

DIA DA MULHER FOI LEMBRADO  
COM CAMINHADA

PRESIDENTE DA SBM FAZ BALANÇO POSITIVO  
DA PARALISAÇÃO MÉDICA



REVISTA

# mamigo

Órgão Oficial de Informação da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Goiás  
Acesse [www.sbmgoias.com.br](http://www.sbmgoias.com.br)

ABRIL DE 2011 - ANO 10 - Nº 50



XVI CONGRESSO BRASILEIRO  
DE MASTOLOGIA. ESTÁ CHEGANDO  
A HORA: 19 A 22 DE OUTUBRO DE 2011

**Precisão e Segurança em Diagnósticos da Mama**

Ressonância Magnética 1.5 Tesla  
Tomografia Multislice 16 canais  
Mamografia Digital

**Clínica São Camilo**  
Diagnóstico por Imagem

**Setor Aeroporto**  
Av. Dr. Ismerino S. de Carvalho,  
531 - Antiga Av. Z  
Fone: (62) 3239 3939

**Setor Marista**  
Alameda Coronel Eugênio Jardim,  
244 - Próx. Parque Areião  
Fone: (62) 3091 9191



JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA | PRESIDENTE DA SBM-GO

## MAMIGO DE CARA NOVA

Participação dos associados na publicação e nos eventos da SBM-GO é fundamental para o avanço da especialidade

Sempre buscando a melhor e mais eficiente forma de dialogar com nossos associados, a partir desta edição a publicação da SBM-Goiás abandona o formato jornal para transformar-se em revista, a revista dos mastologistas goianos. Entretanto, para que essa mudança seja integral, precisamos da sua participação em forma de artigos científicos e de opinião, enriquecendo o conteúdo, fomentando a troca de experiências e conhecimentos.

A mastologia goiana vivencia um ótimo momento no cenário nacional. Pela primeira vez em nossa história receberemos o congresso brasileiro da nossa especialidade. Portanto, de 19 a 22 de outubro de 2011, faremos tudo para transformar Goiânia na capital da mastologia nacional, promovendo um encontro de alto nível científico entre especialistas nacionais e internacionais da área.

Isso, porém, não significa que a SBM-Goiás tenha se descuidado de outros assuntos relevantes. Nós estamos atentos e lutando por melhores condições de trabalho e remuneração mais digna. Nesse sentido e visando traçar propostas concretas para solucionar os problemas que enfrentamos junto aos convênios e cooperativas, convidamos aos nossos associados para o segundo módulo A SBM em Defesa do Associado, que será realizado no dia 25 de maio, às 20 horas, no Castro's Park Hotel. A presença de todos é de fundamental importância para a realização de um debate democrático e produtivo.

### EXPEDIENTE

Jornal da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Goiás

PRESIDENTE - JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA  
VICE-PRESIDENTE - WILMAR JOSÉ MANOEL  
1º SECRETÁRIO - ANTÔNIO EDUARDO REZENDE DE CARVALHO  
2º SECRETÁRIO - ROSEMAR MACEDO DE SOUSA RAHAL  
1º TESOUREIRO - ROGÉRIO BIZINOTO FERREIRA  
2º TESOUREIRO - MARCUS NASCIMENTO BORGES

Edição: Tatiana Cardoso  
Redação: Ana Maria Morais, Ana Paula Machado e Dário Álvares  
Arte: Lethicia Serrano, Humberto Martins  
Comercialização: Erika Bizinotto

**SEDE da SBM-GO**  
A sede da SBM-Goiás está situada na Associação Médica, que fica na Av. Portugal, esq. com a Av. Mutirão, no 2653, St. Oeste  
Telefone: 3251.7208  
Venham nos visitar. Acesse nosso site: [www.sbmgoias.com.br](http://www.sbmgoias.com.br)

PUBLICAÇÃO COM A QUALIDADE:  
(62) 3224-3737  
ARTE@CONTATOCOMUNICACAO.COM.BR



**CEBROM**  
Centro Brasileiro de Radioterapia, Oncologia e Mastologia  
Solução em Oncologia  
(62) 3265 0400 / 3096 0400  
[www.cebrom.com.br](http://www.cebrom.com.br)

## Excelência em Oncologia

O que existe de mais moderno contra o câncer, desde a sua prevenção e seu diagnóstico, até o tratamento com radioterapia e quimioterapia está no CEBROM.

