

Biópsias percutâneas mamárias

Percutaneous breast biopsies

Selma di Pace Bauab¹

As biópsias percutâneas da mama guiadas por exames de imagem (estereotaxia, ultrassonografia e ressonância magnética) são talvez uma das maiores conquistas dos especialistas em imagem da mama, assim como a cirurgia conservadora, introduzida por Umberto Veronesi, foi para o cirurgião. Por meio dessas biópsias é possível diagnosticar o câncer de mama e o médico planejar, junto com a paciente, a cirurgia a ser realizada. A mulher tem tempo de assimilar um diagnóstico de câncer, sendo um ganho emocional importante. A biópsia percutânea tem, ainda, a vantagem de diminuir o número de indicações cirúrgicas e de aumentar a chance do diagnóstico precoce.

Até um passado recente, o padrão ouro na avaliação das alterações não palpáveis encontradas nos exames por imagem era o agulhamento pré-cirúrgico, feito por método de imagem, seguido da cirurgia. Mesmo assim, a literatura mostra falha em remover a lesão na cirurgia, por diferentes motivos^(1,2). Em 1990, Steve Parker publicou o primeiro trabalho comparando a *core biopsy* com a biópsia cirúrgica, demonstrando ser um procedimento seguro e reprodutível. Em 1995, Parker introduziu a biópsia a vácuo, com a finalidade de obtenção de quantidade maior de material, aproximando mais a correlação imagem/histopatologia⁽²⁻⁴⁾. Essas técnicas se desenvolveram, foram avaliadas e comparadas entre si e com a biópsia cirúrgica. Elas também nos ensinaram quais os diagnósticos menos confiáveis por esta abordagem e quais necessitam prosseguimento na investigação cirúrgica e quais não⁽¹⁻⁴⁾.

A análise de custo também demonstrou que este é menor na biópsia percutânea do que na cirúrgica, além de evitar internação, afastamento do trabalho e cicatrizes e deformidades na mama⁽³⁾.

A biópsia percutânea da mama demonstrou, por meio de múltiplos trabalhos, baixas taxas de falso-negativos, sendo um procedimento seguro que, entretanto, necessita protocolos para otimizar a escolha do método para diferentes lesões, correlação entre a imagem e o diagnóstico histopatológico das lesões benignas e malignas e seguimento das pacientes com diagnóstico de benignidade^(4,5).

Talvez o maior problema encontrado não seja a segurança do método e sim sua indicação. Muitas interpretações errôneas dos achados de imagem levam a indicações inadequadas de

biópsias, aumentando seu número, principalmente na ultrassonografia. Nesta, o valor preditivo positivo das biópsias varia de 9% a 12%, mas um trabalho realizado em Connecticut, após a introdução da legislação sobre a mama densa, demonstrou que com maior experiência e confiança no método, foi possível aumentar o valor preditivo positivo de 6,5% para 25%⁽⁵⁾.

O trabalho publicado neste número da **Radiologia Brasileira**, “Biópsia a vácuo guiada por ressonância magnética: experiência e resultados preliminares de 205 procedimentos”⁽⁶⁾, realizado em clínica privada, demonstra todos os requisitos exigidos para este tipo de biópsia: indicação geralmente adequada, com uma taxa de malignidade de 21%; método ideal (biópsia a vácuo), visto que as lesões só eram vistas na ressonância magnética, sendo esta a abordagem adequada neste caso; domínio da técnica. A biópsia a vácuo guiada por ressonância magnética não está disponível facilmente em nosso meio, principalmente em razão do seu custo. Este é um trabalho importante, pois traz este procedimento para mais perto de nossa realidade, com resultados comparáveis aos da literatura, podendo ser reprodutível com sucesso. Ainda no trabalho avalia-se a utilização correta da classificação BI-RADS na ressonância magnética, demonstrando mais uma vez, como já mencionado, a importância da análise da imagem para sua classificação e indicação de investigação.

O acompanhamento das pacientes com diagnóstico de benignidade é importante e, assim como mencionamos no início, a biópsia percutânea da mama revolucionou a especialidade, mas necessita de comprometimento do radiologista e abordagem multidisciplinar com o patologista e o cirurgião.

REFERÊNCIAS

1. Moitinho MSP, Elias S, Kemp C, et al. Acurácia diagnóstica da biópsia percutânea com agulha grossa orientada por estereotaxia nas lesões mamárias categoria BI-RADS® 4. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29:608-13.
2. Canella EO. Percutaneous biopsy in radiological imaging of the breast. *Radiol Bras.* 2016;49(2):ix.
3. Liberman L. Centennial dissertation. Percutaneous imaging-guided core breast biopsy: state of the art at the millennium. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;174:1191-9.
4. Rargeth CJ, O'Flynn EA, Comstock C, et al. First International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions). *Breast Cancer Res Treat.* 2016;159:203-13.
5. Berg WA. Current status of supplemental screening in dense breasts. *J Clin Oncol.* 2016. pii: JCO658674. [Epub ahead of print].
6. Carneiro GAC, Arantes Pereira FP, Lopes FPPL, et al. Magnetic resonance imaging-guided vacuum-assisted breast biopsy: experience and preliminary results of 205 procedures. *Radiol Bras.* 2018;51:351-7.

1. Mama Imagem, São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: sbauab@mamaimagem.com. <https://orcid.org/0000-0002-1296-2165>.

