

DEISE LANE VIANA

**CARCINOMA MAMÁRIO BILATERAL**

**Revisão Bibliográfica e**

**Apresentação de Cinco Casos**

FLORIANÓPOLIS

1996

DEISE LANE VIANA

# **CARCINOMA MAMÁRIO BILATERAL**

**Revisão Bibliográfica e**

**Apresentação de Cinco Casos**

Trabalho de aproveitamento do Curso de  
Graduação em Medicina sob orientação do  
Dr. Carlos Gilberto Crippa da Universidade  
Federal de Santa Catarina.

FLORIANÓPOLIS

1996

## AGRADECIMENTOS

g.s.  
DAK

Àqueles que, cederam parte de seu precioso tempo fornecendo-nos dados, sem os quais seria impossível a realização deste trabalho:

- Enf. Margaret Hasse, do Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra
- Dr<sup>o</sup> Ernani Lange S. Thiago, presidente da Liga Catarinense de Combate ao Câncer
- Maria Suzelei Perico Prazeres, Assistente Social da Liga Catarinense de Combate ao Câncer
- Dr<sup>o</sup> Renato Salerno Wilkens, médico da residência em Mastologia da Maternidade Carmela Dutra
- Dr<sup>a</sup> Érica Helaine Craibert, médica mastologista da Maternidade Carmela Dutra
- Sofia Gonçalves, tradutora

E, especialmente, aos profissionais que estiveram mais diretamente em contato com a autora, durante a realização deste, prestando orientação sempre que se fez necessário:

- Dr<sup>o</sup> Carlos Gilberto Crippa, médico mastologista e Diretor da Maternidade Carmela Dutra
- Dr<sup>a</sup> Ana Rosa Dellagiustina, médica mastologista da Maternidade Carmela Dutra

## SUMÁRIO

RESUMO .....	04
INTRODUÇÃO .....	05
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	07
1. Fatores de Risco .....	07
2. Diferenciação entre CA Primário e Secundário .....	10
3. Sincronismo .....	13
4. Linfonodos Regionais .....	14
5. Importância da Mamografia .....	15
6. Biópsia da Mama Contralateral.....	16
7. Tratamento .....	16
8. Prognóstico .....	18
APRESENTAÇÃO DOS CASOS .....	19
COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES .....	28
ABSTRACT.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32
ANEXO .....	37

## RESUMO

O Carcinoma Mamário Bilateral representa um dos aspectos mais interessantes e polêmicos no campo da mastologia.

Procurando destacar a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o assunto, abordando-se, resumidamente, os seguintes tópicos: diferenças entre Carcinoma Bilateral Primário e Metastático, fatores de risco, sincronismo, importância da mamografia para seu diagnóstico precoce, biópsia da mama contralateral, comprometimento de linfonodos regionais, tratamento e prognóstico.

Como recurso ilustrativo foram relatados 5 casos de Carcinoma Mamário Bilateral tratados cirurgicamente na Maternidade Carmela Dutra - Fpolis./SC.

Foi sugerido um protocolo de avaliação e seguimento das pacientes com CA de mama atendidas no Ambulatório de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra, o qual foi anexado no final do trabalho.

## INTRODUÇÃO

O Carcinoma Mamário Bilateral (CMB) é, sem dúvida, tema de grande importância no campo da mastologia, tanto pela polêmica que suscita, quanto pelo problema que representa para a paciente.

O reconhecimento da magnitude dessa doença por Kilgore, em 1921, deu início a uma série de estudos relacionando o número de casos de Carcinoma Mamário Bilateral com o número de anos de seguimento e tempo de sobrevivência após o carcinoma inicial.

Atualmente, com o aprimoramento dos métodos propedêuticos e especialmente com a difusão da mamografia, os conceitos e a incidência do Carcinoma Mamário Bilateral vêm sofrendo modificações.<sup>26</sup>

A incidência do Carcinoma Mamário Bilateral varia entre 1 a 20%, segundo diferentes estudos.<sup>1,3,6,14,19,23,26,27,31</sup> Esta grande variabilidade é devida a diversos fatores, que são ou não considerados nas diversas séries, tais como risco aumentado para CA (carcinoma) de mama, idade da paciente, realização de mamografia contralateral no momento do diagnóstico do primeiro CA, e tempo de acompanhamento das pacientes.<sup>14</sup> A incidência de câncer na segunda mama é de 0,65% a 1% ao ano após o tratamento do câncer inicial.<sup>8,13,26,27,38</sup> Fisher *et al* demonstraram em seu estudo<sup>13</sup> que a incidência é maior durante o primeiro ano após o tratamento inicial.

Chaudary <sup>6</sup> refere que o risco absoluto é de aproximadamente 5 a 7 casos para cada 1000 mulheres em situação de risco por ano. O risco se mantém relativamente constante durante cerca de 20 anos, para, a partir daí, decair gradualmente.

O Carcinoma Mamário Bilateral pode ser encontrado em 3 diferentes formas clínicas:

1. A paciente pode apresentar-se com duas lesões simultâneas.
2. Um novo carcinoma desenvolve-se na mama oposta depois que a paciente está aparentemente curada da lesão inicial, sendo essa a ocorrência mais comum.
3. Finalmente, algumas pacientes desenvolvem recorrência ou carcinoma metastático na mama oposta, o que, clinicamente, representa o primeiro CA. <sup>7,11,20</sup>

Todavia, apesar dessas definições tão claras, há uma grande dificuldade em determinar exatamente o tipo de CA bilateral que está sendo considerado. Essa dificuldade persiste mesmo após considerarmos critérios clínicos e patológicos.

Este trabalho pretende ser um pequeno painel, através do qual o leitor tome conhecimento dos aspectos relacionados ao Carcinoma Mamário Bilateral, e interesse-se pelo assunto, motivando-se a pesquisar outras fontes para o aprofundamento do conteúdo.

Pretende-se, também, propor a utilização rotineira de um protocolo para Câncer de Mama, com o intuito de diagnosticar o CA na mama oposta ainda em estádios iniciais, possibilitando, assim, intervenção precoce, resultando num acréscimo na sobrevida e numa melhoria da qualidade de vida da paciente.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1. Fatores de Risco

Entre os fatores de risco para Carcinoma Mamário Bilateral (CMB), merecem consideração especial a presença de CA Lobular *in situ* (CLIS) e uma história familiar de câncer de mama.

