



Racso Yule Queiroz
 João Bosco Lucena
 Geraldo Silva Queiroz
 Gustavo Tédde
 Flávio Rocha Gil
 Antônio César Hummel
 Vitória C. de Bessa
 Josiane F. F. Rodrigues
 Maria Aparecida Q. F. Pereira
 Maurício B. Cariello

*Trabalho realizado no Hospital de
 Base do Distrito Federal e Hospital
 Araújo Jorge, em Goiânia.*

LINFADENECTOMIA AXILAR SEM DRENAGEM DA AXILA EM CIRURGIA CONSERVADORA POR CÂNCER DE MAMA

Rev bras Mastol 1997; 7:151-154

UNITERMOS

Câncer de mama;
 Cirurgia conservadora;
 Drenagem axilar.

RESUMO

No período de julho de 1996 a junho de 1997, 32 pacientes com 34 carcinomas infiltrantes foram submetidos à ressecção segmentar de mama simultaneamente com linfadenectomia axilar. Não se utilizou dreno após a dissecação axilar. Eram 31 pacientes do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A idade variou de 26 a 73 anos (média = 46). A linfadenectomia foi total em 18 cirurgias e dos níveis I e II em 16. O procedimento cirúrgico foi realizado com duas incisões em 21 casos e com uma incisão em 13 casos. Todos os pacientes submeteram-se à aspiração de seroma axilar, variando de 1 a 17 punções (média = 6,3). A duração do seroma variou de 5 a 60 dias (média = 20). As outras complicações da cirurgia foram: infecção, 4 (11,7%); deiscência parcial de sutura, 3 (8,8%); deiscência total de sutura, 1 (2,9%); e enfisema subcutâneo, 1 (2,9%) caso. Os autores concluem que a linfadenectomia axilar em conjunção com a conservação de mama pode ser realizada sem a drenagem da axila. O procedimento não aumenta a morbidade e permite grande conforto pessoal ao paciente.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um dos mais freqüentes em mulheres brasileiras, sendo também a principal causa de morte por neoplasma maligno na população feminina do nosso país. Para pacientes com doença nos estádios clínicos I e II, a ressecção segmentar (com obtenção de margens livres de tumor) e a linfadenectomia axilar, seguida de radioterapia da mama operada, têm sido associadas com taxas de sobrevida global e sobrevida livre de doença equivalentes àquelas mulheres submetidas a mastectomia radical modificada ou mastectomia radical clássica^{2,8,9,14}. Pacientes com tumores unifocais de até 4 cm de diâmetro têm sido as principais candidatas para a

conservação da mama. A quimioterapia pré-operatória tem permitido a realização de cirurgia conservadora em grande número de pacientes com tumores localmente avançados^{1,10}.

Quando a mama é conservada, a linfadenectomia axilar é realizada através da mesma incisão (tumores no quadrante súpero-externo) ou com incisões separadas (tumores nos outros quadrantes). O procedimento clássico consiste na drenagem da axila para prevenir o desenvolvimento de seroma. Para as pacientes, as desvantagens da drenagem axilar incluem a dor no local da saída do dreno e a dificuldade para o banho. O líquido drenado deve ser retirado e medido diariamente e a presença do dreno dificulta o convívio social. Mesmo

com a utilização do dreno, pode haver a necessidade de aspirações subseqüentes de seroma, além de aumentar o custo do tratamento.

Há vários anos temos questionado a necessidade de drenagem em linfadenectomia axilar. Após os relatos de Jeffrey e col.⁶ e Siegel e col.¹¹, demonstrando morbidade mínima associada com a não-drenagem, decidimos oferecer a linfadenectomia axilar sem drenagem para pacientes submetidas à cirurgia conservadora por câncer de mama.

MÉTODO

No período de 1 de julho de 1996 a 30 de junho de 1997, 32 pacientes submeteram-se à cirurgia conservadora por câncer de mama sem a utilização de dreno axilar. Os pacientes eram informados que punções aspirativas seriam necessárias no período pós-operatório. Eram 31 pacientes do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A idade variou de 26 a 73 anos, com uma média de 46 anos. Foram realizados 34 procedimentos cirúrgicos, uma vez que duas pacientes apresentavam tumores bilaterais sincrônicos.

