



Jorge Villanova Biazus
 Carlos Henrique Menke
 José Antonio Cavalleiro
 Eliane Goldberg Rabin
 Chrystiane da Silva Marc
 Clarissa Bacha Berti
 Carolina Peukert

RELAÇÃO ENTRE MARGEM CIRÚRGICA E RECIDIVA LOCAL NO TRATAMENTO CONSERVADOR DO CÂNCER DE MAMA

Rev bras Mastol 2000; 10 (2): 55-62

*Serviço de Mastologia do Hospital
 de Clínicas de Porto Alegre.*

UNITERMOS

Câncer de mama;
 Tratamento conservador;
 Margem cirúrgica;
 Recidiva local.

RESUMO

Os fatores prognósticos característicos das pacientes e/ou do tumor, assim como as medidas complementares ao tratamento cirúrgico, podem estar associados a um aumento do risco de recidiva local de câncer de mama nas pacientes submetidas a tratamento conservador. A literatura diverge muito quanto à influência desses fatores na taxa de recorrência local; contudo, a importância do comprometimento da margem cirúrgica é consenso. Afim de relacionar a extensão da margem de ressecção livre de tumor e a presença de recidiva local, bem como outras características do tumor associadas à recidiva, foi realizada análise retrospectiva de 219 pacientes submetidas a tratamento conservador de câncer de mama. A taxa de recidiva foi de 17,8%. Pacientes com margens de menor risco (livre acima de 0,5 cm), radioterapia, *boost* e idade acima de 45 anos apresentaram menores taxas de recidiva, não sendo, no entanto, estatisticamente significantes. As demais características histológicas do tumor (tamanho do tumor, grau histológico, invasão, comprometimento de linfonodos, necrose e receptor estrogênico) não demonstraram influência. Apenas a ampliação de margem cirúrgica diminuiu significativamente a ocorrência de recidiva local ($p = 0,04$), o que tem implicação direta na extensão da margem livre de tumor.

Aceito para publicação em dezembro de 1999

INTRODUÇÃO

O tratamento conservador do câncer de mama (quadrantectomia com ou sem linfadenectomia axilar) obtém taxas de sobrevida igual à mastectomia radical¹³.

Porém, a taxa de recidiva local tende a ser maior nas pacientes submetidas a tratamento conservador¹. A recidiva local parece não afetar a sobrevida global, mas apresenta a necessidade de um novo tratamento e o trauma da recorrência impõe grande grau de morbidade emocional⁴.

Certos fatores prognósticos característicos das pacientes e/ou do tumor podem ser associados a um aumento do risco de recidiva local de câncer de mama² e entre os fatores considerados de risco estão: idade da paciente, tipo histológico do tumor, grau histológico, tamanho do tumor, receptor hormonal, invasão linfovascular, necrose, componente intraductal, margem cirúrgica e linfonodos comprometidos. A literatura diverge muito quanto à influência desses fatores na taxa de recorrência local.

O objetivo desse trabalho é relacionar a extensão da margem de ressecção livre do tumor e a ocorrência de recidiva local de câncer de mama, o que constitui importante instrumento para se avaliar as técnicas cirúrgicas empregadas de rotina e se há ou não a necessidade de se modificar a conduta quanto à margem cirúrgica diante dos resultados obtidos. Secundariamente, observar as características do tumor associado à recidiva (tipo histológico, grau histológico, necrose, infiltração linfovascular e nervosa, componente intraductal extenso, receptores hormonais, número de linfonodos comprometidos e tamanho do tumor).

MÉTODO

Foi realizada a análise retrospectiva de pacientes submetidas a tratamento conservador (quadrantectomia com ou sem linfadenectomia axilar) no período de 1982 a 1997. A amostra foi selecionada a partir do banco de dados coletados dos prontuários do arquivo do hospital por fichas padronizadas, por acadêmicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, supervisionadas por um professor da equipe de mastologia da mesma instituição. Foram revisadas, primeiramente, 262 pacientes, sendo excluídas 43 pacientes por não preencherem os critérios de inclusão, por ausência de dados relevantes no exame anátomo-patológico ou por perda de seguimento. As 219 pacientes restantes permaneciam em acompanhamento. As variáveis consideradas para esse estudo foram: idade da paciente, data da cirurgia, tipo histológico do tumor (ductal invasor, lobular invasor, ductal *in situ*, papilar, mucinoso e medular), grau (segundo classificação de Scarff-Bloom-Richardson), presença de componente intraductal, invasão (bainha nervosa, linfovascular e outras), necrose, receptor estrogênico, tamanho do tumor (T1a – até 0,5 cm; T1b – 0,6 cm a 1 cm; T1c – 1,1 cm a 2 cm; T2 – 2,1 cm a 5 cm e T3 – > 5 cm), linfonodos comprometidos (0, 1-3, > 3), margem cirúrgica