#### 1.1. Carcinoma Lobular *in situ*

Este tipo de carcinoma na primeira mama constitui um dos maiores fatores de risco para o comprometimento da mama oposta.<sup>28,33</sup>

Um nódulo mamário raramente é composto apenas por CLIS. Este tipo histológico pode ser detectado através de biópsia com ressecção guiada por agulha ou por mamografia como uma área de calcificações puntiformes, ou ainda estar presente numa região de carcinoma ductal ou lobular infiltrativo. Em mais da metade dos casos coexistem vários focos na mesma mama.<sup>16,35</sup>



Aproximadamente 25% das pacientes com CLIS desenvolveram posteriormente CA invasor, sendo que o risco é o mesmo tanto para a mama onde se desenvolveu o CA inicial, quanto para a segunda mama (10-15% em cada mama).<sup>14</sup>

Apesar de o diagnóstico de CLIS em uma mama indicar um risco aumentado para desenvolvimento de um CA na mama contralateral, outros fatores deverão ser considerados, tais como o intervalo de tempo prolongado entre o diagnóstico do primeiro e do segundo CA. O intervalo de tempo médio em que a paciente encontra-se livre da doença é de 10 a 15 anos.<sup>4</sup>

## 1.2. História Familiar

Cerca de 24% das pacientes com CMB tem história familiar positiva para câncer de mama.<sup>12</sup>

Anderson e Badzioch<sup>2</sup> estimaram que o risco de uma mulher de 30 anos, que tem duas irmãs com CA de mama, sendo que uma delas com CA bilateral, desenvolver câncer de mama até os 70 anos é de 28%, contra os 14% de risco se nenhuma das irmãs apresentar doença bilateral. Estes achados sustentam a idéia de que o câncer de mama bilateral pode aumentar o risco de CA de mama nos parentes de primeiro grau.

Fisher *et al*<sup>13</sup> verificaram que o risco de câncer de mama bilateral era duplicado quando havia história familiar de CA de mama. Porém, este risco mostrou-se insignificante estatisticamente (cerca de 1,5%) quando comparado com o risco das mulheres sem história familiar de câncer de mama (cerca de 1%).

Harris *et al*<sup>15</sup> observaram que as pacientes com história familiar de câncer de mama nos parentes de primeiro grau (mãe e irmãs) tinham risco 3 vezes maior do que a população geral.

### 1.3. Idade

A maior parte das pacientes com CMB pertence ao grupo etário compreendido entre 50 e 70 anos, sendo que a idade média das pacientes no momento do diagnóstico é de 53,9 anos.<sup>12</sup>

“Mulheres jovens cujo câncer inicial surgiu na pré-menopausa e que tenham uma longa sobrevivida apresentam um longo período de risco para a instalação de um segundo câncer na mama oposta.”<sup>33</sup>

Chaudary *et al*<sup>6</sup> estimaram um risco 3 vezes maior de CMB em mulheres que tiveram seu primeiro CA antes dos 40 anos de idade, quando comparadas com aqueles cânceres que foram diagnosticados depois dos 40 anos.

Adami *et al*<sup>1</sup> encontraram um risco de CMB de aproximadamente 13,3% quando o primeiro câncer é diagnosticado antes dos 50 anos e de 3,5% quando diagnosticado depois dos 50 anos.

### 1.4. Fertilidade

Finney *et al* encontraram em seu estudo<sup>12</sup> um grande percentual (30%) de pacientes sem filhos. As outras foram classificadas de acordo com o número de filhos, sendo que encontrou-se 27% com apenas um filho e 43% com dois a quatro filhos.

### 1.5. Multicentricidade

Robbins e Berg<sup>27</sup> reconheceram a multicentricidade como um fator predisponente ao desenvolvimento posterior de um carcinoma na mama oposta.

Arbitrariamente, outros autores, como por exemplo Finney *et al*<sup>12</sup>, não a consideram como um fator de risco para CMB, pois não conseguiram demonstrar em seus estudos essa relação.

## 2. Diferenciação entre CA primário e CA secundário

O principal problema no Carcinoma Mamário Bilateral (CMB) é a diferenciação entre CA primário independente ou metastático.<sup>11,14</sup> Essa diferenciação é obviamente importante devido às particularidades terapêuticas.<sup>11</sup>

A mamografia tem-se mostrado altamente eficiente na diferenciação entre um CA primário e um CA secundário.<sup>9,23</sup> Egan relacionou algumas características radiográficas que facilitam esta diferenciação:

CARACTERÍSTICAS	CA PRIMÁRIO	CA METASTÁTICO DA MAMA OPOSTA
Mama oposta	Normal ou pode conter carcinoma	Ausente ou com CA primário
Nódulo único	Usualmente presente	Ausente
Múltiplos Nódulos	Pode estar presente	Sem nódulos distintos
Calcificações	Presente em 35-45%	Ausentes
Espessamento da pele	Nenhum, local ou espessamento difuso	Usualmente difuso, pode ser o 1º sinal
Retração da pele ou do mamilo	Usualmente presente quando a massa está sob a pele ou mamilo	Ausente
Linfonodos axilares	Podem estar presentes ou ausentes	Podem estar presentes, mas usualmente ausentes
Densidade Mamária	Normal ou discretamente aumentada	Aumento difuso
Edema do estroma	Presente apenas no CA avançado	Presente, pode ser o primeiro sinal

Fonte: Egan, R.L. *in* Cancer 38:931-938, 1976.

