

São Paulo, 22 de novembro de 2024.

NOTA TÉCNICA sobre:

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA MAMOGRAFIA PARA REALIZAÇÃO DA ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA

- **No rastreamento (paciente assintomática):**

A Comissão Nacional de Mamografia do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem em conjunto com a Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda a realização da **mamografia como método de rastreamento do câncer de mama** com periodicidade anual.

A idade de início do rastreamento mamográfico é definida pelo risco de desenvolver o câncer de mama. Mulheres com risco populacional usual devem iniciar o rastreamento mamográfico aos 40 anos. Já para mulheres com risco aumentado, o rastreamento mamográfico pode iniciar mais precocemente (não antes dos 30 anos). Essa população de risco aumentado inclui mulheres com forte história familiar de câncer de mama (risco ao longo da vida $\geq 20\%$), mutação patogênica de genes relacionados à predisposição ao câncer de mama, história pessoal de radiação torácica em idade jovem, história pessoal de câncer de mama, biópsia mamária com histopatológico de hiperplasia lobular atípica, hiperplasia ductal atípica ou carcinoma lobular in situ (1).

A ultrassonografia **não é recomendada como método isolado para o rastreamento**, ou seja, não substitui a mamografia. O rastreamento ultrassonográfico deve ser realizado como método suplementar em situações específicas, como em mulheres com mamas densas ou pacientes com risco aumentado, quando a ressonância magnética estiver indicada, mas não puder ser realizada (1).

A avaliação isolada pela ultrassonografia reduz a eficácia do rastreamento porque pode fornecer informação incompleta sobre as mamas. A ultrassonografia tem menor sensibilidade que a mamografia na detecção de calcificações mamárias, que podem representar carcinomas ductais *in situ* ou invasivos. Além disso, a ultrassonografia pode não demonstrar algumas lesões isoecoicas em mamas adiposas e ter acurácia reduzida na identificação de alguns subtipos de neoplasias como, por exemplo, carcinomas lobulares invasivos ou pequenos carcinomas mucinosos (2-5).

Adicionalmente, no contexto em que a mamografia de rastreamento identifica um achado de imagem relevante, a ultrassonografia assume caráter diagnóstico, auxiliando na caracterização de nódulos e assimetrias e permitindo a avaliação da possibilidade de guiar biópsia de lesões mamárias suspeitas, otimizando a definição diagnóstica.

Portanto, é recomendável a realização da mamografia antes da ultrassonografia quando o rastreamento conjunto está indicado.

- **Na avaliação de pacientes sintomáticas:**

O cenário diagnóstico abrange uma ampla variedade de situações clínicas, incluindo pacientes com queixas palpáveis, fluxo papilar patológico e alteração cutânea.

Para mulheres sintomáticas com 40 anos ou mais, a mamografia deve fazer parte da avaliação inicial, com ultrassonografia complementar se for necessária. No entanto, em mulheres abaixo dos 40 anos, pacientes gestantes ou homens com menos de 25 anos, a ultrassonografia diagnóstica pode ser o exame inicial para avaliação de sintomas mamários (6,7). Nestes casos, quando o exame ultrassonográfico não é conclusivo, quando há achados suspeitos ou para estadiamento, a mamografia complementar está indicada.

A ultrassonografia diagnóstica apresenta as mesmas limitações técnicas que no contexto do rastreamento e a correlação com a mamografia também pode aumentar a detecção de lesões mamárias (8). Entretanto, a diferença fundamental é que, na presença de sintomas ou sinais clínicos, a probabilidade pré-teste para o diagnóstico de uma lesão maligna é maior, ou seja, há um risco aumentado para detecção de câncer de mama, justificando cautela e ponderação para evitar possíveis atrasos no diagnóstico (6,7,9,10).

- **Perguntas frequentes:**

1. Se a mamografia for indicada, é obrigatório realizá-la antes da ultrassonografia?

Não existe obrigatoriedade, mas recomendação técnica.

A ausência do exame mamográfico no momento da ultrassonografia pode ocorrer por diversos motivos, incluindo desde problemas no agendamento, dificuldade no acesso às imagens digitais, esquecimento, falta de informação sobre a necessidade de correlação entre os métodos, ou mesmo a recusa em realizar a mamografia.

Outro ponto importante é que a indicação do exame de ultrassonografia, como rastreamento ou diagnóstico, pode não estar explícita ou corretamente descrita no pedido médico.

Como as situações clínicas e seus contextos variam, não há uma conduta única a ser seguida. Não é possível determinar que a realização da ultrassonografia seja feita apenas na presença da mamografia, nem assumir que a ultrassonografia isolada pode definir um diagnóstico em todas as situações clínicas.

Portanto, é o médico imaginologista, que no momento do exame ultrassonográfico, tem a responsabilidade e a expertise necessárias para definir a conduta que julgar adequada, levando em consideração o motivo da ausência da mamografia, a verdadeira indicação do exame ultrassonográfico e as demais particularidades relevantes da paciente.

Este também é um momento oportuno para assegurar que a paciente compreenda a importância da mamografia e de sua correlação com a ultrassonografia. Este entendimento fortalece a relação médico-paciente e melhora a cooperação da mesma em relação ao desfecho definido: seja a remarcação da ultrassonografia para realização ou disponibilização da mamografia, seja a realização do exame ultrassonográfico com correlação mamográfica retrospectiva ou sem qualquer correlação.