A prevenção do câncer é importante.  
O diagnóstico precoce é decisivo.

5ª avenida, nº 180 - St. Universitário.  
Atendemos convênios: consulte nosso site

Diretor Técnico: Dr. Osterno Queiroz da Silva - CRM/GO 1690

Um LABORATÓRIO de excelência!

**Núcleo**

**CHEGOU:**  
Phadya Imunocap  
O Primeiro aparelho de alergia de Goiás

15 UNIDADES DE COLETA  
ALTA TECNOLOGIA  
PROVAS FUNCIONAIS ENDÓCRINAS

CULTURAS AUTOMATIZADAS  
COLETA DOMICILIAR  
RESULTADOS VIA INTERNET

Atendimento 24hs  
Unidade Clínica Santa Mônica

Aberto aos domingos e Feriados na Matriz

**Núcleo**  
[www.labnucleo.com.br](http://www.labnucleo.com.br) fone 62 3223.5000

**Faz sentido operar com uma instituição financeira que é sua**

- ✓ Conta corrente
- ✓ Cheque especial
- ✓ Crédito
- ✓ Aplicações
- ✓ Investimentos
- ✓ Débito automático
- ✓ Assessoria financeira
- ✓ Cartão de crédito
- ✓ Cartão de débito
- ✓ Seguros
- ✓ Serviços
- ✓ Produtos Corporativos
- ✓ Internet Banking

UNICRED CENTRO BRASILEIRA  
Tel.: (62) 3221.2000  
[www.unicredgyn.com.br](http://www.unicredgyn.com.br)



**PAULO ROBERTO PIROZZI** | DEPARTAMENTO DE MASTOLOGIA DA DISCIPLINA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA FUABC  
**ROSSETTI C** | DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DA FUABC  
**CARELLI I** | TITULAR DA DISCIPLINA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA FUABC  
**RUIZ CA** | DEPARTAMENTO DE MASTOLOGIA DA FMUSP  
**POMPEI LM** | DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA FUABC  
**PIATO S** | PROFESSOR TITULAR DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA FCMSCSP

## RELAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MORFOLÓGICAS E BIOMOLECULARES DO CARCINOMA DUCTAL INFILTRATIVO DE MAMA E O ESTADO DA PAPILA

### RESUMO

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo correlacionar parâmetros clínicos, anatomopatológicos e biomoleculares do carcinoma ductal infiltrativo de mama nos estádios I e II com o estado da papila.

**Casuística:** Foram utilizadas 50 peças cirúrgicas de pacientes acometidas por carcinoma ductal infiltrativo de mama, com até 5 cm de diâmetro e distante pelo menos 2 cm da papila, que foram submetidas a mastectomia. Em 12 espécimes (24%) existia envolvimento neoplásico da papila e nos demais 76% a mesma encontrava-se livre.

**Método:** A verificação da presença ou ausência de envolvimento da papila foi feita por meio de cortes histológicos seriados. Para a avaliação da distância entre a papila e a margem tumoral utilizou-se mamografia e mensuração macroscópica. Por meio de exame microscópico foram avaliados os graus histológico e nuclear, o padrão de componente *in situ*, a invasão vaso-linfática e o estado linfonodal axilar. Com o emprego de técnica de imunistoquímica foram pesquisados os receptores de estrógeno e de progesterona e a expressão do c-erb-B2.

**Resultados e Conclusões:** No referente a: distância tumor-papila, tamanho do tumor, estágio clínico, graus histológico e nuclear, invasão vaso-linfática, estado dos linfonodos da axila, receptores hormonais e expressão do c-erb-B2 não se observou correlação estatisticamente significativa. Constatamos correlação positiva quanto a distância macroscópica do tumor ao CAP quando efetuamos corte a 3 cm; também encontramos associação significativa entre componente *in situ* extenso e padrão micropapilar de grau II nuclear com o estado da papila.

### INTRODUÇÃO

Marco de grande importância no tratamento cirúrgico do câncer de mama foi a proposta para a prática da mastectomia radical por William Halsted, em 1894. Ainda que tenha trazido avanço considerável, a mutilação é responsável por significativo dano estético. A partir de então surgiram propostas cirúrgicas menos mutilantes, sem prejudicar os princípios oncológicos.