Alguns pré-requisitos são considerados para estabelecer-se a diferenciação entre CMB primário ou metastático. Os estudos analisados levam em consideração os seguintes critérios:

### **2.1. Localização**

Os cânceres primitivos da mama oposta localizam-se em sua porção glandular, enquanto os metastáticos situam-se na pele e/ou tecido adiposo subcutâneo, com invasão secundária da glândula.<sup>4,33</sup>

Muito embora possam ser evidenciadas em qualquer quadrante da mama, o mais afetado no primitivo é o súpero-externo, ao passo que o metastático inicia sua disseminação a partir dos quadrantes internos.<sup>12,20,33</sup>

### **2.2. Forma**

Raramente as neoplasias primárias formam um nódulo circunscrito e bem delimitado; suas formas são, via de regra, irregulares e estreladas. Os cânceres metastáticos geralmente são nodulares. Na maioria das vezes os tumores primitivos se manifestam clinicamente através de nódulos únicos, enquanto os metastáticos são múltiplos.<sup>4,33</sup>

### **2.3. Metástases em Outros Sítios**

Na presença de metástases em outros sítios fora dos gânglios linfáticos axilares, o câncer na mama contralateral é geralmente considerado metastático e não uma neoplasia primária.<sup>4,33</sup>

## 2.4. Grau de Diferenciação Nuclear

Se o grau de diferenciação nuclear da segunda mama for idêntico ao da primeira, o tumor poderá ser primitivo ou metastático. Será, entretanto, primitivo se o grau nuclear for diferente.<sup>12,20,33</sup>

## 2.5. Crescimento

O crescimento do tumor primitivo da mama oposta é igual ou até mais lento do que o da primeira mama afetada; quando o crescimento é mais rápido, trata-se provavelmente de lesão metastática.<sup>33</sup>

## 2.6. Tipo Histológico

A presença de um padrão histológico diferente em ambos os focos tumorais é um indício bastante forte de que se trata de dois cânceres primários independentes. Porém, este critério é relativo, pois cada um dos cânceres pode mostrar padrões histológicos distintos. Em contrapartida, a presença de um CA *in situ* na mama oposta é geralmente aceita como indicativo de segunda neoplasia primária. Quando se trata de tumor metastático, o tipo histológico do tumor da segunda mama é sempre idêntico ao da primeira.<sup>4,33</sup>

No estudo de Khafagy *et al*<sup>17</sup>, envolvendo 82 pacientes encontrou-se carcinoma ductal infiltrante (sem outra particularidade) como o tipo histológico mais comum (70,4% dos CA primários e 74,4% dos CA secundários). Os tipos lobular e ductal com seus subtipos medular, coloidal e papilar foram menos comumente encontrados. O primeiro e o

segundo CA apresentaram o mesmo tipo histológico em 61 pacientes (74,4%) e tipos diferentes em 21 casos (25,6%).

No estudo de Lewis *et al*<sup>19</sup>, onde foram avaliadas 105 pacientes, observou-se a seguinte distribuição: carcinoma ductal infiltrante em 85,6%; carcinoma ductal *in situ* em 8,7%; carcinoma lobular *in situ* em 3,8% ; carcinoma lobular infiltrante em 18,3% e associação entre carcinoma lobular e carcinoma ductal em 11,5%.

Outros estudos importantes encontraram valores semelhantes.<sup>20,23,28</sup>

As séries de casos considerados como câncer de mama primário bilateral sem dúvida incluem casos de metástases na mama contralateral, assim como é provável que alguns casos excluídos das séries por terem sido considerados metastáticos eram, na verdade, carcinomas primários bilaterais de mama.<sup>4</sup>

Resumindo, podemos citar o estudo de Chaudary *et al*<sup>6</sup>:

*“Carcinomas mamários bilaterais são considerados representantes de tumores primários distintos se forem encontradas as seguintes características: alterações in situ, tipos histológicos diferentes, grau de diferenciação histológico maior no segundo tumor. Na ausência de diferenciação histológica definida, o CA contralateral é considerado um tumor compatível com lesão independente, desde que não haja evidências de metástases locais, regionais ou à distância do CA de mama contralateral.”*

### 3. Sincronismo

Do ponto de vista mamográfico, as lesões são consideradas sincrônicas quando diagnosticadas até 6 meses da lesão contralateral e metacrônicas quando diagnosticadas após esses 6 meses.<sup>23</sup>

A maioria das pacientes com Carcinoma Mamário Bilateral (CMB) simultâneo está incluída em faixas etárias mais elevadas.<sup>7</sup>

Essas lesões simultâneas tendem a ser mais avançadas.<sup>7</sup>

“A bilateralidade simultânea é muito incomum , 0,2% a 2% na estatística da grande maioria dos autores.”<sup>25</sup>

Em todas as séries,<sup>7,9,10,14,24,25,30,39</sup> a incidência de CA metacrônico é maior que a de sincrônico.

No estudo de Fracchia *et al*, por exemplo, das 403 pacientes com CMB, 129 (44%) apresentaram lesões sincrônicas, enquanto 224 (56%) desenvolveram lesões metacrônicas.<sup>14</sup>

O estudo de Schell *et al*<sup>30</sup> observa que não há relação entre a simultaneidade e o grupo etário em que se encontra a paciente.

Há evidências indicando que o CA bilateral sincrônico de mama costuma ser mais frequente entre certos tipos histológicos, especialmente entre o Carcinoma Lobular.<sup>10,24,39</sup>

#### **4. Linfonodos Regionais**

Fisher *et al*.<sup>13</sup> estudaram os linfonodos de 36 pacientes que tinham desenvolvido Carcinoma Mamário Bilateral (CMB). Aproximadamente 50% dessas pacientes tinham tumores classificados histologicamente no estágio I; 33% tinham entre um a três linfonodos positivos, e em 20% havia metástases em quatro ou mais linfonodos. Outras 42 pacientes tiveram seus linfonodos regionais analisados após terem sido submetidas a tratamento de seu segundo carcinoma. Aproximadamente 60% dessas amostras foram negativas; 25% apresentaram entre um e três linfonodos positivos e 15% apresentavam metástases em quatro ou mais linfonodos. As diferenças entre o primeiro e o segundo carcinoma não foram estatisticamente significativas .

Kafagy *et al*<sup>17</sup> acompanharam 82 pacientes com CMB e observaram que, das 53 pacientes que estavam livres de metástases em linfonodos regionais no primeiro CA, 22 (41,5%) apresentaram metástases nesses linfonodos e as outras 31(58,5%) continuaram livres de comprometimento linfonodal no segundo CA. Já, das 29 pacientes que apresentavam linfonodos positivos no primeiro CA , 18 (62,1%) não apresentavam metástases em linfonodos regionais e 11 (37,9%) tinham linfonodos comprometidos durante o segundo CA. Esses números mostram que não houveram diferenças significativas no comprometimento dos linfonodos durante o segundo CA, quando em comparação com o primeiro, embora outros autores tenham relatado a maior incidência de comprometimento linfonodal no segundo carcinoma.<sup>33</sup>