(comprometida, duvidosa, livre entre 0,1 cm a 0,5 cm, livre de 0,6 cm a 1 cm, livre acima de 1 cm e livre não-determinada), ampliação de margem, radioterapia, *boost*, data da recidiva e tipo da recidiva (nodular e difusa).

Os dados obtidos foram tabulados e analisados pelo programa Epi INFO versão 6.03. Foi realizada a análise descritiva para caracterização da população em estudo e as variáveis de interesse foram relacionadas com a presença ou não de recidiva por análise uni/bivariada. As variáveis que apresentaram uma significância menor que 20% e/ou que apresentaram relevância clínico-epidemiológica para o estudo foram incluídas no modelo multivariado, utilizando o método de regressão logística não condicional. Consideramos significativos os achados com $p < 0,05$. São apresentados riscos relativos com intervalos de confiança de 95%.

RESULTADOS

O estado da margem cirúrgica no espécime de biópsia original era de margens comprometidas em 46 pacientes (21%), duvidosa em 47 (21,5%), livre acima de 0,1 cm em 45 (20,5%), livre acima de 0,5 cm em 16 (7,3%), livre acima de 1 cm em 12 (5,5%), livre não determinada em 51 (23,3%) e de margens desconhecidas em 2 (0,9%). A ampliação de margem ocorreu em 56 (25,6%) dos pacientes: 30 (65%) pacientes com margens comprometidas, 16 (35%) com margem duvidosa, 8 (17%) com margem livre entre 0,1 cm e 0,5 cm e 2 (3,9%) com margem livre não-determinada.

A mediana do tempo de ocorrência de recidiva local, após a cirurgia, foi de 3 anos e 5 meses. Trinta e nove pacientes (17,8%) apresentaram recidiva: 31 (79,5%) casos de recidiva local e 8 (20,5%) casos de recidiva locorregional (axila e pele). Entre estas, 36 (84,6%) eram nodulares e 6 (15,4%) eram difusas. Entre as 31 recidivas locais, 26 (83,8%) eram nodulares e 5 (16,1%) eram difusas. Relacionando a taxa de recidiva e a margem cirúrgica, verificamos a presença de recidiva em 15,2% dos pacientes com margens comprometidas, em 23,4% dos pacientes com margem duvidosa, em 15,5% dos pacientes com margem entre 0,1 cm e 0,5 cm, em 16,6% dos pacientes com margem livre acima de 1 cm, em 19,6% dos pacientes com margem livre não determinada e em 100% dos pacientes com margem desconhecida. As tabelas 1 e 2 apresentam a descrição das variáveis estudadas de acordo com a presença ou não de recidiva local.

Tabela 1: Descrição das características do tumor de acordo com a presença ou não de recidiva local de câncer de mama