A solução encontrada foi a introdução da reconstrução mamária, que trouxe grande desenvolvimento da cirurgia plástica reparadora (Bruckner, 1975; Webster et al, 1984; Elliott et al, 1991; Digenis, 1999). No sentido de avaliar a segurança da reconstrução tardia e imediata da mama, vários estudos foram realizados nos últimos anos. A maioria deles concluiu que a reconstrução não afeta a detecção e também não aumenta o risco de recorrência local ou sistêmica. (Murphy et al, 2003). O grande desafio passou a ser na adenomastectomia, a preservação do complexo aréolo-papilar (CAP), no sentido de se obter resultado estético o mais favorável possível (Missana et al, 2007).

### OBJETIVO

Fazer correlação entre o estado da papila e características clínicas, morfológicas e biomoleculares do carcinoma ductal infiltrativo de

mama nos estádios I e II.

### CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de estudo prospectivo, constituído pela avaliação de 128 espécimes cirúrgicos, provenientes de pacientes assistidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital Estadual Mário Covas, da Faculdade de Medicina do ABC, todas submetidas a mastectomia radical modificada à Madden, estádios I, IIa e IIb, no período de julho de 2004 a dezembro de 2007, das quais selecionamos 50 espécimes cirúrgicos, que obedeceram os critérios por nós estabelecidos.

A idade das pacientes variou entre 27 a 87 anos, com média etária de 58 anos e mediana de 59 anos. Quanto ao estadiamento clínico, 3 pacientes pertenciam ao estágio I, 25 ao IIa e 22 ao IIb.

#### Critérios de inclusão:

As pacientes selecionadas deveriam ter idade acima de 18 anos. Presença de patologia mamária maligna do tipo carcinoma ductal invasivo confirmada por estudo histológico; distância entre a lesão e o complexo aréolo-papilar (CAP) maior ou igual a 2 cm, medidas nas duas incidências mamográficas (crânio caudal e médio – lateral direita e / ou médio-lateral esquerda); tumores com medidas mamográficas menores ou iguais a 5 cm.

#### Critérios de exclusão:

Presença de retração de papila mamária ao exame físico; uso de quimioterapia ou hormonioterapia neo-adjuvante.

#### Métodos

Confirmação histopatológica – com BAG ou cirurgia;  
 Avaliação da distância do tumor a papila na mamografia e na macroscopia(peça do tumor);  
 Avaliação Histológica das características do tumor - tamanho, tipo, grau e componente *in situ*;  
 Avaliação do estado da papila;  
 Avaliação do estado dos linfonodos axilares;  
 Receptores de estrógeno e progesterona e c-erbB-2;  
 Análise estatística-uni e multivariada.

### RESULTADOS

A tabela abaixo mostra os relaciona as variáveis relacionando as características do tumor em relação ao CAP.

| Características do tumor | CAP livre   | CAP comprometido | valor de p |
|--------------------------|-------------|------------------|------------|
| idade < 50 anos          | 5 (13.15%)  | 5 (41.66%)       | 0.046*     |
| idade ≥ 50 anos          | 33 (86.84%) | 7 (58.33%)       |            |

| Distância TU-CAP    |            |           |               |
|---------------------|------------|-----------|---------------|
| ≥ 2 e < 3cm         | 11 (22%)   | 9 (18%)   | 0.982         |
| ≥ 3cm               | 27 (54%)   | 3 (6%)    | 0.007*        |
| Clínical stage      |            |           |               |
| Estádio I           | 3 (6%)     | 0 (0.0%)  | 0.386         |
| Estádio IIa         | 20 (40%)   | 5 (10%)   | 0.277         |
| Estádio IIb         | 15 (30%)   | 7 (14%)   | 0.180         |
| Tamanho do tumor    |            |           |               |
| < 3cm               | 8 (16%)    | 3 (6%)    | 1.000         |
| 3 to 5cm            | 30 (60%)   | 9 (18%)   | 1.000         |
| Grau histológico    |            |           |               |
| Grau I              | 2 (4%)     | 0 (0.0%)  | não acessível |
| Grau II             | 30 (60%)   | 10 (20%)  | 1.000         |
| Grau III            | 6 (12%)    | 2 (4%)    | 1.000         |
| Grau nuclear        |            |           |               |
| Grau I              | 3 (6.0%)   | 0 (0.0%)  | não acessível |
| Grau II             | 18 (36%)   | 10 (20%)  | 0.087         |
| Grau III            | 17 (34%)   | 2 (4%)    | 0.094         |
| Invasão vasculo     |            |           |               |
| linfática (IVL)     | 14 (36.8%) | 1 (8.4%)  | 0.079         |
| linfonodos axilares | 17 (44.7%) | 6 (50.0%) | 1.000         |
| Componente In situ  |            |           |               |
| Sólido              | 20 (52.6%) | 8 (66.7%) | 0.512         |
| Cribriforme         | 15 (39.5%) | 6 (50.0%) | 0.738         |
| Micropapilar        | 5 (13.2%)  | 5 (41.7%) | 0.046*        |
| Papilar             | 2 (5.3%)   | 3 (25.0%) | 0.082         |
| Extensão a lobulos  | 0 (0.0%)   | 2 (16.7%) | 0.054         |
| Comedonecrose       | 11 (28.9%) | 6 (50.0%) | 0.294         |
| Extenso >25%        | 5 (13.2%)  | 5 (41.7%) | 0.046*        |
| Grau nuclear I      | 11 (28.9%) | 6 (50.0%) | 0.294         |
| Grau nuclear II     | 3 (7.9%)   | 6 (50.0%) | 0.003*        |
| Grau nuclear III    | 0 (0.0%)   | 1 (8.3%)  | 0.240         |

