UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

CASO COMPLEXO 5
Amélia

Fundamentação Teórica:
Câncer de mama e mastalgia

Câncer de mama e mastalgia

Maria Cristina Gabrielloni

O câncer de mama é o mais frequentemente diagnosticado e a principal causa de morte por câncer em mulheres em todo o mundo: 23% (1.380.000) do total de novos casos de câncer e 14% (458.400) do total de mortes por câncer em 2008. Contudo, cerca de metade dos casos de câncer de mama e 60% das mortes estão estimados a acontecer em países em desenvolvimento (BRASIL, 2009; JEMAL et al, 2011).

No Brasil, o número de casos novos de câncer de mama para 2010 foi estimado em 49.240, com uma taxa de incidência de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Além disso, em termos de mortalidade, esse tipo de câncer representa a primeira causa de morte por neoplasias entre as mulheres no país.

Dentre as regiões, na Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 65 casos novos por 100 mil (BRASIL, 2009).

Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%, sendo que para países desenvolvidos essa sobrevida aumenta para 73%; já nos países em desenvolvimento, fica em 57% (KLASSEN, A. C.; SMITH, K. C., 2011).

Quanto aos fatores de risco, sabe-se que existem os relacionados à vida reprodutiva da mulher e que estão bem estabelecidos, como menarca precoce, nuliparidade, idade materna na primeira gestação acima de 34 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal. Os relacionados a fatores genéticos também estão associados a maior risco de desenvolvimento de câncer de mama. Mulheres que apresentam mutação nos genes BRCA1 e BRCA2 têm 85% de chance de desenvolver câncer de mama antes dos 70 anos de idade (THULER, 2003; BRASIL, 2009).

A idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Essa mudança no comportamento da taxa é conhecida na literatura como "Clemmesen's hook", e tem sido atribuída ao início da menopausa. Além desses, alguns estudos recentes mostram que a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, aumenta o risco de desenvolver câncer de mama, particularmente durante a puberdade. Ao contrário do câncer do colo do útero, o câncer de mama encontra-se relacionado ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico (BRASIL, 2009; KLASSEN, A. C.; SMITH, K. C., 2011).

Fatores relacionados ao ambiente e estilo de vida também são considerados importantes, como exposição a organoclorados (pesticidas), peso (índice de massa corporal ou obesidade), hábitos alimentares, álcool e tabagismo (ALECRIN et al, 2005).

Diagnóstico

O diagnóstico precoce constitui um importante aliado para prevenir e também reduzir a mortalidade por esse tipo de câncer. Portanto, são utilizados como métodos diagnósticos:

- Exame clínico das mamas, que constitui parte fundamental da propedêutica, devendo ser realizado por profissionais da saúde treinados, como médico e/ou enfermeira.
- Ultrassonografia é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Ela pode ser complementada pela ultrassonografia nas seguintes situações (BRASIL, 2004):
  *Nódulo sem expressão, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia;
  *Nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto;
  *Densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

Se houver lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico, que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histológico, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional (BRASIL, 2004).

Nas lesões palpáveis com imagem negativa (mamografia e ultrassonografia), prosseguir a investigação com PAAF, PAG ou biópsia cirúrgica. Havendo indisponibilidade da realização de exames de imagem, está indicada a investigação por meio de PAAF ou PAG.

- Mamografia: é um exame radiológico que é realizado comprimindo as mamas e tem por finalidade detectar precocemente anormalidades no seu parênquima, que podem não ser percebidas no exame clínico das mamas.

Sabe-se que os aparelhos de alta resolução, disponíveis na atualidade, melhoraram e muito a acuidade diagnóstica. Entretanto, a detecção precoce depende de quatro aspectos, como existência de anormalidade radiológica, proporção entre tecido gorduroso e glandular, qualidade técnica do exame e experiência do examinador (KEMP, 2005).

No Brasil, a recomendação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para a detecção precoce do câncer de mama propõe as seguintes estratégias (BRASIL, 2004):

a) rastreamento por meio do exame clínico de mama para todas as mulheres a partir dos 40 anos, anualmente;
b) mamografia para mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com no máximo dois anos de intervalo;
c) exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para mulheres pertencentes ao grupo de risco; e
d) garantia de acesso e diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

Já a Sociedade Brasileira de Mastologia recomenda a mamografia anual dos 40 aos 49 anos e bianual a partir dos 50 anos.

São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama (BRASIL, 2004):

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

Visando reduzir as discordâncias na interpretação da mamografia e padronizar o laudo, o American College of Radiology publicou, em 1993, o Breast Imaging Reporting and Data System (Bi-Rads). Novas edições foram publicadas em 1995, 1998 e 2003. De acordo com a quarta edição do Bi-Rads®, os exames são classificados com base no grau de suspeição das lesões em Kestelman et al, 2007:

- **categoria 1**: sem achados positivos;
- **categoria 2**: achados benignos;
- **categoria 3**: achados provavelmente benignos;
- **categoria 4**: achados suspeitos;
- **categoria 5**: achados altamente suspeitos.

Lesões que necessitam de avaliação adicional, por exemplo, com ultrassonografia, são classificadas na categoria 0, e aquelas que têm diagnóstico histopatológico maligno previamente confirmado, na categoria 6.

Alguns estudos avaliam a capacidade para prever malignidade da mamografia nas categorias 3, 4 e 5, em que seriam classificadas as lesões com algum grau de suspeição. Uma maneira de verificar o desempenho de cada categoria do Bi-Rads® é avaliar o resultado das lesões que foram submetidas à biópsia e calcular o VPP, tendo como padrão-ouro o resultado histopatológico (KESTELMAN et al, 2007).