Sempre que o médico imaginologista julgar que a acurácia do seu exame ultrassonográfico e do seu diagnóstico foi prejudicada pela ausência ou não disponibilidade da mamografia ou outro dado clínico importante, uma nota pode ser adicionada no laudo. Nesta nota podem ser registradas as orientações e esclarecimentos fornecidos à paciente conjuntamente com as possíveis limitações que o exame ultrassonográfico possa apresentar em relação ao caso específico.

2. O médico pode se recusar a realizar o exame de ultrassonografia agendado caso o paciente não apresente a mamografia?

É importante ressaltar que o médico possui autonomia em suas decisões, um direito assegurado pelo Código de Ética Médica. Ele pode recusar-se a realizar atos médicos que conflitam com seus princípios pessoais, no entanto, essa recusa não é justificável quando acarreta riscos à saúde do paciente. Assim, a negativa em realizar um exame ultrassonográfico sem uma avaliação prévia do caso clínico pode ser prejudicial e, portanto, não é recomendável.

3. Qual a categoria BI-RADS® utilizada nestes casos? BI-RADS® 0 (exame incompleto) ou a categoria referente aos achados observados (BI-RADS® 1 a 6)?

A categoria 0 poderá ser empregada nos casos em que exista um achado específico na ultrassonografia para o qual a avaliação complementar com a mamografia contribui para a classificação final. Por exemplo, um nódulo sólido-cístico que pode corresponder a uma esteatonecrose típica na mamografia.

Nas situações de ultrassonografia sem achados, com achados benignos, provavelmente benignos ou ainda suspeitos, recomenda-se inserir a categoria referente às alterações visualizadas no exame.

Referências:

1. Urban LABD, Chala LF, Paula IB, Bauab SP, Schaefer MB, Oliveira ALK, Shimizu C, Oliveira TMG, Moraes PC, Miranda BMM, Aduan FE, Rego SJF, Canella EO, Couto HL, Badan GM, Francisco JLE, Moraes TP, Jakubiak RR, Peixoto JE. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. Radiol Bras. 2023 Jul/Ago;56(4):207–214.
2. Kim MJ, KIM JY, Youk JH, Moon HJ, Son EJ, Kwak JY, Kim EK. How to find an isoechoic lesion with breast US. Radiographics. 2011 May-Jun; 31(3):663-76. doi:10.1148/rg.313105038. PMID:21571650.
3. Uematsu T. Ultrasonographic findings of missed breast cancer: pitfalls and pearls. Breast Cancer. 2014 Jan;21(1):10-9. doi: 10.1007/s12282-013-0498-7. Epub 2013 Oct 8. PMID: 24101546.

4. Park JM, Yang L, Laroia A, Franken EA Jr, Fajardo LL. Missed and/or misinterpreted lesions in breast ultrasound: reasons and solutions. *Can Assoc Radiol J*. 2011 Feb;62(1):41-9. doi: 10.1016/j.carj.2010.09.002. Epub 2010 Oct 14. PMID: 20947291.
5. Soo MS, Baker JA, Rosen EL. Sonographic detection and sonographically guided biopsy of breast microcalcifications. *AJR Am J Roentgenol*. 2003 Apr;180(4):941-8. doi: 10.2214/ajr.180.4.1800941. PMID: 12646433.
6. Expert Panel on Breast Imaging; Klein KA, Kocher M, Lourenco AP, Niell BL, Bennett DL, Chetlen A, Freer P, Ivansco LK, Jochelson MS, Kremer ME, Malak SF, McCrary M, Mehta TS, Neal CH, Porpiglia A, Ulaner GA, Moy L. ACR Appropriateness Criteria® Palpable Breast Masses: 2022 Update. *J Am Coll Radiol*. 2023 May;20(5S):S146-S163. doi: 10.1016/j.jacr.2023.02.013. PMID: 37236740.
7. Expert Panel on Breast Imaging; Sanford MF, Slanetz PJ, Lewin AA, Baskies AM, Bozzuto L, Branton SA, Hayward JH, Le-Petross HT, Newell MS, Scheel JR, Sharpe RE Jr, Ulaner GA, Weinstein SP, Moy L. ACR Appropriateness Criteria® Evaluation of Nipple Discharge: 2022 Update. *J Am Coll Radiol*. 2022 Nov;19(11S):S304-S318. doi: 10.1016/j.jacr.2022.09.020. PMID: 36436958.

8. Houssami N, Irwig L, Simpson JM, McKessar M, Blome S, Noakes J. The influence of knowledge of mammography findings on the accuracy of breast ultrasound in symptomatic women. *Breast J.* 2005 May-Jun;11(3):167-72. doi: 10.1111/j.1075-122X.2005.21643.x. PMID: 15871700.
9. Barton MB, Elmore JG, Fletcher SW. Breast symptoms among women enrolled in a health maintenance organization: frequency, evaluation, and outcome. *Ann Intern Med* 1999; 130:651–657
10. Tan, Antoinette R. "Cutaneous manifestations of breast cancer." *Seminars in oncology*. Vol. 43. No. 3. WB Saunders, 2016.