

São Paulo, 26 de abril de 2021.

RECOMENDAÇÕES PARA LAUDO DE UM PROCEDIMENTO DE MARCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DE LESÃO MAMÁRIA

A marcação de uma lesão mamária antes do procedimento cirúrgico tem objetivo de permitir a ressecção segura da lesão com a remoção do menor volume de parênquima preservado ao redor. Para isso deve ser utilizado como guia o método no qual a lesão é melhor identificada, podendo ser a **mamografia, tomossíntese, ultrassonografia ou ressonância magnética**. Nesse contexto, podem ser utilizados vários materiais para a marcação, como: **fio metálico, corante** (azul de metileno ou carvão ativado), **radioisótopo marcado** (*Radioguided Occult Lesion Localization*), entre outros. É uma técnica segura e bem tolerada pelas pacientes. Raramente apresenta complicações, podendo estar relacionadas a reação vaso-vagal, hematoma ou dor.

O laudo do procedimento de marcação pré-operatória é fundamental para a correta comunicação entre o médico que realizou o procedimento e o cirurgião, descrevendo a posição exata da lesão, contribuindo para o êxito do procedimento cirúrgico. Nele deve constar:

I. Marcação pré-operatória guiada pelo método biplanar ou pela estereotaxia (mesas dedicadas ou unidades acopladas nos aparelhos de mamografia ou tomossíntese):

a) História clínica

b) Descrição do tipo de lesão

c) Localização da lesão: lateralidade, quadrante e terço da mama (outras informações são opcionais, porém recomendáveis: horário, distância da papila, distância da pele e distância do músculo peitoral).

d) No caso específico de marcação com fio metálico é obrigatório descrever a distância da ponta e/ou porção espessa do arpão até a margem da lesão e a distância da entrada da pele até a margem lesão;

II. Marcação pré-operatória guiada pela ultrassonografia:

a) História clínica

b) Descrição do tipo de lesão

c) Localização da lesão: lateralidade, quadrante, horário, distância da papila e distância da pele (outras informações são opcionais, porém recomendáveis: distância do músculo peitoral/terço da mama).

d) No caso específico de marcação com fio metálico é obrigatório descrever a distância da ponta e/ou porção espessa do arpão até a margem da lesão e a distância da entrada da pele até a margem da lesão;

III. Marcação pré-operatória guiada pela ressonância magnética:

a) História clínica

b) Descrição do tipo de lesão

c) Localização da lesão: lateralidade, quadrante, horário, distância da papila e distância da pele (outras informações são opcionais, porém recomendáveis: distância do músculo peitoral/terço da mama).

e) No caso específico de marcação com fio metálico é obrigatório relatar a distância da ponta até a lesão e a distância da entrada da pele até a lesão;

A documentação do procedimento de marcação pré-operatória também é essencial para o cirurgião. Quanto a essa documentação, é recomendável:

I. Marcação pré-operatória guiada pelo método biplanar ou pela estereotaxia (acopladas nos aparelhos de mamografia ou tomossíntese):

a. No caso de marcação com fio metálico é obrigatório documentar a relação da **ponta e da porção espessa** do fio metálico com a **lesão** nos dois planos ortogonais (incidências mamográficas em craniocaudal e perfil) ou nas **duas incidências estereotáxicas** (incidências estereotáxicas em +15 e -15);

b. Nos casos de marcação com carvão ativado ou ROLL é obrigatório documentar a **ponta da agulha no interior** da lesão nos dois planos ortogonais (incidências mamográficas em craniocaudal e perfil) ou nas **duas incidências estereotáxicas** (incidências estereotáxicas em

+15 e -15); por outro lado, é opcional o uso de contraste radiopaco junto com o marcador na lesão;

c. A marcação da projeção da lesão na pele é opcional, porém recomendável, em todos os tipos de marcação;

d. A radiografia da peça cirúrgica permite a confirmação da ressecção da lesão marcada pelos métodos biplanar ou estereotaxia, devendo o cirurgião encaminhá-la para o serviço de radiologia mais próximo ou conveniente.

II. Marcação pré-operatória guiada pela ultrassonografia

a. **Na marcação com fio metálico** é obrigatório documentar a agulha no interior da lesão, nos planos ortogonais (longitudinal e transversal); **é opcional, porém recomendável**, fazer uma incidência mamográfica após a marcação para demonstrar a posição do fio em relação à lesão, nos casos em que a lesões tiver tradução mamográfica;

b. **Nos casos de marcação com carvão ativado ou ROLL é obrigatório** documentar a **ponta da agulha no interior da lesão nos dois planos ortogonais** (longitudinal e transversal); é opcional, porém recomendável, documentar a lesão após a injeção do material (nota-se área ecogênica na topografia da injeção); enfatizamos que alguns cuidados são essenciais nesse tipo de marcação: recomenda-se que a injeção do corante ou radiofármaco seja feita no interior do nódulo, porém se a lesão for endurecida, impossibilitando a sua injeção, deve-se injetar junto a porção posterior da lesão, para permitir sua excisão durante a cirurgia; no caso de lesões intraductais, também injetar junto a porção posterior da parede do ducto, para impedir a disseminação do material pelo sistema ductal;

c. A marcação da projeção da lesão na pele é opcional, porém recomendável, em todos os tipos de marcação;

III. Marcação pré-operatória guiada pela ressonância magnética:

a. **Na marcação com fio metálico** é obrigatório documentar a agulha no interior da lesão, nos planos ortogonais (axial e longitudinal), através de sequencias originais ou reconstrução;

b. **Nos casos de marcação com carvão ativado ou ROLL é obrigatório** documentar a **ponta da agulha no interior da lesão nos dois planos** (axial e sagital), através de sequencias originais ou reconstrução;

c. A marcação da projeção da lesão na pele é opcional, porém recomendável, em todos os tipos de marcação;

Atenciosamente,

Comissão Nacional de Mamografia do CBR