\* Correlação estatisticamente significativa

### DISCUSSÃO

No que se refere ao estabelecimento de critérios a fim de se poder prever o estado da papila, com vista à sua preservação, tem-se encontrado dificuldades significativas, uma vez que existem muitas variantes envolvidas na propagação do tumor em direção aos ductos lactíferos. Os estudos que investigam a correlação entre características do carcinoma de mama e infiltração tumoral da papila são de difícil interpretação devido à grande variedade de técnicas utilizadas, à variação de metodologia empregada, à variedade de critérios quanto ao tamanho máximo do tumor e a distância entre a borda do tumor e a papila e à comum inclusão de diferentes tipos histológicos, como carcinomas lobulares, medulares e coloides, cujas características mamográficas e macroscópicas e padrões de invasão são peculiares aos mesmos. Visando a eliminação de tais vieses, capazes de prejudicar os resultados, selecionamos espécimes cirúrgicos exclusivamente do tipo histológico ductal infiltrativo e empregamos metodologia rigorosa em relação à análise das características clínicas, anatomopatológicas e biomoleculares do tumor. Fator de risco de especial importância para invasão da papila em pacientes acometidas por carcinoma infiltrativo de mama é o componente *in situ*. Investigações de Kissin, Kark (1987) e Andersen, Pallesen (1979) demonstraram taxas variando entre 3% e 27% de comprometimento da papila ao avaliarem este aspecto.

Existem vários estudos publicados na tentativa de definir um

subconjunto de pacientes que são candidatas à preservação do CAP. Conforme assinalado na introdução, os aspectos até o momento mais estudados são idade, estágio clínico, tamanho tumoral, tipo histológico, grau nuclear e histológico, localização do tumor, distância mamográfica tumor-papila, estado linfonodal axilar, invasão vaso-linfática e receptores de estrógeno e progesterona. Em nosso estudo constatamos ainda que quando incluímos todas as 50 peças e as dividimos em dois grupos sendo o primeiro de CAP livre e o segundo de comprometido encontramos associação estatisticamente significante entre as distâncias mamográficas e macroscópicas.

Observamos também que quando adotamos como corte de distância, 3 cm do tumor ao CAP, encontramos taxa de 6% de CAP comprometido que é estatisticamente significante, mas nesta medida não encontramos associação significante entre as distâncias macroscópicas e mamográficas. Resultado este concordante encontrado por Loewen et al (2007).

Em 40% de nossa amostragem a distância entre o tumor e a papila era menor que 3 cm. Tal fato possivelmente tenha corroborado para a elevada taxa de 24% de comprometimento da papila. O mesmo foi encontrado por Schecter et al (2006), onde em sua amostragem, 50% dos tumores distavam menos que 2 cm e observou 42% das papilas comprometidas. Em relação ao componente *in situ* extenso observamos no presente estudo correlação positiva quanto a comprometimento da papila. Nosso resultado é concordante com aquele relatado por Dzierzanowski (2005), que observou em seu estudo 38% de positividade de margem cirúrgica comprometida pela neoplasia.

Os resultados obtidos pelo presente estudo, assim como os de outros relatos da literatura evidenciam que a presença de certas características clínicas e anatomopatológicas, tais como distância entre o tumor e a papila e componente *in situ* micropapilar e extenso, constituem-se em sinais de alerta para a possível existência de comprometimento da papila.

