

BIÓPSIA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) EM LESÕES MAMÁRIAS. ARTIGO DE REVISÃO

CORE NEEDLE BIOPSY IN BREAST INJURIES. REVIEW ARTICLE

PEDRO VINICYUS NOVAIS E SOUZA¹, PHAMELLA ROCHA DE SOUZA¹, RANYERE DEYLER TRINDADE¹, KALLYTA MYLLENA E SILVA¹, RUTE RODRIGUES DE MAGALHÃES¹, ANDRÉ MAROCCOLO DE SOUSA¹, IZABEL JAKELINE MORAIS LIMA MOREIRA², JUAREZ ANTÔNIO DE SOUSA¹

RESUMO

As biópsias de lesão mamária, em geral, são amplamente realizadas. Nesse sentido, a Core biopsy, a biópsia realizada por agulha grossa guiada por ultrassonografia ou pela palpação da lesão, apresenta-se como uma boa alternativa haja vista maior simplicidade da técnica e maior comodidade para paciente que não necessitará de ambiente cirúrgico e receberá apenas anestesia local. Objetivo: O presente estudo tem por objetivo analisar e descrever a técnica de biópsia por agulha grossa guiada por ultrassom. Resultados: As biópsias por agulha grossa são cômodas para os pacientes, de realização simples para o médico e com resultados mais ágeis pela baixa complexidade do procedimento. Conclusão: A Core biopsy é uma técnica vantajosa em vários aspectos. É financeiramente mais barata que as técnicas convencionais bem como mais confortáveis para as pacientes, além de agilizar o tratamento em função da agilidade na liberação de resultados.

PALAVRAS-CHAVE: MAMA, CORE BIOPSY, AGULHA GROSSA

ABSTRACT

The breast lesion biopsies, in general, tend to be invasive. In this context, the biopsy performed with a core needle guided by an ultrasound or by palpation of the lesion, presents as a good alternative, because of the simplicity of the technique and the convenience for the patients who will not need a surgical environment and will receive only local anesthesia. Objective: The present study aims to analyze and describe an ultrasound-guided thick needle technique. Results: Core needle biopsies are comfortable for patients, simpler to be performed by the physician and with faster results due to the low complexity of the procedure. Conclusion: Core biopsy is an advantageous technique in several aspects. It is cheaper than conventional methods as it is a more comfortable technique for the patient, since the results are faster to be released.

KEYWORDS: BREAST, CORE BIOPSY, CORE NEEDLE

INTRODUÇÃO

A biópsia por agulha grossa (core biopsy) permite o estudo histológico da lesão. É simples e relativamente confortável, amplamente disponível e ambulatorial. Pode ser orientada por ultrassonografia, mamografia ou ressonância magnética ou à mão livre quando a lesão for palpável. Também conhecida como biópsia de fragmento, tru-cut ou core biopsy, sendo mais barata que a mastotomia e a cirurgia. Utiliza-se um dispositivo ou pistola acionado com molas que propulsionam a agulha através da lesão. A agulha, que é descartável, tem em média 12 cm e calibre 14 G¹ (Figuras 1 e 2).

PRINCÍPIOS DO MÉTODO E REVISÃO DA LITERATURA

São obtidos de 3 a 5 fragmentos, sob anestesia local com lidocaína a 2%, e fixados em formol, que posteriormente serão processados e corados pela Hematoxilina-Eosina (HE) (Figuras 3 e 4).

Em comparação às outras técnicas de biópsia, a core biopsy é menos invasiva, e de menor custo que a mastotomia e cirurgia, não requerendo internação em ambiente hospitalar; proporcionando um resultado diagnóstico mais rápido, e conseqüentemente o início precoce do tratamento².

Os dispositivos de biópsia acessíveis no mercado, tam-

1. Universidade Federal de Goiás
2. Maternidade Aristina Cândida de senador Canedo

ENDEREÇO
PEDRO VINICYUS NOVAIS E SOUZA
R. 235, s/n - Setor Leste Universitário
Goiânia - GO, 74605-050

bém denominados de “pistola” contém molas que propulsionam a agulha através da lesão. A agulha, que é descartável, tem dois componentes que se encaixam de forma coaxial, a cânula e o mandril. O mandril apresenta uma pequena chanfradura de 1 a 2 cm, a depender do fabricante, na qual o fragmento é retido. Os fragmentos obtidos têm um diâmetro de 2 mm em média³.

A TÉCNICA

Após identificar a lesão na ultrassonografia, posiciona-se a paciente em decúbito lateral ou dorsal, facilitando o menor acesso da agulha. A agulha é posicionada paralelamente ao transdutor no sentido longitudinal, facilitando a visualização no mesmo plano de corte. Recomenda-se envolver o transdutor com preservativo para proteção do transdutor, da paciente e da equipe profissional, deixando-se uma camada de gel entre o transdutor e o preservativo. Procede-se uma antisepsia com álcool a 70% e anestesia local com 5 a 10 ml de lidocaína a 2%. Não é necessário o uso de campos cirúrgicos complexos e sim um ambiente que seja limpo e confortável para a paciente⁴.