## **5. Importância da Mamografia**

A mamografia de alta resolução é, no momento, o melhor método para estudar as mamas . Alguns novos conceitos são de que o CA de mama não é um fenômeno local, mas uma doença difusa do epitélio ductal mamário. A mamografia da peça é mandatória nos carcinomas mínimos para auxiliar nos estudos histopatológicos; assim, esses carcinomas, sendo invasivos ou não, podem ser diagnosticados e tratados com altas taxas de cura. Nos casos em que há CA multicêntrico em uma mama, a mama oposta deverá receber mais atenção.<sup>9,13</sup>

A realização da mamografia de rotina na mama oposta nas pacientes com CA de mama unilateral é responsável pela detecção da maioria dos carcinomas bilaterais em estágios precoces de desenvolvimento.<sup>29</sup>



A aparência radiográfica do Carcinoma Mamário Bilateral não difere do carcinoma unilateral. Os carcinomas bilaterais demonstram aparências mamográficas similares e localização da lesão em espelho em 31%.<sup>23</sup>

## 6. Biópsia da Mama Contralateral

Ao contrário do que sugeriam Rosen, Urban, Leis e Wanebo em seus trabalhos,<sup>28,34,35,38</sup> a biópsia da mama contralateral perdeu importância prática em função do incremento na área da radiologia mamária, onde a mamografia de alta resolução, como já foi citado anteriormente, é o método de rastreamento de escolha devido as suas inúmeras vantagens.<sup>9,13,29</sup>

*“É evidente que, procedendo-se de rotina a retirada de um segmento da glândula mamária ou de sua totalidade, maior será a probabilidade de detecção de uma tumoração maligna, assim como de esta ser detectada em um estágio mais precoce do que através de meios propedêuticos convencionais. Os achados oscilarão em função do número de cortes realizados e serão tanto mais frequentes quanto mais acurado o estudo da peça cirúrgica.”<sup>33</sup>*

Segundo Fisher *et al*<sup>13</sup> é justificável o seguimento da mama contralateral em pacientes que tiveram CA de mama, com exame médico cuidadoso e mamografia antes da biópsia contralateral ou mastectomia.

## 7. Tratamento

O tratamento mais adequado para o Carcinoma Mamário Bilateral (CMB) depende de vários fatores, entre eles: idade da paciente, tamanho do tumor, tipo histológico, grau de invasão e presença ou não de metástases.<sup>28,34,38</sup>

Existem controvérsias importantes a respeito de qual seria a melhor conduta quando o carcinoma lobular *in situ* é o único achado da biópsia. A maioria recomenda apenas o acompanhamento das pacientes, sem mastectomia uni- ou bilateral, apesar de ter sido esta a recomendação mais tradicional até a década de 80.<sup>28,34</sup>

Após 1977, com os estudos clássicos de Veronesi<sup>36,37</sup> (Grupo de Milão), ficou estabelecido que, para os CA em estádios iniciais, o tratamento cirúrgico conservador seguido de radioterapia seria a conduta terapêutica mais adequada, pois apresenta resultados semelhantes à mastectomia radical modificada.

Quando se aceita o fato de que o CA lobular *in situ* é doença bilateral na maioria das pacientes e que um CA invasivo que surge subsequente comporta quase a mesma probabilidade de acometer uma ou outra mama, nesse caso, seja qual for o tratamento instituído, deve ser dirigido, logicamente, para ambas as mamas. Na opinião de Donovan<sup>8</sup> isso permite duas abordagens lógicas: mastectomia bilateral ou observação minuciosa. A última era recomendação de Haagensen, até mesmo antes da era da mamografia. O acompanhamento meticoloso por exame físico e mamografia parece constituir a conduta mais apropriada, após o advento dessa última.

*“Por conseguinte, o tratamento da paciente com um diagnóstico de câncer de mama em situação de risco para desenvolvimento de um câncer contralateral continua sendo uma conduta expectante com observação cuidadosa e exames físicos a cada tres meses durante os 3 primeiros anos posteriores ao tratamento inicial. A partir de então, o acompanhamento clínico pode continuar a cada 6 meses durante os cinco anos seguintes e a cada ano a partir desse momento. Essas pacientes também devem ser seguidas com uma mamografia a cada ano e devem ser instruídas a realizarem com frequência o auto-exame das mamas. Se for detectado um segundo câncer mamário, o tratamento deverá corresponder ao estadio em que se encontra a doença.”<sup>4</sup>*

## 8. Prognóstico

O prognóstico depende de vários fatores, tais como idade da paciente, tempo decorrido entre o primeiro CA e o aparecimento do segundo, tipo histológico do tumor, grau de invasão, comprometimento de linfonodos, metástases à distância.<sup>1,3,5,7,10,11,12,22,28,32,38</sup>

Fracchia *et al*<sup>14</sup> acompanharam 403 pacientes com Carcinoma Mamário Bilateral (CMB) durante dez anos, obtendo os seguintes resultados: 259 apresentavam-se livres da doença após cinco anos; 186 não mostraram nenhum sinal da doença durante os dez anos de acompanhamento após a terapia; 133 pacientes morreram nos primeiros cinco anos e 35 nos outros cinco anos; 11 pacientes não foram encontradas para o acompanhamento.

O prognóstico das mulheres com CMB primário geralmente é favorável e depende do estágio de ambos os tumores.<sup>1,3,4,5,6,7,11,12,18,21,22,32,34,38</sup>

Uma paciente que desenvolveu uma segunda lesão primária logo após o tratamento do primeiro tumor corre o risco relacionado tanto ao primeiro quanto ao segundo câncer. Se o primeiro câncer estava em estágio desfavorável, a paciente corre o risco de recidiva e morte em virtude do primeiro câncer. Se houver um longo intervalo entre os cânceres, o risco de morrer em virtude do primeiro câncer declina e passa a ser aquele do segundo.<sup>8</sup>

## **APRESENTAÇÃO DOS CASOS**

Os casos descritos a seguir são de quatro pacientes tratadas cirurgicamente na Maternidade Carmela Dutra - Fpolis./SC:

## CASO Nº1

L.F., 43 anos, sexo feminino, branca, solteira, técnica de enfermagem, natural de Braço do Norte/SC, procedente do Estreito/Florianópolis-SC.