No que se relaciona ao componente *in situ* do padrão micropapilar observamos em nosso estudo que ocorreu correlação positiva estatisticamente significante no que se relaciona com o comprometimento da papila. Os fatos de não encontrarmos relatos na literatura acerca desta característica anatomopatológica do carcinoma ductal em relação ao estado da papila e do resultado evidenciar significância nos parecem constituir relevante contribuição no planejamento da preservação da papila.

Não achamos, no presente estudo, correlação significativa com os demais parâmetros estudados.

Observamos pelo nosso estudo que com corte na papila a 3 mm da epiderme revelou somente 3 casos comprometidos(0,06%), e todos eles com tumores próximos ao CAP e com características significantes. Uma alternativa seria usar o CAP quando na cirurgia reconstrutiva como enxerto como uma alternativa, a nosso ver, segura.

Pela pequena amostragem de nossa casuística, acreditamos que outros estudos devam ser elaborados para confirmação destes achados.

### CONCLUSÕES

Não foi encontrada associação estatisticamente significante entre as variáveis, média etária, estadiamento, tamanho do tumor, distância entre o tumor e a papila a 2 cm, estado linfonodal axilar, receptores de estrógeno e de progesterona, c-erb-b2 e Invasão vaso-linfática.

Foi encontrada associação estatisticamente significante entre as características CDIS padrão micropapilar grau nuclear II e componente *in situ* extenso.

Quando adotamos como corte de distância 3 cm do tumor ao CAP, encontramos associação estatisticamente significante na macroscopia.

# Mobilização bem sucedida

Presidente da SBM faz avaliação positiva do movimento de 7 de abril

Médicos de todo o Brasil paralisaram os atendimentos eletivos aos usuários de planos e seguros de saúde no dia 7 de abril, Dia Mundial da Saúde. Consultas, exames e outros procedimentos agendados para essa data foram remarcados. Apenas os atendimentos de urgência, emergência e os do Sistema Único de Saúde (SUS) e particulares foram mantidos.

A suspensão do atendimento foi aprovada pela Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e pelo conjunto das sociedades de especialidades médicas como uma ferramenta de reivindicação por honorários dignos, instituição nos contratos de cláusulas de reajustes anuais e pelo fim da interferência das operadoras de planos e seguros de saúde no exercício da medicina. "Foi um movimento nacional extremamente expressivo, que congregou 160 mil médicos no Brasil. Os médicos estão bastante envolvidos e conscientes da necessidade e do poder da união", analisa Carlos Alberto Ruiz, presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia. Para o líder classista da SBM, é preciso novas ações, inclusive apresentando reivindicações da categoria à



**RODRIGO PEPE, CARLOS RUIZ, Ministro da Saúde ALEXANDRE PADILHA, JOSÉ LUIZ PEDRINI E MARIANNE PINOTTI**

Frete Parlamentar da Saúde, para que a mobilização do dia 7 de abril não caia no vazio. "A ação política nesse momento é fundamental para que possamos traduzir essa força em efetiva transformação", conclui.

Recentemente ele ainda esteve com o ministro da Saúde para elaborar metas e assim melhorar a assistência as mulheres com câncer de mama.

## Simpósio Internacional de Mastologia



Simpósio Internacional de Mastologia

Nos dias 17 e 18 de junho, a Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional Rio de Janeiro promove o Simpósio Internacional de Mastologia (SIM RIO). O evento será realizado no Centro de Convenções do Barrashopping, na Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, e tem como objetivo principal a atualização em temas candentes da especialidade: Tomosintese, Margens cirúrgicas, Micrometástases no LS, Ressonância magnética no planejamento terapêutico, Tratamento cirúrgico da mama contralateral e Skin sparing mastectomy, Inibidores da PARP e Radioterapia parcial da mama.

## ATUALIDADES EM ONCOLOGIA MAMÁRIA



No dia 30 de abril, o Grupo de Oncologia de Mama promove o evento *Atualidades em Oncologia Mamária*. O encontro científico será realizado no Windsor Atlântica Hotel, em Copacabana (RJ), e abordará assuntos como preservação da fertilidade em pacientes com câncer, novidades em radiologia mamária, diretrizes de cardi-oncologia (SBC-SBOC), dentre outros.

