, não encontramos menções de que a paciente fora encaminhada a outra forma de tratamento especializado, como quimioterapia ou radioterapia.

Ao analisarmos os quadrantes acometidos, observamos que em certo número de casos havia mais de um quadrante atingido, sendo então que rotulamos esses casos como "associados".

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Ao analisarmos a figura I, onde focalizamos o grau de paridade de cada paciente, observamos que a maior incidência recai nas mulheres com menor número de filhos (0 a 5), numa percentagem de 66,66%. Para um estudo comparativo o ideal seria, para um confronto com a literatura, estabelecermos a equivalência quanto a amamentação. Entretanto, isto não nos foi possível devido ao fato de não termos encontrado nos prontuários revistos dados referentes a este aspecto. Isto nos fez correlacional subjetivamente paridade com amamentação, o que pode ser considerado pouco real e nos deixa muitas dúvidas; porém foi a forma mais viável que conseguimos para estabelecer esta comparação. A porcentagem encontrada vem de encontro a literatura revista e veio corroborar as afirmações de que as mulheres que amamentam menos (menor número de filhos) tem a maior probabilidade de vir a ter carcinoma de mama, já que este é considerado estrógeno-dependente. (3, 5, 7)

Quanto a idade, encontramos uma maior incidência na faixa dos 46 aos 65 anos, sendo que há uma predominância em torno dos 50 anos, que foi a idade média encontrada. A grande maioria dos estudos revistos citam esta idade média como sendo a de maior risco em termos de câncer de mama.

Um fato que chamou-nos a atenção foi que, das 48 pacientes estudadas, todas pertenciam a raça branca. Não encontramos uma explicação mais plausível para este aspecto, e não queremos com isso, afirmar que essa entidade seja própria da raça branca.

A figura IV (procedência) possibilita-nos concluir que ainda é grande a procura de recursos em nosso meio por parte das pacientes do interior do estado. Este dado se deva, talvez, ao fato de na capital existir maiores condições clínico-terapêuticas e que exista um bom relacionamento entre os serviços médicos de Florianópolis e as demais cidades do interior. Outro fato que leva-nos a crer seja o motivo desta procura, é o de que, na atualidade, as neoplasias não são mais tratadas isoladamente por um cirurgião, ou apenas pelo radioterapeuta ou pelo quimioterapeuta, mas sim num serviço integrado e conjunto.

Ao estudarmos a mama acometida, figura V, observamos um predomínio da mama esquerda; e em relação aos quadrantes, o mais atingido foi o superior externo, quer em mama direita ou esquerda. Dados estes que coincidem com os da literatura (2, 3, 5, 7).

Na análise do tipo histológico, encontramos várias classificações; para a revisão literária optamos pelas de HAAGENSEM e de BASTOS, sendo que a revista FEMINA nos apresenta uma classificação mais didática, acadêmica e nos baseamos nesta para estabelecermos paralelos com os dados que coletamos. Houve uma predominância maciça do tipo CIRROSO, cerca de 86% dos casos; dado este que está perfeitamente enquadrado na literatura revista. (2, 3, 5)

Quanto ao estadiamento, observamos que apesar do estadio II ser o mais encontrado, tem-se uma grande porcentagem de estadiamento IV em nosso meio. Esse fato reafirma a demora das pacientes em procurar recursos adequados, ou de ser o câncer de mama diagnosticado tardiamente.

Na figura IX (tratamento), encontramos uma predominância de pacientes que foram acometidas a mastectomia radical (60,42%); outras formas de terapia também foram empregadas, e estes dados demonstram que apesar de encontrarmos uma alta incidência de estadios avançados, alguma conduta é tomada, mesmo que seja paliativa. Observamos que na sua totalidade, os casos foram submetidos a intervenção cirúrgica. Este fato vai contra ao apregoado por muitos estudiosos, pois nas faixas avançadas da doença, primeiramente se faz radioterapia ou quimioterapia. (3, 4, 5)

A procura de recursos médicos especiais se dá primordialmente pelo aparecimento de "nódulo mamário", doloroso ou não, segundo a literatura já citada e realmente foi o que encontramos nas pacientes reavaliadas.

Segundo os mais diversos autores (2, 3, 5, 7), a procura do especialista deveria ocorrer nos primeiros 3 meses de sintomatologia, porém, em nosso meio, isso não ocorre, pois a grande maioria demora de 6 meses a 1 ano até chegar ao serviço especializado.

Ao analisarmos a incidência anual de câncer de mama observamos um aumento anual gradual. Este aumento gradual nos

faz pensar que está havendo uma maior procura por parte das pacientes portadoras de câncer de mama de serviços especializados. Outro fato é o de que, com as muitas campanhas de incentivo e de conscientização para a procura de exames periódicos venha a influir neste aumento. Tudo isto aliado a uma maior preocupação dos especialistas em fazer uma pesquisa mais detalhada tem contribuído para o aumento da incidência. Fica aqui uma interrogação; será válida esta explicação supra, ou será que realmente o câncer de mama está acometendo mais pacientes?

CONCLUSÕES

1. As mulheres em nosso meio procuram tardiamente os serviços especializados para o diagnóstico de câncer de mama.
2. Há necessidade de mais campanhas para educação da mulher, no sentido de amamentar, fazer exames periódicos, e de procurar precocemente os serviços especializados ao menor sinal de alteração mamária.
3. A incidência de câncer de mama está aumentando em nosso meio.
4. Há necessidade de se tratar o câncer de mama de uma forma integrada, global, em conjunto, pelos métodos cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRÃO, A. - Tratamento do câncer operável da mama. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 3(5): 195-202 SET/OUT 1976.
2. BARCELLOS, J.M. - Tipos histopatológicos dos tumores da mama. Importância prognóstica. Femina 5 (7):447-55, JUL 1977.
3. BASTOS, A.C. - Noções de ginecologia. 4a. edição, Atheneu Editora São Paulo S.A., São Paulo 1975, pág. 294.
4. FORMIGA Fº, J.F.N. - Carcinoma inflamatório de mama associado à gravidez. Jornal Brasileiro de Ginecologia. 79 (6): 255-57 JUN 1975.
5. HAAGENSEN, C.D. - Enfermidades da mama. 2a. edição, Editorial Beta SRL, Buenos Aires, 1977.
6. LEIS Jr., J.P. - La otra mama - Progressos em cancerologia clínica, 1969.
7. LIMA Fº, J.V.de - Elementos de avaliação prognóstica do carcinoma mamário - Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 4 (18): JUL/AGO 1971.
8. MICHALANY, J. Evolução dos tumores. Cancerologia prática. 1967.

**TCC
UFSC
TO
0224**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0224

Autor: Borges, Paulo César

Título: Avaliação de 48 casos de câncer



972809103

Ac. 254358

Ex.1 UFSC BSCCSM