Variáveis	Presença de recidiva – n (%)	Ausência de recidiva – n (%)
Tipo histológico		
Ductal invasor	31 (16,2%)	160 (83,8%)
Lobular invasor	2 (28,6%)	5 (71,4%)
Ductal <i>in situ</i>	6 (54,5%)	5 (45,5%)
Papilar	0	1
Mucinoso	0	4
Medular	0	4
Desconhecido	0	1
Grau		
1	3 (23,1%)	10 (76,9%)
2	6 (12,0%)	44 (88,0%)
3	3 (18,8%)	13 (81,2%)
Desconhecido	27 (19,3%)	113 (80,7%)
Componentes intraductais		
Presente	8 (20,5%)	31 (79,5%)
Ausente	29 (16,5%)	147 (83,5%)
Desconhecido	2 (50,0%)	2 (50,0%)
Invasão tumoral		
Bainha nervosa	0	5
Linfovascular	3 (13,6%)	19 (86,4%)
Outros	3 (60,0%)	2 (40,0%)
Ausente	32 (17,4%)	152 (82,6%)
Desconhecido	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Necrose		
Presente	0	7
Ausente	38 (18,3%)	170 (81,7%)
Desconhecido	1 (25,0%)	3 (75,0%)
Receptor estrogênico		
Positivo	9 (24,3%)	28 (75,7%)
Negativo	7 (19,4%)	29 (80,6%)
Desconhecido	23 (15,8%)	123 (84,2%)
Tamanho do tumor		
T1a	1 (33,3%)	2 (66,7%)
T1b	3 (13,6%)	19 (86,4%)
T1c	8 (12,1%)	58 (87,9%)
T2	20 (18,9%)	86 (81,1%)
T3	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Desconhecido	6 (31,6%)	13 (68,4%)

Tabela 2: Descrição da margem cirúrgica, comprometimento nodal e tratamento complementar de acordo com a presença ou não de recidiva local de câncer de mama

Variáveis	Presença de recidiva – n (%)	Ausência de recidiva – n (%)
Linfonodos comprometidos		
Nenhum	26 (17,7%)	121 (82,3%)
1 a 3	7 (16,3%)	36 (83,7%)
Mais de 3	1 (5,9%)	16 (94,1%)
Desconhecido	5 (41,7%)	7 (58,3%)
Margem cirúrgica		
Comprometida	7 (15,2%)	39 (84,8%)
Duvidosa	11 (23,4%)	36 (76,6%)
Livre 0,1-0,5 cm	7 (15,6%)	38 (84,4%)
Livre 0,5-1,0 cm	0	16
Livre > 1,0 cm	2 (16,7%)	10 (83,3%)
Livre não-determinada	10 (19,6%)	41 (80,4%)
Desconhecida	2	0
Ampliação de margens		
Sim	6 (10,7%)	50 (89,3%)
Não	33 (20,2%)	130 (79,8%)
Radioterapia		
Sim	33 (16,0%)	173 (84,0%)
Não	6 (46,2%)	7 (53,8%)
Boost		
Sim	21 (17,2%)	101 (82,8%)
Não	18 (31,0%)	40 (69,0%)
Desconhecido	0	39

Considerando o fato de que margens livres não determinadas poderiam corresponder tanto a margens livres acima de 0,5 cm, quanto a margens livres abaixo de 0,5 cm ou duvidosas, retirando essa variável, a taxa de recidiva entre as margens consideradas de maior risco para recidiva local (comprometida, duvidosa e livre entre 0,1 cm e 0,5 cm) foi de 18,1%, e entre as margens cirúrgicas consideradas de menor risco (livres de 0,5 cm a 1 cm, maior que 1 cm) foi de 7,1%, porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,25$). Entre as pacientes que realizaram ampliação, 10,7% tiveram recidiva e entre as pacientes que não fizeram ampliação, houve 20,2% de recidiva ($p = 0,15$). Esse achado também não foi estatisticamente significativo.

Entre as pacientes com margem comprometida que se submeteram à ampliação, 10% tiveram recidiva, ao passo que as que não fizeram ampliação tiveram 25%. Entre as que tinham margem duvidosa e que se submeteram à ampliação, a taxa de recidiva foi de 18,7% e, sem ampliação, 25,8%. Entre as outras margens submetidas à ampliação, não houve recidiva (Gráfico 1). Os dados da análise estatística estão representados na tabela 3.

Foram submetidas à radioterapia 206 (94,1%) pacientes, entre as quais 122 (55,7%) receberam *boost* e 58 (26,5%) não receberam *boost* (os dados referentes à realização ou não de *boost*

