

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres, representando uma das principais causas de morte. As estatísticas indicam o aumento de sua freqüência tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Anualmente, cerca de 22% dos novos casos de câncer em mulheres são de mama e, segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCa), no Brasil, em 2008, serão realizados cerca de 49.400 novos diagnósticos, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres.

Aspectos relacionados à vida reprodutiva da mulher, como menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo (acima dos 30 anos), menopausa tardia e terapia de reposição hormonal (TRH) são fatores de risco bem estabelecidos em relação ao aparecimento da doença. A história familiar é fator de risco relevante, especialmente se a paciente tiver um ou mais parentes de primeiro grau acometidos antes dos 50 anos de idade. Entre todos os casos de câncer de mama, os de caráter familiar correspondem a aproximadamente 10%. A incidência é rara antes dos 35 anos de idade e aumenta rapidamente até os 50 anos; entretanto, depois dessa idade torna-se mais lenta. Mesmo sendo considerado de prognóstico bom se diagnosticado precocemente e tratado adequadamente, as taxas de mortalidade são altas, talvez porque, ainda numa freqüência elevada, a doença seja diagnosticada em estágios avançados. A detecção precoce inclui exame clínico da mama e mamografia. A literatura refere que a sensibilidade do exame clínico está entre 57% e 83%, e a especificidade, entre 71% e 96%. Para a mamografia, a sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores como tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário, qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade está entre 82% e 99%.

O diagnóstico histológico das amostras – biópsias ou peças cirúrgicas fixadas em formol e emblocadas em parafina – fornece os dados fundamentais para a definição terapêutica e para determinação do prognóstico do câncer de mama, sendo os principais o tamanho do tumor, o tipo e o grau histológico e o número de linfonodos acometidos. Entretanto, dentro do grupo de tumores com estágio clinicopatológico inicial (doença localizada), há cerca de 30% de casos que têm evolução clínica adversa.

O conhecimento cada vez maior da complexidade da biologia tumoral nos permite oferecer tratamentos mais individualizados para as pacientes. Auxiliados pelas técnicas de análise de expressão gênica e protéica, estão sendo desenvolvidos anticorpos para os principais marcadores prognósticos e preditivos de resposta a novos agentes terapêuticos.

Com os novos marcadores disponíveis, a imuno-histoquímica tem sido mais amplamente utilizada e consagrou-se, nas últimas décadas, como poderosa ferramenta auxiliar do exame anatomopatológico na rotina diagnóstica em oncologia, aumentando o poder de discriminação dos casos com potencial biológico mais agressivo.

Estudos anatomoclínicos controlados têm comprovado que a padronização da parte técnica e da interpretação dos achados da imuno-histoquímica é crucial na definição dos resultados.

Os procedimentos – e tempos – adequados para fixação das amostras, a escolha dos anticorpos primários, dos sistemas de amplificação e coloração, bem como a determinação dos valores de corte para definir a positividade dos marcadores têm grande impacto na correlação com o comportamento dos tumores e a resposta terapêutica.

Com a aplicação, em grande escala, dos protocolos técnicos, diagnósticos, terapêuticos e clínicos, poderemos alcançar maior grau de comparação de resultados e desenvolver novas opções mais eficazes para o tratamento dos pacientes oncológicos.