Em setembro de 1990 detectou a presença de um nódulo na mama esquerda (E). Procurou, então, auxílio médico, sendo medicada com Esclerovitan Plus®. Dois meses depois, como não houve regressão do nódulo, resolveu procurar outro médico. Ao exame físico, observava-se retração do mamilo E e palpava-se um nódulo de, aproximadamente, 3cm de diâmetro no QIE da mama E, que foi puncionado. O resultado da biópsia foi positivo para malignidade. Com este resultado, foi encaminhada ao Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra, onde foi submetida à mastectomia e linfadenectomia à E. O resultado do exame anátomo-patológico revelou CA Ductal Infiltrante com comprometimento de 7 entre os 17 linfonodos ressecados. Em seguida, foi submetida à quimioterapia (QT) e também radioterapia (RT) no plastrão. Em setembro de 1991 submeteu-se à colocação de expansor à E. Cinco meses após, a paciente percebeu o aparecimento de um nódulo sob o plastrão, sendo, então, submetida à retirada do expansor e nodulectomia, cuja avaliação anátomo-patológica revelou recidiva da neoplasia. Em seguida, realizou RT no plastrão. Em agosto de 1992 notou a presença de outro nódulo, desta vez no QSE da mama direita (D), de consistência firme, pouca mobilidade, limites

precisos e indolor, sem derrame mamilar ou sinais de comprometimento ganglionar. A biópsia do nódulo foi positiva para malignidade. A paciente foi submetida à mastectomia e linfadenectomia à D. O resultado do exame anátomo-patológico revelou CA Ductal Infiltrante, sem comprometimento dos linfonodos ressecados. Quatro meses após, iniciou quadro clínico caracterizado por mal estar geral, sudorese fria, astenia, náuseas, anorexia, tosse seca, dor em hipocôndrio D e dor óssea em coluna, bacia e membros inferiores. A ultrassonografia abdominal revelou nódulo sólido (5,6 x 5,0cm) no lobo hepático D. A cintilografia óssea demonstrou inúmeros pontos de hipercaptação. O estudo radiológico do tórax mostrou alterações de características inflamatórias. A paciente iniciou, então, terapia quimio e radioterápica, que se prolongou por 2 anos, durante os quais apresentou piora dos sintomas, evoluindo para o óbito em dezembro de 1995.

## CASO Nº 2

B.S., 65 anos, sexo feminino, branca, viúva, do lar, natural de Garopaba/SC, procedente de São José/SC.

Em setembro de 1992, chegou ao Serviço de Mastologia da MCD, encaminhada pelo seu ginecologista, trazendo consigo mamografia suspeita para CA bilateral de mama. Na época, queixava-se de dor e presença de nódulo na mama D. Ao exame físico constatou-se a presença de um nódulo em cada um dos QII das mamas (o da mama D media, aproximadamente, 3 cm e o da mama E 2cm), ambos de consistência endurecida, pouca mobilidade e limites imprecisos. Os linfonodos das axilas e das fossas supraclaviculares eram impalpáveis. Foi realizada punção dos nódulos, que revelou-se positiva para malignidade. A paciente foi, então, submetida à quadrantectomia e linfadenectomia bilaterais. O exame anátomo-patológico das peças cirúrgicas revelou CA Ductal Infiltrante em ambos os nódulos, com margens cirúrgicas livres e ausência de comprometimento neoplásico nos 58 linfonodos ressecados (31 da axila D e 27 da axila E). Após o tratamento cirúrgico a paciente foi submetida a tratamento complementar com radioterapia e hormonioterapia. No momento, encontra-se em seguimento clínico, apresentando-se clinicamente bem, sem sinais de recidiva ou metástases à distância.

### CASO Nº 3

M.J.F., 46 anos, sexo feminino, branca, divorciada, aposentada, natural de Ipalçu/SP e procedente de Rio Tavares/Florianópolis-SC

Em 1980, após ter sido diagnosticado um CA na mama D, a paciente foi submetida a mastectomia sem tratamento complementar. Em janeiro de 1995 notou, durante realização de auto-exame, a presença de um nódulo na mama E. Procurou auxílio médico de onde foi encaminhada ao serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra, após ter realizado mamografia e punção, cujos resultados sugeriam malignidade. Ao exame físico observava-se retração da pele no QII da mama E, onde palpava-se um nódulo de, aproximadamente, 2,5cm de diâmetro, consistência firme, pouca mobilidade, limites precisos e indolor. Além disso, detectou-se presença de um linfonodo palpável na axila E. Com este quadro foi, então, submetida a mastectomia e linfadenectomia à E. O resultado do exame anátomo-patológico revelou CA Ductal Infiltrante, com padrão cribiforme e comedônico, margens livres e comprometimento de um entre os 17 linfonodos ressecados. Após a mastectomia, a paciente foi submetida a quimio- e hormonioterapia. Desde então encontra-se em controle periódico e na última consulta, em 20 de dezembro de 1995, apresentava-se em bom estado geral, assintomática, sem sinais de recidiva local ou metástases à distância.



## CASO Nº 4

C.P.V., 43 anos, sexo feminino, cor branca, casada, lavradora, natural e procedente de Navegantes-SC

Em janeiro de 1995 a paciente procurou serviço médico especializado referindo que havia percebido a presença de um nódulo na mama E há 6 meses e outro na mama D há 5 meses. Ao exame físico, observava-se mamas volumosas assimétricas, áreas de abaulamento e edema bilateralmente, além de retração do mamilo E, área nodular endurecida móvel extensa em cada uma das mamas e presença de linfonodos palpáveis em ambas as axilas. A expressão mamilar era positiva bilateralmente e tinha aspecto de água de rocha. Solicitou-se, então, estudo radiológico das mamas, que revelou nódulo estrelado mal definido de limites imprecisos medindo cerca de 5,0cm no QSI da mama E relacionado a microcalcificações e outros dois nódulos na mama D: o primeiro localizado na junção dos quadrantes externos, medindo 4,5cm com contornos irregulares, o segundo localizado no QSI, medindo 2,5cm, com as mesmas características. Além disso, observava-se também microcalcificações suspeitas no QSE da mama D. A paciente foi então submetida a QT neoadjuvante na Maternidade Carmela Dutra, onde, em seguida, realizou-se mastectomia com linfadenectomia bilateral. O laudo do exame anátomo-patológico revelou carcinoma ductal infiltrante em ambas as mamas com metástases para 15 dos 20 linfonodos isolados da

axila E e para 8 dos 8 linfonodos ressecados da axila D. Após a mastectomia bilateral, a paciente foi submetida a novos ciclos de QT. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial, apresentando-se, até o momento, assintomática, sem sinais de recidiva local ou metástases à distância.

