

VALOR DIAGNÓSTICO DA BIÓPSIA ASPIRATIVA COM AGULHA FINA EM PATOLOGIAS TUMORAIS DA REGIÃO DA CABEÇA E PESCOÇO*



Paulo Campos Carneiro **
Anísio Costa Toledo ***

INTRODUÇÃO

Este método foi inicialmente descrito por MARTIN⁶ em 1930 e apesar de pouco difundido em nosso meio é largamente utilizado há algumas décadas nos países escandinavos e outros países europeus, sendo nos últimos anos também nos Estados Unidos da América. Ele tem como objetivos a diferenciação de processos neoplásicos benignos ou malignos dos não neoplásicos, além da identificação de processos inflamatórios, tanto para classificação, como para identificação dos agentes etiológicos nos processos específicos e outros.

Consiste na introdução de uma agulha fina na tumoração a ser explorada para obtenção, através de pressão negativa, de pequena quantidade de tecido e realização de exame citológico.

É um ótimo método de triagem, sendo diagnóstico em um certo número de casos para tumorações em diversos órgãos devido à fácil realização. Pode ser realizado em ambulatório na maioria das vezes, sem preparo prévio ou anestesia; é seguro, praticamente indolor e a rapidez de interpretação, a alta acuidade e o baixo custo são suas principais características.

Apesar de sua utilização ser rotineira em diversos órgãos, nossa experiência se estende principalmente a processos topograficamente localizados na cabeça e pescoço (tireóide, linfonodos, tumorações superficiais e glândulas salivares). Órgãos internos, tais como pâncreas, fígado, ovários, massas retro peritoneais, pulmões e outros podem ser atingidos com o auxílio de Radiologia, ultrassonografia e/ou laparoscopia⁵

TÉCNICA

Para o procedimento em questão são necessários:

Trabalho realizado no Depto. de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e na Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Médico Assistente do Laboratório de Investigação Médica (LIM-05) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

*** Professor Titular do Depto. de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Chefe da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

1. Agulha fina (diâmetro externo de 0,6 a 1,2 mm) com 30 a 150 mm de comprimento.
2. Seringa descartável (10 a 20 ml).
3. Lâminas.
4. Fixador.
5. Dispositivo para realizar a pressão negativa na seringa³ (este instrumento não é usado no nosso serviço, sendo realizada a pressão negativa manualmente).

A agulha fina não deve ser confundida com a do tipo Vim Silvermann ou Menghini (1,5 a 3,0 mm de diâmetro externo) cujo objetivo é obter material para preparação histológica.

Inicialmente faz-se antissepsia da pele na região a ser biopsiada. Pode ser feita anestesia local com lidocaína, porém é dispensado em nosso serviço devido ao pequeno calibre da agulha.

Após ser introduzida a agulha conectada a seringa na tumoração, faz-se pressão negativa puxando-se o êmbolo. Neste momento move-se a agulha no interior do processo, tomando-se o cuidado para traumatizar o mínimo possível a região. Retira-se a pressão negativa vagarosamente pela volta do êmbolo a posição inicial e após isto a agulha é retirada da lesão. O material obtido (geralmente poucas gotas de líquido) é colocado na lâmina fazendo-se o esfregaço em seguida. A fixação pode ser feita colocando-se a lâmina imediatamente em álcool a 95° para ser corado pelo método de Papanicolau ou ser secado ao ar e corado pelo método de May-Grünwald-Giemsa ou hematoxilina-eosina. Nas fotos 1 e 2 observamos o material que é habitualmente representado. Os casos em que o material é insuficiente para diagnóstico devem ser puncionados novamente.

DISCUSSÃO

A biópsia aspirativa com agulha fina em patologias tumorais da região de cabeça e pescoço é um ótimo método de triagem no sentido de que em pouco tempo fornecer dados de malignidade ou benignidade do processo em foco, podendo proporcionar condutas terapêuticas imediatas ou então dirigir a indicação para outras condutas diagnósticas.

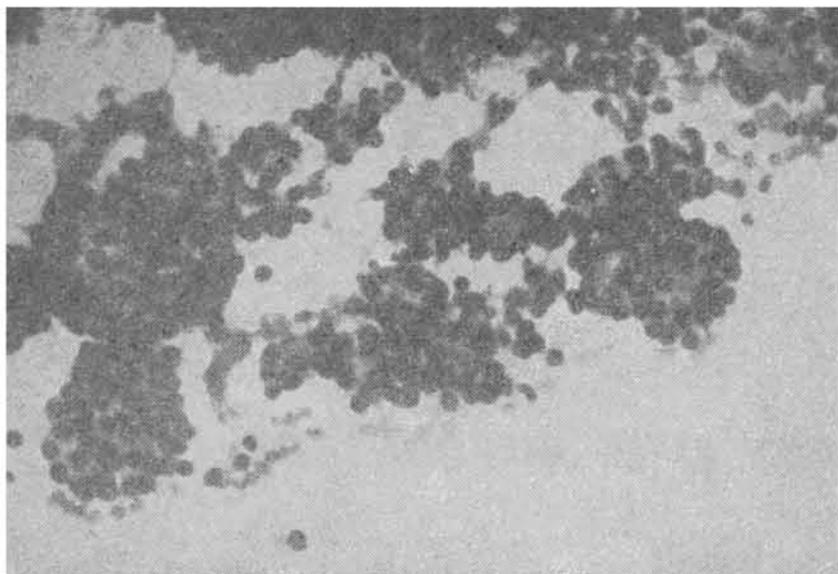


Fig. 1 — Material obtido por aspiração de tumoração em calota craneana. Nota-se a presença de grande quantidade de células epiteliais (Papanicoleou 250 X).