## ONCOPLÁSTICA

Oncoplástica Mamária é o tema principal do evento científico que será realizado nos dias 27 e 28 de maio, no Vale dos Vinhedos, em Bento Gonçalves (RS). Temas como a Cirurgia oncoplástica em um mundo em transição, Pedículo inferior e superior, Reconstrução com expansores, Reconstrução com prótese em tempo único são alguns assuntos que serão discutidos por especialistas dos estados de Roraima, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás, Minas Gerais, Rondônia, Paraná, Bahia, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Amazonas, Sergipe, Piauí, Pernambuco e pelo médico italiano Mario Rietjens. Mais informações: <http://forumsaudemulher.com.br>

# Sociedade Goiana de Mastologia promove caminhada em homenagem ao Dia da Mulher

Objetivo foi alertar as mulheres sobre a importância da prevenção do câncer de mama

A SBM-Goiás promoveu, no dia 13 de março, uma caminhada em homenagem ao Dia Internacional da Mulher e valorização da saúde feminina. "Tínhamos o intuito de alertar as mulheres para prevenção do câncer de mama, esclarecendo as dúvidas e estimulando-as a fazerem o autoexame, mamografia e consultas periódicas", afirmou o ginecologista e mastologista Juez Antônio de Sousa, presidente da sociedade.

Em conjunto a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - UFG, Hospital Materno Infantil e profissionais da área, foi organizada uma caminhada em volta do Lago das Rosas. "Fizemos um alongamento e uma breve palestra preventiva. Logo depois, seguimos para o trajeto estabelecido e finalizamos com um lanche saudável", explicou o mastologista. Todos os participantes ganharam camisetas e medalhas.

A estudante de medicina Natália Machado Barbosa, que estava no local representando a Liga da Mama da UFG, falou da importância da conscientização da mulher para diminuir os riscos do câncer de mama. "É fundamental que a mulher conheça as formas de prevenção, fazendo rotineiramente o autoexame e indo ao ginecologista". Ainda estava presente a avó da estudante, Léia Barbosa. "Esse momento de confraternização e homenagem ao Dia da Mulher mostra o companheirismo da sociedade de mastologia. Este trabalho vale bastante a pena", afirma a dona de casa.



Aproximadamente 100 pessoas participaram da caminhada



**NATÁLIA MACHADO BARBOSA, estudante de medicina, com sua avó LÉIA BARBOSA**



**FLÁVIA VIDAL, presidente da Liga da Mama e JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA, presidente da SBM-GO**



Ação foi direcionada para alertar as mulheres a cuidar da própria saúde e não esquecerem dos exames preventivos



Ginecologistas na caminhada



**JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA, com MÔNICA LEONEL SOUZA CUNHA, presidente da Associação das Amigas da Mama**



**TOMAS YUNG JOON KIM | MASTOLOGISTA. MÉDICO ADIDO NO HCRP-USP**

## GINECOMASTIA

Termo significa “mamas com aspecto feminino” e foi inicialmente usado por Galeno

### INTRODUÇÃO

Ginecomastia é a doença mais comum na mama masculina (65% de todas as doenças que atingem o órgão).

- **Incidência:** Bastante variável, mas na idade puberal pode chegar a 60% dos meninos.

- **Classificação:** Grau: Leve, Moderado ou Severo

- **Tipos:** a) Verdadeira: Proliferação glandular; b)

Lipomastia: Aumento do volume mamário devido ao aumento do tecido adiposo, sem proliferação glandular e c) Misto.

- **Diagnóstico diferencial:** Patologia benigna com aumento do volume e câncer: que geralmente é unilateral, indolor, nódulo mais periférico, limites imprecisos, superfície irregular, consistência endurecida, fixação, retração do CAP, ulceração, descarga papilar, adenopatia axilar, etc.

Efeito do estrógeno sobre as mamas: Induz à hiperplasia epitelial ductal, ramificação e alongamento dos ductos, proliferação dos fibroblastos periductais e aumento da vascularização.

**Histopatologia:** estágio inicial, proliferativo ou florido = alongamento e ramificação dos ductos galactóforos, geralmente sem a formação de ácinos (dependentes da ação da progesterona). Raramente ocorre hiperplasia do epitélio de revestimento (3 a 4 camadas de células), às vezes formando papilas proliferação dos fibroblastos no tecido conjuntivo frouxo periductal, infiltrado inflamatório e aumento da vascularização. Estágio tardio ou inativo = diminuição dos fibroblastos, do infiltrado inflamatório e da vascularização os ductos estão rodeados de tecido conjuntivo denso, às vezes com focos de elastose e permeação por tecido adiposo.

### CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA

- Fisiológica;
- Neonatal: fisiopatologia – passagem transplacentária de estrogênios e progesterona;
- Puberal: fisiopatologia – aumento dos níveis estrogênicos por conversão periférica;
- Senil: fisiopatologia - diminuição da função testicular, diminuição dos receptores androgênicos e aumento da adiposidade com maior conversão periférica;
- Induzida por drogas (iatrogênica);
- Associada a doença orgânica (patológica);
- Idiopática;
- Hereditária.

Medicamentos e drogas que podem desenvolver e ser uma das possíveis causas do aparecimento:

- 1. Maconha;

- 2. Espironolactona;
- 3. Digitálicos;
- 4. Reserpina;
- 5. Estrógenos e progesterona (os travestis tomam para ficarem com mamas femininas, além do silicone);
- 6. Gonadotrofinas, testosterona e esteroides anabolizantes aromatizáveis. 80% dos estrógenos em homens vêm da conversão da testosterona ou androstenediol!

- O que adianta aplicar testosterona se a Aromatase o converte em Estrógenos?

- Seria uma indicação de inibidor de Aromatase? E qual a dose adequada?

- Qual seriam os efeitos indesejados a médio e longo prazo?

- A impotência sexual masculina e a atrofia testicular são algum dos efeitos colateral de uso das “bombas”.

Condições patológicas não endócrinas associadas à ginecomastia

Nevo pigmentado gigante, trauma mamário crônico, hepatite, cirrose, desnutrição crônica e realimentação, insuficiência renal crônica, HIV (doença sintomática e ativa), retocolite ulcerativa, fibrose cística, doenças torácicas crônicas (empiema, tuberculose, dpoc) e estresse psicológico.

### HCG E GINECOMASTIA

- Alguns carcinomas broncogênicos podem produzir HCG com consequente elevação dos níveis de estrógenos.

- Mesoteliomas pleurais malignos podem produzir HCG e ginecomastia.

- Atualmente associam-se outros tumores e a Ginecomastia.

- É imperativo a solicitação de HCG (Beta HCG) na investigação da Ginecomastia para afastar origem tumoral.

### EXAMES LABORATORIAIS:

Estradiol, Testosterona Livre e Total, SDHEA, 17-OH progesterona, LH, SHBG, Beta HCG, Prolactina e Função tireoidiana e hepática.

Exames imaginológica;

MMG (quando possível), US de mama, US testicular, abdome superior (fígado e rins), CT Abdome, Cérebro E RM.

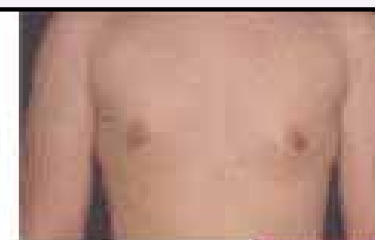
### TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

| MEDICAMENTO          | DOSE (mg/dia)     | REDUÇÃO DA DOR (%) | REDUÇÃO VOLUMÉTICA (%) |
|----------------------|-------------------|--------------------|------------------------|
| TAMOXIFENO           | 10 - 30           | 80 - 100           | 25 - 70                |
| TESTOLACTONA         | 450               | ND                 | 80                     |
| DANAZOL              | 200 - 600         | 80                 | 75 - 90                |
| DIIDROTESTOSTERONA   | Percutâneo        | ND                 | 75 - 90                |
| DIIDROTESTOSTERONA   | 125 - 375         | ND                 | 80                     |
| INIBIDORES AROMATASE | DA ANASTROZOL - 1 | ND                 | ND                     |

### TÉCNICAS CIRÚRGICAS

#### • GRAU I ADENECTOMIA (VIA PERIAREOLAR)

-> Eu sempre associo a lipoaspiração para prevenir a invaginação do CAM.



#### • GRAU II LIPOASPIRAÇÃO + ADENECTOMIA (SEM OU COM RETIRADA DE PELE PERIAREOLAR)

-> Eu nunca retiro a pele periareolar. Prevenção de hipertrofia areolar



#### • GRAU III MASTOPLASTIA REDUCIONAL (COM ENXERTO) LIVRE OU TRANSPOSIÇÃO DO CAP

-> Lipoaspiração seriada para retrain a pele



### TRATAMENTO

- Expectante
- Medicamentos
- Radioterapia (4 x 5 gy)
- Indicações para tratamento cirúrgico: estética / psicológica, dor, síndrome de Klinefelter e diagnóstico diferencial com câncer.

### COMPLICAÇÕES:

- Precoces: dor, hematoma, seroma, infecção, deiscência e necrose do CAP (complexo areolo-papilar) ou da pele
- Tardias: cicatriz inestética, irregularidades do contorno mamário, depressão do CAP, enrugamentos ou entalhes na pele, excesso de pele e mal posicionamento do CAP.

Conclusão: O diagnóstico de Ginecomastia é um tanto quanto

simples e fácil, porém a investigação da sua etiologia mais complexa. Portanto o Mastologista deve ter em mente o “algoritmo para a investigação etiológica da ginecomastia” e das substâncias com potencial em desenvolver a ginecomastia.

Quanto ao tratamento cirúrgico da ginecomastia, existem inúmeras técnicas, tendo todas elas os “prós” e “contras”. Cada mastologista deve conhecer todas as técnicas para se ajustar melhor a cada caso.

Sabemos que o mastologia tem pouca intimidade com a técnica de lipoaspiração, mas ao verificar que muito raramente existe a ginecomastia pura, isto é, sem um componente percentual significativo de lipomastia, e o melhor tratamento da lipomastia é a lipoaspiração, deve o mastologista aprender as diversas técnicas de lipoaspiração para dar uma assistência integral aos nossos pacientes.

## Conhecimento e luta

No dia 31 de março, a SBM-GO, com o apoio da Roche, promoveu mais uma edição do Clube da Mama. O evento foi realizado no Castro's Park Hotel. No encontro foram discutidas estratégias de luta para a conquista de melhores condições de trabalho e remuneração junto aos convênios e cooperativas.

Na parte científica do evento, o doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) César Cabello dos Santos falou sobre os Aspectos Preditivos e Prognósticos do CM HER2 Positivo.



## INTERATIVIDADE E INFORMAÇÃO

Em busca de maior interatividade com o associado e comunidade em geral, o site da SBM Goiás ([www.sbmgoias.com.br](http://www.sbmgoias.com.br)) passou por uma ampla e completa reformulação. Links bem posicionados, acesso aos números anteriores e atual do informativo Mamigo, notícias atualizadas, agenda de congressos e cursos, relação completa de associados, lista de todas as regionais da SBM e suas respectivas diretorias são algumas informações disponíveis no novo espaço virtual da SBM-GO. Acesse e confira as novidades.



Um LABORATÓRIO de excelência!



# Núcleo

**CHEGOU:**

**Phadya Imunocap**  
O Primeiro aparelho de  
alergia de Goiás

**Aqui, você é o mais importante!**  
Atendimento humanizado e individualizado,  
priorizando as suas necessidades.

**Confiança e Tradição**  
24 anos de comprovada experiência e qualidade,  
sendo referência em provas funcionais endócrinas.

**Rapidez com precisão**  
Estamos sempre investindo em tecnologia,  
garantindo a você acesso ao que há de mais  
moderno em equipamentos de análises clínicas  
no mercado internacional.

**Interior**  
Unidades em Nerópolis,  
Anápolis, Senador Canedo e Inhumas

**62 3223.5000**  
[www.labnucleo.com.br](http://www.labnucleo.com.br)

**Segurança nos resultados**  
Todos os processos realizados são interfaceados,  
desde o cadastro à liberação dos exames,  
isso garante resultados  
mais seguros e confiáveis.

**Equipe altamente capacitada**  
Dentre os profissionais, destaca-se  
a equipe de médicos que acompanham  
todos os processos analíticos, entre eles,  
o renomado endocrinologista  
Dr. Syd de Oliveira Reis.

**Mais conforto e comodidade**  
19 unidades de atendimento, coleta  
domiciliar e resultados via internet.

**Atendimento 24 hs**  
**Unidade Clínica Santa Mônica**  
**Aberto aos domingos**  
**e feriados na matriz**



CLÍNICA  
SÃO MARCELO



*Venha conhecer o  
**ESPAÇO MULHER,**  
mais conforto e  
privacidade na realização de seus exames.*

UNIDADE MARISTA - Al. Cel. Eugênio Jardim, nº 355

Fone: (62) 3236.6600