Pratica-se um pertuito na pele com lâmina de bisturi número 11 ou 15, para facilitar a introdução da agulha. Esse pertuito pode ser feito com agulha rosa 40 x 12 ou branca 40 x 16 quando não se dispuser da lâmina de bisturi.

A agulha deve ser introduzida até que ela esteja quase encostada na lesão, ou seja, antes do nódulo, porém, sem ultrapassar o mesmo. Após certificar-se do posicionamento correto da agulha, efetua-se vários disparos em regiões diferentes do nódulo, superior, média e inferior, buscando regiões distintas da lesão⁵.

O número de fragmentos pode ser variável de 3 a 5, a depender da solidez e complexidade da lesão e experiência do examinador. Quando a biópsia é certa, um fragmento é suficiente para o diagnóstico histopatológico em parafina pela coloração hematoxilina eosina. No entanto, em virtude da realização da imunohistoquímica, que requer, no mínimo 4 lâminas para estudar RE, RP, HER2 e Ki-67, recomenda-se a retirada de pelo menos 3 fragmentos⁶.

Importante verificar o aspecto macroscópico dos fragmentos obtidos. As lesões malignas clássicas, como o carcinoma ductal infiltrante, geralmente produzem fragmentos sólidos e duros que submergem no formol. Nesses casos, 3 fragmentos são suficientes. Os carcinomas mucinosos ou medulares de alto grau, originam fragmentos macios, gelatinosos, por vezes fracionados, exigindo a retirada de 5 ou mais fragmentos. Já nas lesões benignas, os fragmentos geralmente são de aspecto macio, gorduroso, que flutuam no formol⁷.



Figura 1. Biópsia por agulha grossa ou core biopsy. Dispositivo ou pistola. Agulha descartável, 12 cm e calibre 14 G. Lâmina número 11 para incisão da pele e anestésico local.

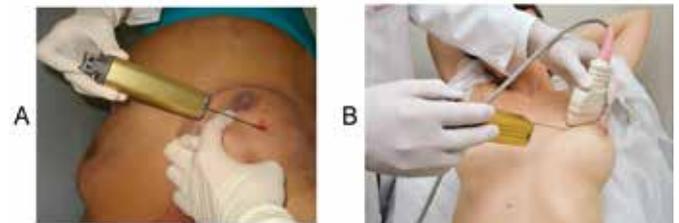


Figura 2. Biópsia por agulha grossa ou core biopsy. A. Mão livre. B. Guiada por ultrassonografia. C. Ultrassonografia de core biopsy. Agulha posicionada antes do disparo.

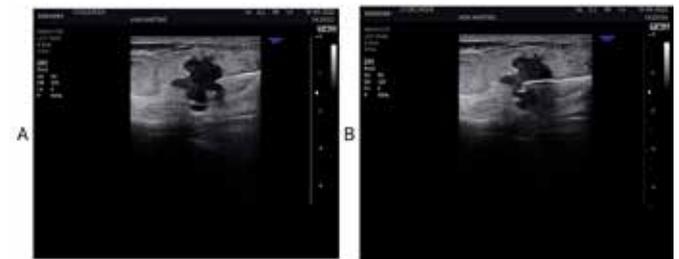


Figura 3. Ultrassonografia de core biopsy. Nódulo BI-RADS 5. A. Agulha posicionada antes do disparo. B. Agulha posicionada após o disparo.



Figura 4. Ultrassonografia de core biopsy. Nódulo BI-RADS 5. A. Agulha posicionada antes do disparo. B. Agulha posicionada após o disparo.

CONCLUSÃO

Realizada de forma menos invasiva, com relativo conforto, havendo disponibilidade ampla e sendo de menor custo, a biópsia por agulha grossa (core biopsy) se mostra uma alternativa relevante. O uso desse método é ainda retificado devido a seu resultado diagnóstico mais rápido, permitindo início precoce do tratamento. Para a realização da técnica, o médico deve estar arguido de conhecimento técnico e prático suficiente para a realização do procedimento em consonância com o acompanhamento dinâmico da ultrassonografia para observação do nódulo. No concernente ao exame histopatológico, deve-se retirar de 3 a 5 fragmentos, propiciando uma apropriada análise imuno-histoquímica de marcadores (RE, RP, HER2 e Ki-67)⁸.

REFERÊNCIAS

- 1- American College of Radiology. Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). 4th ed. Reston, VA: American College of Radiology, 2003.
- 2- Bland KI, Copeland III EM. The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Disorders. 3rd ed. St. Louis: Saunders; 2003.
- 3- Chagas CR, Menke CH, Vieira RJS, Boff RA. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.
- 4- Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Diseases of the Breast. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- 5- Kopans DB. Breast imaging. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.
- 6- Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 7ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- 7- Sickles EA. Periodic mammographic follow-up of probably benign lesions: results in 3,184 consecutive cases. Radiology 1991;179:463-8.
- 8- Sickles EA. Wolfe mammographic parenchymal patterns and breast cancer risk. AJR Am J Roentgenol. 2007;188(2):301-3.