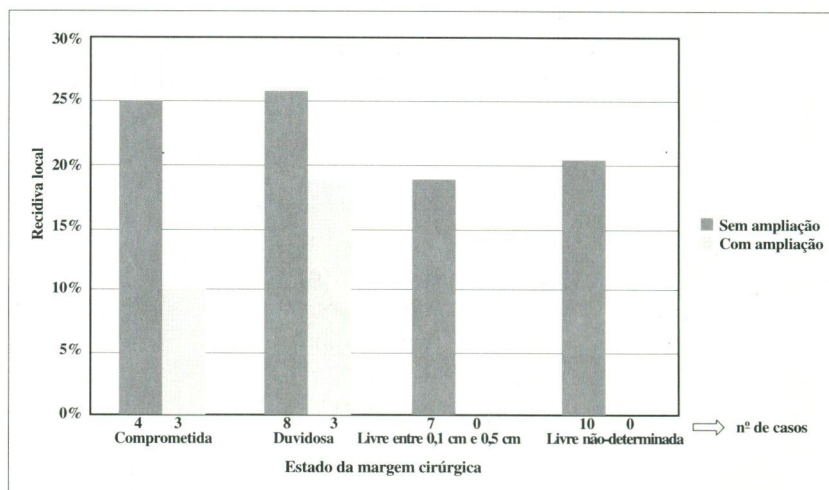


Gráfico 1 – Presença de recidiva local de acordo com a ampliação da margem cirúrgica

Tabela 3: Risco relativo das variáveis estudadas relacionadas com recidiva local de câncer de mama

Variáveis	Análises não ajustada			Análise ajustada		
	RR	IC 95%	P	RR	IC 95%	P
Radioterapia (não/sim)	2,88	1,48 – 5,60	0,01	1,60	0,26 – 9,80	0,60
Boost (não/sim)	1,80	1,04 – 3,11	0,06	3,43	0,69 – 16,90	0,13
Idade (< 45 anos / > 45 anos)	1,79	1,02 – 3,14	0,06	1,48	0,57 – 3,80	0,41
Margem (> risco/< risco)	2,54	0,64 – 10,10	0,25	2,06	0,68 – 6,10	0,19
Ampliação (não/sim)	1,89	0,84 – 4,27	0,15	3,38	1,03 – 11,00	0,04
Tamanho do tumor (T2, T3/T1)	1,46	0,76 – 2,81	0,33	2,00	0,76 – 5,24	0,15
Estado nodal (linfonodos comprometidos/livres)	0,75	0,36 – 1,57	0,57	–	–	–
Invasão (sim/não)	1,08	0,49 – 2,37	0,94	–	–	–
Receptores (+/-)	1,33	0,38 – 4,73	0,32	–	–	–
Grau (3/1,2)	1,31	0,40 – 4,30	0,70	–	–	–
Componente Intraductal (sim/não)	1,24	0,62 – 2,51	0,71	–	–	–
Necrose (sim/não)	–	–	0,60	–	–	–

nas demais pacientes não foram descritos nos registros). Houve uma diferença significativa na ocorrência de recidiva entre as pacientes submetidas à radioterapia (16,0%) e as pacientes que não fizeram radioterapia (46,2%; $p = 0,014$). Observou-se uma diferença de significância limítrofe entre as pacientes que receberam *boost* (17,2%) e as que não receberam (31,0%; $p = 0,06$). Entre as pacientes que receberam *boost* e que tinham margem cirúrgica considerada de maior risco, 16,9% tiveram recidiva, comparando com 32% que tinham margem cirúrgica comprometida e que não

fizeram *boost* ($p = 0,0003$). Entre as margens consideradas de menor risco e margem livre não determinada que fizeram *boost*, 20% tiveram recidiva; sem *boost*, 15,8% tiveram recidiva.

A amostra, quanto ao tipo histológico, era constituída de: 191 (87,2%) casos de carcinoma ductal invasor, 7 (3,2%) de carcinoma lobular invasor, 11 (5%) de carcinoma ductal *in situ*, 1 (0,5%) de papilar, 4 (1,8%) de mucinoso, 4 (1,8%) de medular e 1 (0,5%) de tipo desconhecido. A frequência de recidiva entre os

tipos histológicos do tumor foi de: 16,2% no tipo ductal invasor, 28,6% no tipo lobular invasor e 54,5% no tipo ductal *in situ*. Entre os demais tipos histológicos não houve recidiva.

Quanto à frequência de linfonodos comprometidos, 67,1% não apresentavam envolvimento tumoral, 19,6% tiveram de 1 a 3 linfonodos comprometidos, 7,8% tiveram mais de 3 linfonodos comprometidos e 5,5% das pacientes apresentaram estado nodal desconhecido. Cerca de 18% das pacientes sem linfonodos comprometidos tiveram recidiva, comparando com 13,3% com axila positiva, sem significância estatística ($p = 0,57$).

