

Biópsias percutâneas na radiologia mamária

Percutaneous biopsy in radiological imaging of the breast

Ellyete de Oliveira Canella¹

O artigo “Subestimação diagnóstica das biópsias mamárias percutâneas por agulha grossa e assistidas a vácuo na hiperplasia ductal atípica e no carcinoma ductal *in situ* em instituição brasileira de referência”⁽¹⁾, publicado no número anterior da revista **Radiologia Brasileira**, foi realizado em instituição de referência para ensino e reflete a responsabilidade que a realização do procedimento invasivo exige na prática clínica.

Em 1989, a biópsia percutânea do tipo *core*, utilizando agulha grossa e dispositivo automático, começou a ser utilizada pelo Dr. Parker para diagnóstico nas lesões mamárias não palpáveis, cuja detecção se tornava cada vez mais frequente, com o advento da mamografia de alta resolução. O primeiro trabalho, publicado em 1990, comparou o desempenho da *core* biópsia com a biópsia cirúrgica, concluindo que a *core* biópsia representava uma alternativa confiável, rápida, de baixo custo, bem tolerada pelas pacientes, com mínimas complicações e com pouca possibilidade de gerar cicatrizes no parênquima⁽²⁾.

Em 1995, o Dr. Parker desenvolveu a biópsia percutânea a vácuo (na época chamada de mamotomia, pois era feita no Mamotome[®]), para melhorar a acurácia da biópsia de microcalcificações na mama adiposa⁽³⁾.

Core biópsia e biópsia a vácuo foram, inicialmente, pouco aceitas pelos mastologistas e até rejeitadas por alguns. Mas as biópsias percutâneas, guiadas por estereotaxia ou por ultrassonografia, mudariam o diagnóstico em mastologia e ganhariam amplo espaço na propedêutica.

Nos dias atuais, a demanda para biópsias percutâneas é crescente, mas muitos problemas estão ocorrendo, causando falso-negativos, perda e retardo diagnóstico, aumento de custo. Entre os problemas mais importantes estão: a) desconhecimento dos critérios técnicos para indicar (parte do solicitante), para orientar e escolher (parte do radiologista) o melhor tipo de biópsia (*core* ou a vácuo) e de guia (estereotaxia, ultrassonografia, ressonância magnética) para cada lesão. A indicação/escolha incorreta gera dificuldade técnica, erro diagnóstico e desgaste do método⁽⁴⁾; b) falta de padronização na conduta após resultado histopatológico benigno, pois pacientes que deveriam ser acompanhadas acabam

sendo operadas e vice-versa; c) falta de técnica e tática na realização do procedimento – escolha errada do acesso, ausência de raciocínio espacial; d) falta de documentação adequada do procedimento – relatório, registro da lesão antes e após a biópsia, radiografia dos fragmentos, se a lesão apresenta microcalcificações – tornando o radiologista vulnerável no aspecto legal⁽⁵⁾; e) falta de auditoria de resultados, tornando impossível avaliar o desempenho e detectar falhas para correção⁽⁶⁻⁸⁾.

Os itens a), b) e c) certamente são resultado de falha na formação do radiologista. É muito importante que o “radiologista que faz mama” tenha frequentado instituições especializadas e dedicadas, para treinamento específico. O item d) ilustra a distorção do nosso modelo de atendimento – baixa remuneração por parte dos convênios, gerando excesso de exames por hora. Esse problema somente pode ser resolvido com a união de todos no Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, pois individualmente somos impotentes. O item e) exemplifica a falta de cultura na realização de auditorias. Não existe interesse no assunto e o radiologista não recebe treinamento específico. Além disso, é difícil obter e correlacionar resultados na prática diária, pela perda das pacientes no sistema.

Em conclusão, as considerações acima devem ser motivo de reflexão, na busca de melhoria no atendimento às pacientes submetidas a biópsias mamárias.

REFERÊNCIAS

1. Badan GM, Roveda Júnior D, Piato S, et al. Subestimação diagnóstica das biópsias mamárias percutâneas por agulha grossa e assistidas a vácuo na hiperplasia ductal atípica e no carcinoma ductal *in situ* em instituição brasileira de referência. *Radiol Bras.* 2016;49:6-11.
2. Parker SH, Lovin JD, Jobe WE, et al. Stereotactic breast biopsy with a biopsy gun. *Radiology.* 1990;176:741-7.
3. Parker SH, Stravos AT, Dennis MA. Needle biopsy techniques. *Radiol Clin North Am.* 1995;33:1171-86.
4. Rocha RD, Girardi AR, Pinto RR, et al. Axillary ultrasound and fine-needle aspiration in preoperative staging of axillary lymph nodes in patients with invasive breast cancer. *Radiol Bras.* 2015;48:345-52.
5. Avelar MS, Almeida O, Alvares BR. Mammographic artifact leading to false-positive result [Letter to the Editor]. *Radiol Bras.* 2015;48:198-9.
6. Koch H. Audit in breast imaging diagnosis unit [Editorial]. *Radiol Bras.* 2014;47(2):v.
7. Badan GM, Roveda Júnior D, Ferreira CAP, et al. Complete internal audit of a mammography service in a reference institution for breast imaging. *Radiol Bras.* 2014;47:74-8.
8. Bitencourt AGV, Lima ENP, Chojniak R, et al. Correlation between PET/CT results and histological and immunohistochemical findings in breast carcinomas. *Radiol Bras.* 2014;47:67-73.

1. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e Membro da Comissão de Mamografia do CBR. E-mail: ellyete@unisy.com.br.