## CASO Nº 5

A.G.L., 31 anos, branca, casada, fonoaudióloga, natural e precedente de Florianópolis

Em março de 1993 a paciente procurou o Serviço de Mastologia da Maternidade Carmela Dutra referindo ter percebido o aparecimento de um nódulo indolor na mama D há uma semana. Ao exame físico observava-se mamas de tamanho médio sem quaisquer alterações na inspeção. À palpação, percebia-se um nódulo de 2cm, consistência firme, pouco móvel, limites imprecisos, indolor, na junção dos QS da mama D. A axila D apresentava gânglios palpáveis. Foi realizada biópsia do nódulo, que revelou CA medular com áreas de hiperplasia atípica. A paciente foi, então, submetida à quadrantectomia com linfadenectomia axilar total D. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica demonstrou metástase para um linfonodo entre os 28 ressecados. Após a cirurgia, a paciente foi submetida a tratamentos quimio- e radioterápico complementares. Em novembro de 1994 apresentou nódulo maligno na mama E. Nessa ocasião a paciente optou por mastectomia bilateral com linfadenectomia à E, pois apresentava hiperplasia atípica na mama D. O resultado do exame anátomo-patológico revelou carcinoma medular multicêntrico na mama E e alterações fibrocísticas na mama D. Os linfonodos ressecados (27) da axila E, apresentavam-se livres de comprometimento neoplásico. Desde então encontra-se em

controle periódico, permanecendo em bom estado geral, assintomática, sem sinais de recidiva local ou metástases à distância.

## COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

1. Os fatores de risco para o Carcinoma Mamário Bilateral são os mesmos do carcinoma único de mama e, entre eles, destacam-se, merecendo consideração especial, a presença de Carcinoma Lobular *in situ* e história familiar positiva para câncer de mama.
2. O principal problema no estudo do Carcinoma Mamário Bilateral é a dificuldade de diferenciação entre uma lesão primária independente e outra metastática. A necessidade de distinção entre esses dois tipos de lesão justifica-se pelas particularidades terapêuticas de cada um. A mamografia tem-se mostrado altamente eficiente nessa diferenciação.
3. A bilateralidade metacrônica é mais comum do que a simultânea, que é rara.
4. Não há diferenças significativas no comprometimento dos linfonodos durante o segundo carcinoma, quando em comparação com o primeiro.
5. A mamografia é um excelente método propedêutico e vem contribuindo de modo fantástico para o diagnóstico precoce do carcinoma mamário. Por esse motivo, a

mamografia de rotina na mama oposta deve ser um dos instrumentos utilizados no acompanhamento das pacientes com CA unilateral.

6. A biópsia da mama contralateral perdeu sua importância prática devido à evolução na área de radiologia mamária, onde a mamografia de alta resolução apresenta inúmeras vantagens sobre ela.

7. As pacientes acometidas de carcinoma em uma das mamas deverão ser submetidas a controle periódico rigoroso, objetivando o diagnóstico precoce de lesão na mama oposta, já que estas apresentam um risco maior de desenvolver um segundo carcinoma mamário.

8. As formas atuais de tratamento do Carcinoma Mamário Bilateral são as mais diversas possíveis, compreendendo desde cirurgias conservadoras até a mastectomia radical, e dependerão do estágio em que se encontra cada uma das lesões. É importante, entretanto, que se tenha sempre em mente alguns princípios fundamentais, quando se procura os melhores resultados.

9. A mastectomia contralateral profilática como método diagnóstico para um carcinoma oculto na mama oposta é uma técnica obsoleta, pois tem se mostrado desnecessária, já que não altera a sobrevida da paciente.

10. O prognóstico das pacientes com Carcinoma Mamário Bilateral geralmente é favorável e depende de vários fatores, tais como: idade da paciente, tempo decorrido entre o primeiro CA e o aparecimento do segundo, tipo histológico do tumor, grau de invasão, comprometimento de linfonodos e presença de metástases à distância.

11. A prevenção e a etiologia continuam sendo os dois grandes desafios do Carcinoma Mamário Bilateral. Porém, apesar disso, dispondo dos conhecimentos atuais já é possível oferecer-se uma melhor qualidade de vida para pelo menos uma parte das pacientes portadoras da doença.

12. É necessária a utilização de um protocolo de avaliação e seguimento das pacientes com câncer de mama, para que seja possível diagnosticar-se precocemente uma lesão na mama oposta, possibilitando intervenção terapêutica ainda nos estádios iniciais da doença, propiciando à paciente uma sobrevida maior e de melhor qualidade.

## **ABSTRACT**

Bilateral Breast Cancer is one of the most interesting and polemic aspects of mastology.

In order to emphasize the importance of early diagnosis and proper treatment, we conducted a literature review on the subject. We specifically focused in the following topics: differences between primary and metastatic bilateral breast cancer, risk factors, synchronicity, importance of mammography for early diagnosis, biopsy of the contralateral breast, regional lymph node compromise, treatment and prognosis.

For illustration purposes, we describe five cases of primary bilateral carcinoma treated surgically at Carmela Dutra Maternity Hospital, Florianópolis, SC.

We propose a protocol for evaluation and follow-up of patients with breast cancer attending the outpatient clinic of Carmela Dutra Maternity Hospital, which is attached at the end of the paper.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, H.O.; BERGSTRÖM, R. & HANSEN, J. Age at first primary as a determinant of the incidence of bilateral breast cancer. **Cancer** 55:643-647, 1985.
2. ANDERSON, D.E. & BADZIOCH, M.D. Risk of familial breast cancer. **Cancer** 56:383-387, 1985.
3. BELLER, F.K.; NIENHAUS, H.; NIEDNER, W. & HOLZGREVE, W. Bilateral breast cancer: The frequency of undiagnosed cancers. **Am. J. Obstet. Gynecol.** 155:247-255, 1986.
4. BLAND, K.I. & COPELAND, E.M. Carcinoma Mamário Bilateral *in*: **La Mama, Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas**. págs. 1233-243. Editorial Médica Panamericana S.A., Buenos Aires - Argentina, 1993, 1360p.
5. BRENNER, H.; ENGELSMANN, B.; STEGMAIER, C. & ZIEGLER, H. Clinical Epidemiology of bilateral breast cancer. **Cancer** 72:3629-3635, 1993.
6. CHAUDARY, M.A.; MILLIS, R.R.; HOSKINS, E.O.L.; HALDER, M.; BULBROOK, R.D.; CUZICK, J. & HAYWARD, J.L. Bilateral primary breast cancer: a prospective study of disease incidence. **Br. J. Surg.** 71:711-714, 1984.