Em relação ao grau histológico, 5,9% das pacientes apresentavam grau 1, 22,8%, grau 2, 7,3%, grau 3 e em 63,9% o grau era desconhecido. Nas pacientes com grau 1, a taxa de recidiva foi de 7,7%, enquanto nas de grau 2 foi 12% e no grau 3, 18,7%. Tumores de grau 1 e 2 apresentaram taxa de recidiva de 14,3% e os de grau 3, de 18,8%, não sendo estatisticamente significante ($p = 0,70$).

Quanto ao tamanho do tumor, 1,4 % das pacientes tinham tumor T1a; 10%, T1b; 30,1%, T1c; 48,4% T2; 1,4%, T3 e em 8,7% o tamanho do tumor era desconhecido. Entre as pacientes com tumor T1a, houve 33,1% de recidiva, no T1b, 3,6% de recidiva, no T1c, 12,1%, no T2, 18,9% e em T3, 33,3%. Tumores T1, tiveram 13,2% de recidiva *versus* T2/T3, 19,3%, sem significância ($p = 0,33$).

Aproximadamente 17% das pacientes tinham receptor receptor estrogênico (RE) positivo, 16,4% RE negativo e 66,7% desconhecido. Entre as pacientes com RE positivo, 24,3% tiveram recidiva, comparado a 19,4% no grupo do RE negativo ($p = 0,32$). Esse achado não foi estatisticamente significante.

Com relação ao componente intraductal (CID), observou-se presença do componente em 17,8% das pacientes, ausência em 80,4% e desconhecido em 1,8%. A taxa de recidiva não diferiu significativamente entre as pacientes com componente intraductal (20,5%) e sem o componente (16,5%; $p = 0,71$).

A presença de necrose foi observada em 3,2% das pacientes, a ausência em 95% e em 1,8% dos casos esse fator era desconhecido. Entre os casos com presença de necrose, não houve recidiva e nos casos com ausência de necrose, 18,3% tiveram recidiva, sem significância estatística ($p = 0,60$).

Quanto à invasão tumoral, 2,3% apresentaram invasão de bainha nervosa, 10%, invasão linfovascular, 2,3%, invasão de outras estruturas, 84%, ausência de

invasão e em 1,4% a invasão era desconhecida. Aproximadamente 19% dos pacientes com invasão de qualquer estrutura apresentaram recidiva, sendo que a taxa entre as pacientes sem invasão foi de 17,4%, não sendo estatisticamente significante ($p = 0,94$).

Entre os carcinomas *in situ*, 7 (63,6%) fizeram radioterapia e 4 (36,3%) não fizeram. Entre os que fizeram radioterapia, 4 (57,1%) tiveram recidiva, e entre os que não fizeram radioterapia, 2 (50%) tiveram recidiva, não sendo a diferença estatisticamente significante.

Com relação à idade das pacientes, no momento do diagnóstico do carcinoma primário de mama, 17,8% tinham menos de 45 anos e 82,2% tinham mais de 45 anos. Comparando idade e incidência de recidiva local, houve significância limítrofe; nas pacientes com menos de 45 anos, a presença de recidiva foi de 25%, comparada com 14% nas mulheres acima de 45 anos ($p = 0,065$).

Após a análise multivariada, apenas a ampliação de margem cirúrgica permaneceu estatisticamente significante em relação à taxa de recidiva ($p = 0,04$; RR = 3,38; IC 95% = 1,03-11,0).

DISCUSSÃO

A mastectomia radical e o tratamento conservador do câncer de mama seguido de radioterapia apresentam taxas de sobrevida semelhantes, embora as taxas de recidiva local tendem a ser maiores no segundo. Um estudo realizado de 1973 a 1980 (Milan Trial I) comparou mastectomia e quadrantectomia com linfadenectomia axilar e radioterapia em 701 mulheres com tumores menores de 2 cm de diâmetro. Não houve diferença significante na taxa de sobrevida global entre os dois grupos, priorizando o tratamento conservador ao invés da mastectomia, até então o tratamento cirúrgico de escolha¹³. Uma vez que margens cirúrgicas amplas pré-radioterapia promovem menor taxa de recidiva, preconiza-se uma maior ressecção cirúrgica, o que se contrapõe a efeitos cosméticos favoráveis. Assim, a associação com radioterapia poderia complementar uma ressecção não tão efetiva, mas com um efeito cosmético melhor.

