

cutâneos são frequentemente envolvidos A possibilidade de preservação esta relacionada a distância do tumor à pele, extensão do tumor ao sistema ductal retroareolar e ao desejo do paciente associada a um resultado estético adequado.

CONCLUSÃO: Concluem os autores que a neoplasia mamária maligna masculina in situ é um evento pouco frequente, todavia a possibilidade cirúrgica com preservação cutânea e de anexos é viável, necessitando cuidados na avaliação de margens e sua extensão ao componente

2680

ROLL LINFODO INTRAMÁRIO SUSPEITO- RELATO DE CASO

ROGERIO GROSSMANN

SCMPA - Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

INSTITUIÇÃO: Clínica Grossmann – Realizado Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - Hospital Santa Rita

OBJETIVO: O objetivo do trabalho é um relato de caso de uma paciente com tumor de mama com 30 mm e imagem sugestiva de nódulo satélite e ou linfonodo intramamário suspeito.

RELATO DE CASO: M.R.M 67 anos, veio a consulta para avaliação nódulo de mama de 30 mm à direita. O exame clínico e radiológico sugeriram lesão mamária com cerca de 3,0 cm e a presença de alteração no exame de mamografia sugerindo nódulo satélite e ou linfonodo intramamário suspeito. Realizou RM(ressonância magnética) sugestiva de nódulo de cerca de 31 mm e nódulo satélite suspeito. Realizado setor (nódulo cerca de 30 mm, CDI) e agulhamento e L.S (intramamário positivo malignidade) e linfonodos axilares (2) negativos. AGO G3P3, menarca 11 anos, menopausa 53. Antecedentes mórbidos HAS. Antecedentes familiares, ausência neoplasia mamária, anexial ou colônica.

DISCUSSÃO: À medida que melhoramos a imagem e associamos técnicas de investigação identificamos variáveis múltiplas de conduta. A técnica do linfonodo sentinela esta sedimentada como padrão de conduta no mundo. Apesar do conhecimento aprofundado, a literatura esbarra em situações pontuais de manejo exclusivo de linfonodo intramamário positivo e axila negativa ilustrado no relato e caso. Segundo Intra et. al., a presença exclusiva do linfonodo intramamário positivo, o manejo deve ser individualizado para axila. Conclui o autor que a positividade intramamária eleva o estadiamento, mas não é indicativo de doença metastática axilar. Intra et. al. em publicação anterior compararam porcentagem de recidiva e sobrevida entre mulheres com L.S intramamário positivo exclusivo e axilar exclusivo. Os resultados não demonstraram diferenças significativas de recidiva e prognóstico 0 & 7% e 0 & 9% respectivamente.

CONCLUSÃO: O trabalhos sugerem que pacientes com LS positivo não apresentam risco adicional de recidiva e morte em relação a axila positiva isolada. A técnica ideal para identificação transoperatória é utilização gama probe para este tipo de situação e manejo conservador axilar deve ser estimulado na presença isolada L.S.I positivo

2689

VALIDAÇÃO CLÍNICA DA ANÁLISE DE MARCADORES DE CARCINOMA MAMÁRIO UTILIZANDO A TECNOLOGIA DO TISSUE MICROARRAY (TMA).

JEFFERSON DANIEL KUNZ; JORDAN BOEIRA DOS SANTOS; EMILY FERREIRA SALLES PILAR; CARINA MACHADO COSTAMILAN HENRIQUES; DIEGO DE MENDONCA UCHOA ; LUIS FERNANDO DA ROSA RIVERO ; MARCIA SILVEIRA GRAUDENZ ; RUBIA DENISE RUPPENTHAL

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, há elevado investimento anual do SUS em exames anatomopatológicos (AP), especialmente na imunohistoquímica (IHC), de alto custo unitário. O tissue microarray (TMA), já consagrado na pesquisa, permite a avaliação simultânea de um número elevado de casos em um único bloco de parafina.

OBJETIVO: validar o uso do TMA na IHC visando à otimização de recursos do SUS empregados em AP. **MÉTODO:** os AP de 268 casos de carcinoma mamário arquivados foram revisados, seguido da seleção da área do tumor a ser puncionada e montagem do TMA. Seções de 10 TMA foram coradas por IHC para 4 marcadores (RE, RP, HER2 e KI67). O resultado de leitura dos TMA por dois patologistas cegados foi comparado ao do laudo original e entre si para cálculo de acurácia diagnóstica. **RESULTADOS:** Na comparação das leituras dos TMA feita por cada patologista versus o laudo original, observaram-se percentuais semelhantes e de elevada concordância diagnóstica, variando de 80 à 94%. A análise Kappa (IC=95%) revelou concordância substantiva (k entre 0,61 - 0,77, p<001) para todos os marcadores avaliados, à exceção do RE que para um dos patologista teve concordância quase perfeita [k=0,82(0,74-0,900, p<0,01]. Observou-se uma menor concordância, pelos dois patologistas, nas leituras de RP [k=0,61 (0,5-0,70), p<0,01] e de KI67 [k=0,62 (0,52-0,71), p<0,01]. Na comparação das leituras dos TMA pelo patologista 1 versus patologista 2, observou-se elevada concordância diagnóstica, variando de 90 à 98% (k entre 0,81 - 0,93, p<0,01) e resultando em concordância quase perfeita para todos marcadores. Na definição de subtipos tumorais, em 84,5 % a leitura do TMA resultou no mesmo subtipo tumoral do laudo original. Entre os casos discordantes, 92,3% foram do subtipo luminal (A ou B). Como método diagnóstico, o TMA revelou sensibilidade (%) e especificidade (%) de 79 e 85 para RE, 83 e 83 para RP, 76 e 97 para HER2 e 88 e 73 para KI67. **CONCLUSÕES:** O TMA apresenta índices elevados de concordância diagnóstica em relação ao laudo original e entre os patologistas entre si. Essa concordância é menor para os marcadores RP e KI67, podendo esta limitação impactar na diferenciação dos tumores do subtipo luminal. A sensibilidade e especificidade variam dependendo do marcador, porém bastante específica na detecção de HER2. TMA é um método adequado para avaliação por IHC de marcadores em carcinoma mamário, podendo ser considerada sua implantação gradual na rotina diagnóstica.