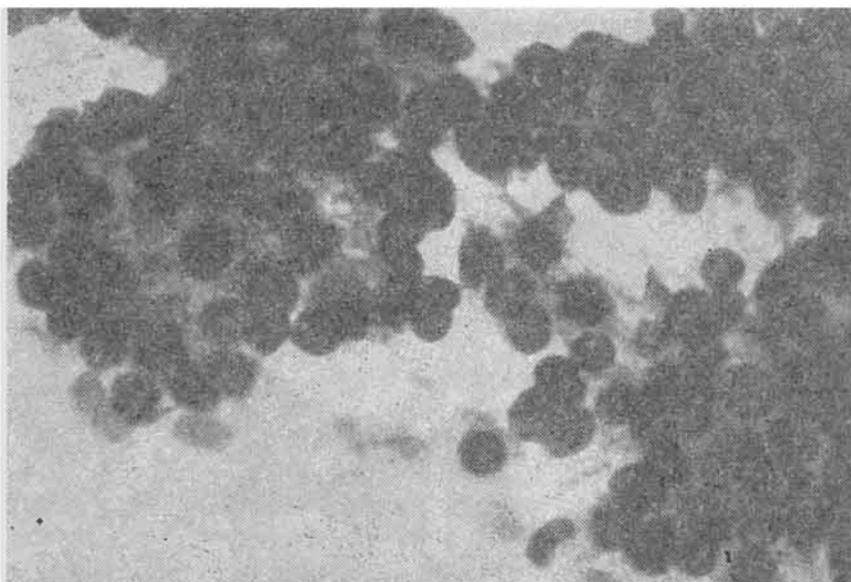


Fig. 2 — Maior aumento do mesmo caso da fig. 1 mostrando formação de folículos. Trata-se de um caso de metástase de carcinoma folicular de tireóide (Papanicolaou 600 X).

Cada órgão tem sua particularidade de realização e interpretação, sendo por esta razão de inestimável importância a integração do médico responsável pelo paciente com o patologista e em alguns órgãos internos com o radiologista ou ultrassonografista, para biópsias dirigidas.

As biópsias aspirativas de tireóide realizadas sistematicamente indicam casos suspeitos ou positivos para

malignidade em menos de 10% dos casos de nódulos frios, segundo Droese (1978)² e Pfannenstiel (1976)⁸ e segundo Crile e col.¹ em 82% dos pacientes com nódulos palpáveis é possível descartar a presença de câncer em áreas suspeitas. A acuidade do método combinando os diagnósticos positivos e suspeitos é próximo a 91% segundo Kline⁵.

Nos linfonodos da região da cabeça e pescoço, o método tem se mostrado extremamente útil em casos de neoplasias metastáticas ou linfomas pouco diferenciados, assim como na identificação de processos inflamatórios específicos não sendo um método preciso para o reconhecimento de linfomas moderadamente ou bem diferenciados⁵.

As complicações ocasionadas pelo método relatadas são pouco significativas e se limitam a pequenos hematomas nas lesões superficiais.

Não houve ocorrência de implante do tumor no trajeto da agulha após a biópsia em 10 anos de observação em 157 pacientes com adenoma pleomórfico de glândula salivar ou durante 5 anos em 469 pacientes com carcinoma prostático tratados somente com hormônios⁴ e vários estudos de biópsias em metástases em linfonodos não aumenta a liberação de células cancerosas nos linfáticos eferentes⁷.

CONCLUSÃO

A biópsia aspirativa com agulha fina é um método que devido a facilidade de execução, rapidez de interpretação, alta acuidade e baixo custo torna-se extremamente útil na triagem de pacientes com tumorações em praticamente todos os órgãos do corpo humano, devendo por isto ser desenvolvido e aprimorado em nosso meio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crile Jr., G.; Esselstyn Jr., C. B. & Hawk, W. A. — Needle biopsy in the diagnosis of thyroid nodules appearing after radiation. *N. Engl. J. Med.*, **301**: 997-999, 1979.
2. Droese, M. — Die Zytologie der Schilddrüsenerkrankungen. *Therapiewoche*, **28**: 8945, 1978.
3. Droese, M. — Cytological Aspiration Biopsy of the Thyroid Gland. F. K. Schattner, Verlag Stuttgart, 1980.
4. Engzell, U.; Esposti, P. L.; Rubiv, C.; Sigurdson, A. & Zajicek, J. — Investigation on tumor spread in connection with aspiration biopsy. *Acta Raciol. (Ther.)*, **10**: 385-398, 1971.
5. Kline, T. S. — Handbook of fine needle aspiration biopsy cytology. The C. V. Mosby Company. St. Louis, 1981.
6. Martin, H. E. & Ellis, E. B. — Biopsy by needle puncture and aspiration. *Ann. Surg.*, **92**: 169-181, 1930.
7. Novellino, P.; Oliveira, C. A. B.; Rossi, J. & Victor Jr., A. F. — Punção aspirativa com agulha fina nas tireoideopatias. *Arq. bras. Med.*, **56** (2): 65-66, 1982.
8. Pfannenstiel, P. — Der maligne Solitärknoten der Schilddrüse. *Med. Welt.*, **27**: 2119, 1976.