Veronesi *et al.* demonstraram que a taxa de recidiva entre pacientes submetidas à quadrantectomia sem radioterapia foi de 8,8% comparada com 0,3% nas pacientes tratadas com radioterapia ($p = 0,001$), em mulheres com tumores menores que 2,5 cm¹⁴. Em outro estudo, realizado em mulheres com carcinoma ductal *in situ*, a sobrevida em 5 anos livre de eventos (carcinoma

ipsilateral ou contralateral, metástases locais ou à distância ou outros carcinomas) foi de 84,4% nas mulheres tratadas com tumorectomia e radioterapia *versus* 73,8% nas tratadas somente com tumorectomia, sendo que essa melhora foi devido à redução de um segundo carcinoma de mama ipsilateral⁶. Observando irradiação após tumorectomia, em pacientes com linfonodos axilares negativos, verificou-se recidiva local em 11% das pacientes submetidas à radioterapia contra 35% das não irradiadas, sem impacto na sobrevida⁴. Em nosso estudo, na análise bivariada, a radioterapia foi significativa para a ocorrência de recidiva local, o que não se confirmou na análise multivariada, possivelmente pelo pequeno número da amostra.

Entre 1985 e 1987, foi realizado um estudo comparando quadrantectomia, linfadenectomia axilar e radioterapia (QUART) com tumorectomia, esvaziamento axilar e radioterapia (TART) (Milan Trial II). A quadrantectomia envolve a excisão de 2 cm a 3 cm do tecido normal ao redor do tumor mais a remoção de uma porção de pele e fáscia muscular subjacente, enquanto a tumorectomia remove apenas a massa tumoral com uma margem estreita de tecido normal (< 1,0 cm). A taxa de recorrência local na quadrantectomia foi de 1,1%, enquanto que na tumorectomia a taxa foi de 7,2%¹⁵. Avaliando-se a extensão da margem livre de tumor, verificou-se que na ressecção de 1 cm de tecido normal, a probabilidade de um foco cancerígeno permanecer na mama era de 59%, enquanto que com 3 cm de margem a probabilidade diminuía para 17%⁷. A radioterapia é certamente capaz de destruir altas proporções de células cancerígenas residuais, reduzindo o risco de recorrência local. Entretanto, sabe-se que 20% a 25% dos casos serão radorresistentes¹¹.

Portanto, uma cirurgia inadequada, isto é, uma excisão muito limitada, certamente constitui um maior risco de recorrência local, mesmo sendo submetida à radioterapia^{9,10}. Em nosso estudo, o *boost* foi importante para redução de recidiva local nas pacientes com margens de maior risco, porém não eliminou completamente a taxa de recidiva local, o que permite inferir que as pacientes teriam sido beneficiadas de uma cirurgia mais ampla ou de uma ampliação de margem.

Avaliando o estado da margem cirúrgica em pacientes submetidas à tumorectomia e radioterapia, verificou-se que a probabilidade de controle local em 10 anos foi de 90% para pacientes com margens cirúrgicas negativas *versus* 82,0% para margens próximas (2,0 mm) positivas ou indeterminadas ($p = 0,007$). A taxa de controle local em 10 anos foi de 97% nas pacientes submetidas à ampliação de margem e 84% nas não submetidas ($p =$

0,18). Porém, a ampliação obteve maior êxito nas pacientes com margens próximas indeterminadas ou positivas. Após a ampliação entre as margens inicialmente não negativas, houve taxa de controle local de 100% nas que se tornaram negativas comparado com 78% nas que permaneceram não negativas ($p = 0,0001$)¹². Em nosso estudo, a ampliação de margem foi relevante na análise multivariada, sendo de fundamental importância nas pacientes com margem comprometida e duvidosa. Assim, a ampliação de margem reflete a ressecção cirúrgica realizada, o que confirma os vários estudos que indicam que o estado da margem cirúrgica é um fator importante para a ocorrência de recidiva local em câncer de mama.