7. DEVITT, J.E. Bilateral Mammary Cancer. **Ann. Surg.** 174(5):774-778, 1971.
8. DONOVAN, A.J. Bilateral Breast Cancer. **Surg. Clin. North Am.** 70:1141-1149, 1990.
9. EGAN, R.L.; Bilateral Breast Carcinomas - *Role of Mammography*; **Cancer** 38:931-938, 1976.
10. ERDREICH, L.S.; ASAL, N. & HOGE, A.F. Morphologic types of breast cancer: Age, bilaterality and family history. **South Med. J.** 73:28-32, 1980.
11. FARROW, J.H. Bilateral Mammary Cancer; **Cancer** 9(6):1182-1188, 1956.
12. FINNEY Jr., G.G.; FINNEY, G.G.; MONTAGUE, A.C.W.; STONESIFER JR., G.L. & BROWN, C.C. Bilateral Breast Cancer, clinical and pathological review; **Ann. Surg.** 175(5):635-646, 1972.
13. FISHER, E.R.; FISHER, B.; SASS, R.; WICKERHAM, L. & Collaborating NSABP Investigators, pathologic findings from the national surgical adjuvant breast project (Protocol N<sup>o</sup> 4) - XI. Bilateral Breast Cancer; **Cancer** 54:3002-3011, 1984.
14. FRACCHIA, A.A.; ROBINSON, D.; LEGASPI, A.; GREENALL, M.J.; KINNE, D.W. & GROSHEN, S. Survival in Bilateral Breast Cancer; **Cancer** 55:1414-1421, 1985.
15. HARRIS, R.E.; LYNCH, H.T. & GUIRGIS, H.A. Familial breast cancer: risk to the contralateral breast; **J. Natl. Cancer Inst.** 60:955-960, 1978.
16. HUTTER, R.V.P. The management of patients with lobular carcinoma *in situ* of the breast ; **Cancer** 53:798-802, 1984.
17. KHAFAGY, M.M.; SHTTENFELD, D. & ROBBINS, G.F. Prognosis of the second breast cancer - *The Role Previous Exposure to the First Primary*; **Cancer** 35:596-599, 1975.
18. LEIS, H.P.; MERSHEIMER, W.L.; BLACK, M.M. & DE CHABON, A. The second breast; **New York J. Med.** 65:2460-2468, 1965.

19. LEWIS, T.R.; CASEY, J.; BUERK, C.A. & CAMMACK, K.V. Incidence of lobular carcinoma in bilateral breast cancer; **Am. J. Surg.** 144:635-638, 1982.
20. LEWISON, E.F. & SARRAFF NETO, A. Bilateral breast cancer at the Johns Hopkins Hospital - *A Discussion of the Dilemma of Contralateral Breast Cancer*; **Cancer** 28(5):1297-1301, 1971.
21. MARTIN Jr., J.K.; VAN-HEERDEN, J.A. & GAFFEY, T.A. Synchronous and metachronous carcinoma of the breast; **Surgery** 91(1):12-16, 1982.
22. McLAUGHLIN Jr., C.W.; FACS, J.D. & ADWERS, J.R. A thirty year study of breast cancer in a consecutive series of private patients - Is axillary nodal study a valuable index in prognosis?; **Am. J. Surg.** 136:250-253, 1978.
23. MURPHY, T.J.; CONANT, E.F.; HANAU, C.A.; EHRLICH, S.M. & FEIG, S.A. Bilateral breast carcinoma: mammographic and histologic correlation; **Radiology** 195(3):617-621, 1995.
24. NEWMAN, W. *in situ* lobular carcinoma of the breast - report of 26 women with 32 cancers; **Ann. Surg.** 157:591-599, 1963.
25. PIZA, B.T. & TORRES, E. Carcinoma mamário bilateral e simultâneo aos 16 anos - apresentação de um caso; **J. Bras. Ginec.** , 92(6):299-301, 1982.
26. PRIOR, P. & Waterhouse, J.A.H. Incidence of bilateral tumours in a population-based series of breast cancer patients: I. Two approaches to an epidemiological analysis; **Br. J. Cancer**, 37:620-634, 1978.
27. ROBBINS, G.F. & BERG, S.W. Bilateral primary breast cancers - A prospective clinicopathological study; **Cancer** 17:1501-1527, 1964.

28. ROSEN, P.P.; BRAUN Jr., D.W.; LYNGHOLM, B.; URBAN, J.A. & KINNE, D.W.;  
Preliminary results of treatment by ipsilateral mastectomy and contralateral breast  
biopsy; **Cancer** 47:813-819, 1981.
29. ROUBIDOUX, M.A.; HELVIE, M.A.; LAI, N.E. & PARAMAGUL, C. Bilateral  
breast cancer: early detection with mammography; **Radiology**, 196:427-431, 1995.
30. SCHELL, S.R.; MONTAGUE, E.D.; SPANOS Jr., W.J.; TAPLEY, N.; FLETCHER,  
G.H. & OSWALD, M.J. Bilateral breast cancer in patients with initial stage I and II  
disease; **Cancer**, 50:1191-1194, 1982.
31. SENOFSKY, G.M.; WANEBO, H.J.; WILHELM, N.C.; POPE Jr., T.L.; FECHNER,  
R.E.; BROADDUS, W. & KAISER, D.L. Has monitoring of the contralateral breast  
improved the prognosis in patients treated for primary breast cancer?; **Cancer**,  
57:597-602, 1986.
32. SILVA, H.M.S.; COELHO Jr., J.L.; LIGÓRIO, M.N.S.; SILVA, M.M.S.; MOURA,  
M.D. & SALVADOR, N.D. Câncer de mama - Uma visão atual e perspectivas; **J.  
Bras. Ginec.**, 97(11-12):589-595, 1987.
33. SOARES, J.L.C. & BITAR, F. Contribuição da cirurgia no tratamento do câncer  
mamário bilateral; **Rev. Bras. Cir.**, 71(6):351-354, 1981.
34. URBAN, J.A.; Bilateral Breast Cancer; **Cancer**, 24:1310-1313, 1969.
35. URBAN, J.A.; PAPACHRISTOU, D. & TAYLOR, J. Bilateral Breast Cancer - Biopsy  
of the opposite breast; **Cancer**, 40:1968-1973, 1977.
36. VERONESI, U.; BANFI, A. & SACCOZZI, R. Conservative treatment of the breast  
cancer - A trial in progress at the cancer institute of Milan. **Cancer**, 39:2822-2826,  
1977.