Dentre as 34 neoplasias, 27 (79,4%) eram palpáveis e 7 (20,6%) foram detectadas através de mamografia. A grande maioria dos casos (58,8%) encontrava-se no estadiamento clínico I (tabela 1). A cirurgia conservadora de mama simultaneamente com a linfadenectomia axilar foi realizada em todos os casos, sendo com apenas uma incisão em 13 (38,2%) e com duas incisões em 21 (61,8%). Em 2 casos operados através de duas incisões, a mama foi drenada por 48 horas. Duas pacientes necessitaram ser submetidas à ampliação cirúrgica em mama devido a margens comprometidas no primeiro ato operatório. A linfadenectomia axilar foi dos níveis I e II em 16 casos (47%) e dos 3 níveis nos outros 18 (53%). Cinco pacientes submeteram-se à quimioterapia anti-neoplásica pré-operatória.

Tabela 1

Estadiamento clínico (UICC 1987)

Estádio clínico	N (34)	% (100)
I	20	58,8
IIA	10	29,4
IIB	2	5,9
IIIB	1	2,9
Tx	1	2,9

Antes da alta hospitalar, realizava-se uma punção aspirativa de seroma axilar e os pacientes eram orientados a retornarem duas vezes por semana para avaliação e aspiração de seroma.

RESULTADOS

Uma média de 16,4 linfonodos foram excisados, variando de 3 a 35. Os linfonodos axilares estiveram comprometidos em 7 casos (20,6%). Duas pacientes tiveram metástases em mais de 3 linfonodos.

A duração do seroma axilar variou de 5 a 60 dias, com uma média de 20 dias (tabela 2). Apenas 2 pacientes necessitaram punções aspirativas após 30 dias de operados. O número médio de aspirações foi de 6,3 (variação de 1 a 17). Em alguns casos, onde a cirurgia foi realizada através de duas incisões, houve a necessidade de algumas aspirações em mama.

A alta hospitalar ocorreu dentro de até 48 horas após a cirurgia na maioria dos casos (tabela 3). Apenas 3 pacientes permaneceram hospitalizados acima deste período, sendo que isto deveu-se a motivos de natureza social.

As outras complicações ocorridas após a cirurgia foram: infecção, 4 (11,7%); deiscência de sutura axilar, 4 (11,7%); e enfisema subcutâneo, 1 (2,9%) caso. Dentre os 4 casos com infecção, 3 foram do tipo celulite erisipelóide, sendo que houve a resolução após a instituição de antibioticoterapia oral. Uma paciente apresentou a

Tabela 2

Duração do seroma (em dias)

Duração do seroma (dias)	N (34)	% (100)
Até 10	7	20,6
11 a 20	10	29,4
21 a 30	15	44,1
Acima de 30	2	5,9

Tabela 3

Alta hospitalar após a cirurgia (em horas)

Alta hospitalar (horas)	N (32)	% (100)
24 H	11	34,4
48 H	18	56,2
Acima de 48 H	3	9,4

formação de abscesso em axila, tendo sido prontamente drenado e também houve a completa resolução sem maiores conseqüências. A deiscência de sutura axilar esteve presente em 4 casos, sendo apenas parcial e com resolução espontânea em 3 pacientes, porém foi total em um caso. Esta última paciente era obesa, com mamas muito volumosas e a cirurgia foi realizada com apenas uma incisão. Este caso requereu debridamento e ressutura da ferida operatória. Uma semana após a ressutura, ocorreu uma nova deiscência, desta feita parcial e de pequena monta, sendo que encontrava-se em curativos e evoluindo com cicatrização por segunda intenção, isto 30 dias após a cirurgia. Uma paciente apresentou, no período pós-operatório imediato, quadro de enfisema subcutâneo que infiltrou as regiões adjacentes à axila, porém regrediu totalmente de maneira espontânea em menos de 48 horas.

DISCUSSÃO

A linfadenectomia axilar para pacientes com carcinomas invasores de mama potencialmente curáveis tem sido vista mais como um procedimento de estadiamento do que uma intervenção terapêutica³. O custo, morbidade e baixa probabilidade de envolvimento linfonodal em tumores pequenos são alguns dos fatores que têm levado alguns autores a abandonar este procedimento ou limitar seu uso para pacientes selecionados^{4,12}. Entretanto, não existe nenhum teste ou sinal que pode predizer com elevada acurácia a ocorrência de metástases para linfonodos axilares⁷. Nos dias atuais, a dissecação axilar tem sido considerada parte integral no tratamento conservador do câncer de mama, porém esta abordagem tem se tornado mais limitada, ou seja, apenas dos níveis I e II^{11,12}. Tendo em vista o fato das metástases axilares constituírem o principal fator prognóstico em pacientes com câncer de mama invasivo e potencialmente curável, temos considerado a linfadenectomia axilar como um procedimento rotineiro. Acreditamos que, em um futuro próximo, um teste diagnóstico como a linfocintilografia pré-operatória, ou o mapeamento linfático com corante vital, ou a combinação de ambos, possa vir a identificar pacientes com axila negativa e que conseqüentemente não requerem uma dissecação axilar.