Estadiamento

O estadiamento utilizado e vigente foi introduzido pela American Joint Commitee on Câncer em 2002 e está baseado na classificação clínica e anatomopatológica em TNM: Tumor(T), Linfonodos (N) e Metástase à distância (M) (BARROS; GEBRIM, 2005).

Tratamento

A abordagem do câncer de mama deve ser feita por uma equipe multidisciplinar visando ao tratamento integral da mulher. Atualmente estão disponíveis a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento loco-regional, e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico. Portanto o tratamento dependerá da classificação clínica do câncer, associada ao estadiamento, além da classificação histopatológica dos linfonodos (BARROS; GEBRIM, 2005).

A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, portanto pode ser conservadora com a ressecção de um segmento da mama com margens livres (engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia), com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não conservadora (mastectomia) (BRASIL, 2008).

O tratamento cirúrgico que compreende a mastectomia pode compreender (BRASIL, 2008):

- Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar);
- Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada);
- Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical);
- Mastectomia com reconstrução imediata;
- Mastectomia poupadora de pele.

As ações preventivas em relação ao câncer de mama na mulher para sua redução envolvem vários fatores, como sua detecção precoce, preparo dos profissionais de saúde que atuam na equipe de Saúde da Família quanto aos programas educativos com ênfase no autoconhecimento do corpo, importância do exame clínico das mamas e complementares e acompanhamento dos casos.

Outras recomendações como amamentação, prática de atividade física e alimentação saudável com a manutenção do peso corporal estão associadas a um menor risco de desenvolver esse tipo de câncer, portanto devem ser enfatizadas e praticadas (THULER, 2003).

Mastalgia

A mastalgia é um sintoma relativamente comum em mulheres. Ocorre idependente da idade e do grau de instrução. Entretanto, faz-se necessário o acompamnhamento, pois sua evolução é um importante fator que deve ser investigado para considerar como possibilidade as mudanças hormonais do ciclo menstrual ou algum processo patológico da glândula mamária.

A mastalgia pode ser cíclica quando associada a mudanças hormonais do ciclo menstrual, ocorrendo geralmente uma semana antes do sangramento menstrual. É ocasionada principalmente por alterações

dos hormônios, estrogênio e progesterona, que estimulam a proliferação do tecido glandular (ductal e estromal), resultando em dor (MENKE et al, 2011).

A considerada não cíclica está associada a mamas pendulares (com estiramento de ligamentos de Cooper; dores cervicais e no dorso podem estar presentes), dieta e estilo de vida (MENKE et al, 2011).

Pode afetar mulheres na pré e pós-menopausa, ser constante ou intermitente, durar dias ou horas, ser uni ou bilateral e ser localizada exclusivamente na mama (BROMBERG et al, 2005).

Nos casos de dor moderada ou severa, deve-se orientar quanto a dietas pobres em metixantinas (presentes no café, chocolates etc.), uso de vitaminas E, ácido gamalinolênico e diminuição da ingesta de gordura saturada. Contudo, considera-se também a possibilidade do tratamento com medicações analgésicas e sintomáticas (BROMBERG et al, 2005).

REFERÊNCIAS

ALECRIN, I. N. et al. Câncer de mama. In: ALDRIGHI, J. M.; BUCHALLA, C. M.; CARDOSO, M. R. A. **Epidemiologia dos agravos à saúde da mulher**. São Paulo: Atheneu, cap. 5, p. 57-65, 2005.

BARROS, A. C. S. D; GEBRIM, L. H. **Câncer de mama**. IN: TABODA, W. C.; GOMES, M. T. Ginecologia: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Cultura Médica; São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, cap. 25, p. 451-464, 2005.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância**. Controle de câncer de mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Intervenções de Enfermagem no câncer de mama**. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008, p. 274-291.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRONBERG, S. E. et al. Doenças benignas da mama. In: TABODA, W. C.; GOMES, M. T. **Ginecologia**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Cultura Médica; São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, cap. 21, p. 325-337, 2005.

JEMAL, A; BRAY, F. et al. **Global Cancer Statistics**. CA CANCER J CLIN, v. 61, n. 2, p. 69-90, Mar./Apr., 2001.

KEMP, C. **Diagnóstico por imagem em Mastologia**. IN: TABODA, W. C.; GOMES, M. T. Ginecologia: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Cultura Médica; São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, cap. 23, p. 365-380, 2005.

KESTELMAN et al. **Breast imaging reporting and data system** – Bi-Rads®: valor preditivo positivo das categorias 3, 4 e 5. Revisão sistemática da literatura. Radiol Bras, v. 40, n. 3, p. 173-177, 2007.

KLASSEN, A. C.; SMITH, K. C. **The enduring and evolving relationship between social class and breast cancer burden**: a review of the literature. Cancer Epidemiol, Apr. 2011.

MENKE, F. et al. Patologia benigna da mama. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 38, p. 532-552, 2011.

THULER, L. C. **Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino**. Rev. Bras. de Cancerologia, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BREAST **Imaging Reporting and Data System** (Bi-Rads). Reston, VA: American College of Radiology, 1993.

CAMARGO JÚNIOR, H. S. A. **Bi-Rads®-ultrassom**: vantagens e desvantagens dessa nova ferramenta de trabalho. Radiol Bras, n. 38, p. 301-303, 2005.

CHALA, L. F.; BARROS, N. A. C. R. **Bi-Rads™ na ultrasonografia**. Radiol Bras, v. 37, n. 2, p. III-IV, 2004.

PINELLI, F. G. S.; SOARES, L. H. **Promoção à saúde da mulher.** In: BARROS, S. M. O. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, seção 7, cap. 20, p. 373-385, 2009.

VIEIRA, A. V.; TOIGO, F. T. **Classificação Bi-Rads™:** categorização de 4.968 mamografias. Radiol Bras, v. 35, n. 4, p. 205-208, 2002.