37. VERONESI, U.; SACCOZZI, R. & DEL VECCHIO, M. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast; **N. Engl. J. Med.**, 305:6-11, 1981.
38. WANEBO, H.J.; SENOFSKY, G.M.; FECHNER, R.E.; KAISER, D.; LYNN, S. & PARADIES, J. Bilateral Breast Cancer - Risk reduction by contralateral biopsy; **Ann. Surg.**, 201(6):667-677, 1985.
39. WEBBER, B.L.; HEISE, H.; NEIFELD, J.P. & COST, J. Risk of subsequent breast carcinoma in a population with *in situ* breast carcinoma; **Cancer**, 47:2928-2932, 1981.

**ANEXO**



## FICHA CLÍNICA DE MASTOLOGIA

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade de Origem: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

<b>IDADE:</b> <input type="checkbox"/> < 30 <input type="checkbox"/> 51 - 55 <input type="checkbox"/> 31 - 35 <input type="checkbox"/> 56 - 65 <input type="checkbox"/> 36 - 45 <input type="checkbox"/> 66 - 70 <input type="checkbox"/> 46 - 50 <input type="checkbox"/> > 70	<b>COR</b> <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra	<b>ESTADO CIVIL</b> <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Desquitada
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**MOTIVO DA CONSULTA**

Nódulo \_\_\_\_\_  
 Dor \_\_\_\_\_  
 Derrame Papilar \_\_\_\_\_  
 Inflamação \_\_\_\_\_  
 Prurido \_\_\_\_\_  
 Alteração da Forma \_\_\_\_\_  
 Retração de mamilo \_\_\_\_\_  
 Retração de Pele \_\_\_\_\_  
 Assintomática \_\_\_\_\_

<b>HÁ QUANTO TEMPO?</b> <input type="checkbox"/> < 30 dias <input type="checkbox"/> 6 - 12 meses <input type="checkbox"/> 2 - 3 meses <input type="checkbox"/> > 12 meses <input type="checkbox"/> 3 - 6 meses	<b>PROCUROU RECURSO MÉDICO ANTERIOR?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>QUAL A ORIENTAÇÃO RECEBIDA</b> <input type="checkbox"/> Orientação <input type="checkbox"/> Medicação Sintomática <input type="checkbox"/> Ao Especialista <input type="checkbox"/> Biopsia
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>HISTÓRIA FAMILIAR DE CA MAMA</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Não	<b>QUAL FAMILIAR (GRAV. PARENTESCO)</b> <input type="checkbox"/> 1º Grau (Irmã, Mãe) <input type="checkbox"/> 3º Grau (Prima) <input type="checkbox"/> 2º Grau (Tia, Avó)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>EM QUE PERÍODO DA VIDA?</b> <input type="checkbox"/> Pré-Menopausa <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> Pós-Menopausa	<b>MENARCA</b> <input type="checkbox"/> < 10 anos <input type="checkbox"/> > 16 anos <input type="checkbox"/> 11 - 15 anos <input type="checkbox"/> Não Sabe
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>MENOPAUSA</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>IDADE DA MENOPAUSA</b> <input type="checkbox"/> < 45 anos <input type="checkbox"/> > 55 anos <input type="checkbox"/> Não Sabe <input type="checkbox"/> 45 - 54 anos <input type="checkbox"/> Histerectomia
-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gesta \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_

<b>PRIMEIRO PARTO</b> <input type="checkbox"/> <= 30 anos <input type="checkbox"/> > 30 anos	Número de Amamentações _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

**EXAMES COMPLEMENTARES**

**CITOLOGIA ASPIRATIVA**

- Não realizada  Positiva  Paucicelular  
 Negativa  Suspeita  Hemorrágico  
 Outro \_\_\_\_\_

**MAMOGRAFIA**

- Não realizada \_\_\_\_\_  
 Normal \_\_\_\_\_  
 AFBM \_\_\_\_\_  
 Nódulo benigno \_\_\_\_\_  
 Nódulo suspeito \_\_\_\_\_  
 Nódulo maligno \_\_\_\_\_  
 Microcalcificações suspeitas \_\_\_\_\_  
 Calcificações benignas \_\_\_\_\_  
 Densidade assimétrica \_\_\_\_\_  
 Outro \_\_\_\_\_ Localização: Mama D  E  BIL   
Sítio: \_\_\_\_\_

**ECOGRAFIA**

- Não realizada \_\_\_\_\_  
 Nódulo benigno \_\_\_\_\_  
 Nódulo maligno \_\_\_\_\_  
 Nódulo suspeito \_\_\_\_\_  
 AFBM (cisto) \_\_\_\_\_  
 Outro \_\_\_\_\_ Localização: Mama D  E  BIL   
Sítio: \_\_\_\_\_

**HISTOLOGIA**

Técnica \_\_\_\_\_

- Não realizada \_\_\_\_\_  
 Negativa \_\_\_\_\_  
 Positiva \_\_\_\_\_

**EXAME SUSPEITO DE METÁSTASE**

- Não
- Sim  RX tórax \_\_\_\_\_  
 RX ósseo \_\_\_\_\_  
 Cintografia óssea \_\_\_\_\_  
 Ecografia hepática \_\_\_\_\_  
 Outro \_\_\_\_\_

**EXAMES LABORATORIAIS**

Transaminaes \_\_\_\_\_ Fosfatase alcalina \_\_\_\_\_ DHL \_\_\_\_\_  
Outros \_\_\_\_\_

**ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO**

T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Estádio: \_\_\_\_\_

Cirurgia \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_





TCC  
UFSC  
TO  
0034

Nº Cham. TCC UFSC TO 0034

Autor: Viana, Deise Lane

Título: Carcinoma mamário bilateral



972814375

Ac. 254180

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM