

Punção aspirativa por agulha fina dos linfonodos axilares: mudança de um paradigma na abordagem do comprometimento axilar?

Fine-needle aspiration of axillary lymph nodes: a change of paradigm in the approach to axillary compromise?

Linei A. B. D. Urban¹

O câncer de mama é o tumor maligno mais comum em mulheres. A literatura radiológica brasileira vem, recentemente, dando ênfase à importância dos exames de imagem no aprimoramento do diagnóstico do câncer mamário⁽¹⁻⁶⁾. O tratamento do câncer de mama passou por grandes mudanças nas últimas décadas, com cirurgias mais conservadoras demonstrando não influenciar na sobrevida global. Mas, apesar de todo o progresso, o comprometimento da axila permanece ainda como o fator prognóstico isolado mais importante. Além disso, pode ser determinante para a indicação do tratamento mais adequado, como quimioterapia e radioterapia, em um número importante de pacientes.

A biópsia do linfonodo sentinela foi, até então, o grande divisor de águas para a avaliação da axila e definição da necessidade da realização do esvaziamento axilar. Este último, contudo, era o responsável pela maior parte da morbidade associada à cirurgia do câncer de mama. Evitá-lo, nos casos em que ele é desnecessário, ou seja, quando o linfonodo sentinela está negativo, foi o grande foco da cirurgia oncológica mamária nas últimas três décadas.

Assim, a aplicação de um método diagnóstico minimamente invasivo, simples e efetivo na predição do comprometimento axilar poderia auxiliar na redução do tempo cirúrgico. Dessa forma, o cirurgião poderia evitar a biópsia do linfonodo sentinela e partir diretamente para o esvaziamento axilar. Simples assim? Este raciocínio estaria perfeito até quatro anos atrás, antes que os dados dos ensaios clínicos ACOSOG Z0011⁽⁷⁾ e AMAROS⁽⁸⁾ fossem publicados. Estes estudos demonstraram que pacientes candidatas a cirurgia conservadora (T1-T2), com menos de três linfonodos sentinelas positivos e que foram submetidas ao esvaziamento axilar, tiveram a mesma sobrevida e controle local daquelas que não efetuaram o esvaziamento.

Então, à luz dos resultados do ACOSOG Z0011 e do AMAROS, em quais situações os achados do estudo de Rocha et al.⁽⁹⁾ podem ser úteis?

A grande relevância do estudo de Rocha et al. está no alto grau de sensibilidade da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) encontrado nos casos de linfonodos considerados como suspeitos e indeterminados (87,1%), podendo evitar o procedimento do linfonodo sentinela em 70,1% das pacientes. E nos casos em que a

PAAF foi negativa, poderíamos também evitar a biópsia do linfonodo sentinela? A resposta ainda é não. O valor preditivo negativo foi 69,5%, semelhante ao encontrado em outros estudos. Já nos casos em que o linfonodo foi considerado normal à ultrassonografia, a PAAF também não trouxe contribuições, até porque o linfonodo escolhido para a punção poderia não ser o linfonodo de drenagem “sentinela” da mama.

Portanto, apesar das mudanças importantes no enfoque da axila, a PAAF axilar guiada por ultrassonografia não chegou tarde e tem sua aplicação na clínica. Pode ser indicada nas pacientes com câncer de mama invasivo com linfonodos alterados à ultrassonografia, independentemente do tamanho tumoral e do tipo histológico.

O desafio futuro é demonstrar que a positividade do linfonodo axilar encontrada com a PAAF no estudo de Rocha et al. possa ser comparável à positividade do linfonodo sentinela das pacientes avaliadas no ACOSOG Z0011 e AMAROS. Ou seja, demonstrar que pacientes que tenham uma PAAF positiva, porém com um tumor inicial (T1-T2) e axila clinicamente negativa, possam omitir o esvaziamento axilar no futuro. Isso demonstra claramente que o papel do radiologista do século 21 está mudando. Temos que assumir cada vez mais nossa responsabilidade na avaliação multidisciplinar das doenças, especialmente no câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Villar VCFL, De Seta MH, Andrade CLT, et al. Evolution of mammographic image quality in the state of Rio de Janeiro. *Radiol Bras.* 2015;48:86-92.
2. Avelar MS, Almeida O, Alvares BR. Mammographic artifact leading to false-positive result. *Radiol Bras.* 2015;48:198-9.
3. Valentim MH, Monteiro V, Marques JC. Primary neuroendocrine breast carcinoma: a case report and literature review. *Radiol Bras.* 2014;47:125-7.
4. 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.
5. Pinheiro DJPC, Elias S, Nazário ACP. Axillary lymph nodes in breast cancer patients: sonographic evaluation. *Radiol Bras.* 2014;47:240-4.
6. Campos GCP, Castro MVK, Mattos VFE, et al. Lymphocytic mastopathy mimicking breast malignancy: a case report. *Radiol Bras.* 2014;47:256-8.
7. Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. *Ann Surg.* 2010;252:426-32.
8. Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Oncol.* 2014;15:1303-10.
9. 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.

1. Responsável pelo Setor de Mama da Clínica DAPI – Diagnóstico Avançado por Imagem, Curitiba, PR, Brasil. Coordenadora da Comissão de Mamografia do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR). E-mail: lineiurban@hotmail.com.