Com relação aos demais fatores envolvidos na ocorrência de recidiva local, não há consenso entre os estudos sobre quais são os de real relevância. Estudos realizados em pacientes com carcinoma ductal *in situ*, por exemplo, demonstram que os principais fatores relacionados com o aumento do risco de recidiva local incluem: margens cirúrgicas próximas ou comprometidas e presença de necrose ou tumores de alto grau histológico⁵. Em outro estudo, foram considerados relevantes para a recidiva o grau histológico e a invasão linfovascular do tumor⁸. A idade (< 50 anos), o tamanho do tumor (> 2,0 cm) e o grau nuclear também aparecem como fatores preditivos para a recorrência local de câncer, enquanto o grau e o tamanho do tumor são fatores preditivos para a mortalidade³. Na nossa amostra, as pacientes com idade inferior a 45 anos apresentaram maior frequência de recidiva local, comparando com idade superior a 45 anos, porém, sem significância estatística, possivelmente pelo pequeno número da amostra. Em 1.232 casos de carcinoma invasivo menor que 2 cm de diâmetro (T1N0-1M0), tratados com quadrantectomia, linfadenectomia axilar e radioterapia, observou-se que a taxa de sobrevida tende a diminuir com o aumento do tamanho do tumor: a sobrevida média em 7 anos foi de 94% nos tumores menores que 0,5 cm e de 84% nos casos de tumor de 1,6 cm a 2,0 cm. Não houve diferença entre pacientes sem linfonodos comprometidos e pacientes com envolvimento de apenas um linfonodo, ao passo que pacientes com mais de um linfonodo positivo tiveram menores taxas de sobrevida (a sobrevida em 7 anos diminuiu de 86% nos casos de linfonodos negativos, para 67% nos casos com mais de 3 linfonodos envolvidos)¹⁶. Em nosso estudo, a discreta maior ocorrência de recidiva local (porém não estatisticamente significativa), nas pacientes com menor acometimento de linfonodos, pode ser atribuída ao uso de quimioterapia, preconizado nas pacientes com axila positiva.

O estudo da relação entre a extensão da margem de ressecção livre ou não de tumor e a ocorrência de recidiva

local, consiste em um importante instrumento para avaliar as técnicas cirúrgicas empregadas de rotina e se há ou não a necessidade de modificar a conduta quanto à margem cirúrgica diante dos resultados obtidos. De acordo com os dados descritos, apenas a ampliação de margem cirúrgica teve relevância significativa para a ocorrência de recidiva local de câncer de mama, o que tem implicação direta na extensão da margem livre de tumor. Em vista desses achados, é de fundamental importância a descrição exata do anátomo-patológico do espécime cirúrgico, dando ênfase à mensuração adequada e precisa das margens cirúrgicas, evitando termos como "exígua" ou "próxima". Isso determina um parâmetro mais adequado para indicação ou não de ampliação de margem cirúrgica, o que implica em condutas médicas mais precisas, com a possibilidade de redução de recidiva local. A radioterapia obteve significância na análise bivariada e permanece sendo de fundamental importância

no tratamento conservador de câncer de mama. Outros fatores como *boost* e idade tiveram resultados de significância limítrofe, provavelmente atribuíveis ao pequeno número de pessoas da amostra. Os demais fatores estudados não foram importantes para determinar risco de recidiva local. Conforme a literatura, não há um consenso entre os estudos sobre quais são os fatores de real importância na taxa de recidiva local.

Os resultados de nosso estudo evidenciam a importância da orientação espacial da peça cirúrgica, realizada pelo cirurgião, para determinar com precisão os limites do espécime, a fim de auxiliar na ampliação de margem, quando esta se fizer necessária. Quando possível, a orientação para ampliar a margem deve ser feita no transoperatório, a partir do exame de congelação. Desse modo, evita-se a necessidade de uma nova intervenção cirúrgica, que envolve custos adicionais, riscos e morbidade emocional.

KEYWORDS

Breast cancer;
Conservative treatment;
Surgical margin;
Local recurrence.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN SURGICAL MARGIN AND LOCAL RECURRENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF BREAST CANCER

Increased risk of local recurrence of breast cancer in patients submitted to conservative treatment may be associated with prognostic factors of the patients as well as complementary measurements to surgical treatment. There is no agreement among authors about the influence of these factors in the local recurrence rate, but there is a consensus about the importance of the involvement of the surgical margin. To establish a relationship between the extension of the margin of resection free of tumoral cells and local recurrence, a retrospective study of 219 patients submitted to conservative treatment of breast cancer was done. Recurrence occurred in 17,8% of the cases. A smaller rate of recurrence was seen in the following situations: surgical margins of smaller risk (free margin larger than 0,5 cm), radiotherapy, boost and patients 45 years and older; differences were not statistically significant. Other histological characteristics of the tumor (size, histological degree, invasion, lymphonodes involvement, necrosis, estrogen receptors) had no influence in the recurrence. Only the increase of the surgical margin (reexcision) reduced significantly local relapse ($p = 0,04$), wich has direct consequences in the extension of the margin free of tumor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASOLO P, MOSCA D, AMOROTTI C et al. Our experience in the surgical treatment of early breast cancer. Results of a prospective study of 204 cases. *Ann Ital Chir* 1997; 68: 195-204.
2. CHAPMAN JW, HANNA W, KAHN HJ et al. Alternative multivariate modelling for time to local recurrence for breast cancer patients receiving a lumpectomy alone. *Surg Oncol* 1996; 5: 265-71.
3. CLARK RM, WHELAN T, LEVINE M et al. Randomized clinical trial of breast irradiation following lumpectomy and axillary dissection for node-negative breast cancer: an update. Ontario Clinical Oncology Group. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88: 1659-64.

4. DECKER T, RUHNKE M, SCHNEIDER W. Standardized pathologic examination of breast excision specimen. Relevance within an interdisciplinary practice protocol for quality management of breast saving therapy. *Pathologie* 1997; 18: 53-9.
5. DELANEY G, UNG O, CAHILL S et al. Ductal carcinoma *in situ*. Part 2: Treatment. *Aust N Z J Surg* 1997; 67: 157-65.
6. FISHER B, CONSTANTINO J, REDMOND C et al. Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. *N Engl J Med* 1993; 328: 1581-6.
7. HOLLAND R, VELING SHJ, MRVUNAC M et al. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas. Implications of clinical trial of breast conserving surgery. *Cancer* 1985; 56: 979-90.
8. MAGEE B, SWINDELL R, HARRIS M et al. Prognostic factors for breast recurrence after conservative breast surgery and radiotherapy: results from a randomised trial. *Radiother Oncol* 1996; 39: 223-7.
9. RENTON SC, GAZET JC, FORD HT et al. The importance of the resection margin in conservative surgery for breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1996; 22: 17-22.
10. SALVADORI B. Local recurrences after breast-conserving treatment: an open problem. *Semin Surg Oncol* 1996; 12: 46-52.
11. SHIN E, TAKATSUKA Y, OKAMURA Y et al. Strategy for breast conserving treatment – analysis of recurrence and prognosis after breast conserving treatment. *Gan To Kagaku Ryoho* 1996; 23: 92-9 (abstract).
12. SMITH MC, NOWELS KW, ZDEBLICK MJ et al. The importance of the lumpectomy surgical margin status in long-term results of breast conservation. *Cancer* 1995; 76: 259-67.
13. VERONESI U, BANFI A, SALVADORI B et al. Breast conservation in the treatment of choice in small breast cancer; long-term results of a randomized trial. *Eur J Cancer* 1990; 26: 668-70.
14. VERONESI U, LUINI A, VECCHIO MD et al. Radiotherapy after breast preserving surgery in woman with localized cancer of the breast. *N Engl J Med* 1993; 328: 1587-91.
15. VERONESI U, VOLTERRANI SS, LUINI A et al. Quadrantectomy *versus* lumpectomy for small size breast cancer. *Eur J Cancer* 1990; 26: 671-73.
16. VERONESI U, SALVADORI B, LUINI A et al. Conservative treatment of early breast cancer. Long-term results of 1.232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy. *Ann Surg* 1990; 211: 250-9.

Endereço para correspondência:

Jorge Villanova Biazus

Estácio de Sá, 765 – Bairro Chácara das Pedras
91330-430 – Porto Alegre, RS