Nossos resultados confirmam os achados de Jeffrey e col.⁶ e Siegel e col.¹¹ onde não é necessário usar um dreno de sucção a vácuo na axila após dissecação axilar por câncer de mama, quando fazendo parte de tratamento conservador. Entretanto, temos utilizado o sistema de drenagem a vácuo após mastectomia para aproximar os retalhos cutâneos da parede torácica.

A formação de seroma axilar no pós-operatório pode ocorrer mesmo quando o dreno de sucção é utilizado. Para a dissecação axilar feita em conjunto com a conservação da mama, Inwang e col.⁵ mostraram que 28% (12/43) das pacientes requereram aspiração após a remoção do dreno quando a drenagem era inferior a 20 ml em 24 horas, sendo que 49% (20/41) requereram aspiração se o dreno era arbitrariamente removido após 5 dias independentemente da quantidade drenada. Somers e col.¹³, também realizando cirurgia conservadora por câncer de mama, avaliaram prospectivamente a drenagem com aspiração a vácuo por um período de 24 horas comparada com a não-drenagem da axila e constataram que 73,1% (79/108) das pacientes com drenagem requereram punções aspirativas. Sem a drenagem, 89,1% (106/119) submeteram-se a aspirações. Portanto, a drenagem da axila a curto ou a longo tempo não elimina a necessidade de punções aspirativas de seroma axilar. No nosso material, as aspirações foram necessárias em 100% (34/34) dos casos, mas houve a resolução, em até 30 dias, em 94,1% (32/34) dos casos.

Na série de Jeffrey e col.⁶, apenas 42% (35/81) das pacientes submeteram-se a aspiração de seroma axilar, pois não realizavam a punção rotineiramente e sim apenas quando havia desconforto local. Uma parcela dos casos submeteu-se à ultra-sonografia axilar seriada e, nestes casos, o exame mostrou a completa resolução do seroma em no máximo 4 meses.

As nossas complicações, 11,7% (4/34) infecciosas, 11,7% (4/34) de deiscência de sutura e 2,9% (1/34) de enfisema subcutâneo, foram aceitáveis. Em todos os casos, com medidas adequadas, obteve-se bons resultados. Acreditamos que o único caso com deiscência total de sutura não deveu-se à formação de seroma e sim a tração excessiva sobre a sutura, pois tratava-se de paciente obesa e com mamas muito volumosas.

Em nossa série, os pacientes apreciaram a ausência de um dreno axilar. Embora nenhuma comparação formal tenha sido feita com pacientes onde o sistema de drenagem foi usado, houve uma grande satisfação pela liberdade de movimentos e pelo convívio social imediatamente após a cirurgia, geralmente restringidos pela presença do dreno.

A linfadenectomia axilar em conjunto com a conservação da mama pode ser realizada satisfatoriamente sem a utilização de dreno axilar. Existe uma previsível formação de seroma, com ou sem o uso do sistema de drenagem. Mesmo sem a drenagem, a resolução do seroma ocorre em um período de tempo razoável. Acreditamos que, quando os pacientes são informados pré-operatoriamente, a não utilização do dreno axilar é uma conduta aceitável e que acarreta maior conforto pessoal no período pós-operatório.

KEY WORDS

Breast cancer;
Conservative surgery;
Axillary drainage.

ABSTRACT

AXILLARY LYMPHADENECTOMY WITHOUT AXILLARY DRAINAGE IN BREAST CONSERVATION CANCER SURGERY

From July 1996 to June 1997, 32 patients with 34 breast invasive carcinomas undergoing segmentectomy with simultaneous axillary lymph node dissection. No axillary drain was placed. There were 31 women, and there was 1 man. The age ranged 26 to 73 years (media = 46). Level I and II axillary lymph node dissection was performed in 16 cases, and a full axillary dissection was made in the other 18 cases. The surgery was performed with one incision in 13 cases, and was made with two incisions in 21 cases. All the patients required axillary seroma aspiration, ranged 1 to 17 aspirations (media = 6,3). The seroma duration ranged 5 to 60 days (media = 20). The other complications of the surgery were: infection, 4 (11,7%); partial dehiscence of the suture, 3 (8,8%); total dehiscence of the suture, 1 (2,9%); and subcutaneous emphysema, 1 (2,9%) case. The authors conclude that the axillary lymph node dissection in conjunction with breast conservation surgery can be performed without axillary drainage. This technique doesn't rise the morbidity and allows the patient greater personal comfort.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALAIS G, BERGER C, DESCAMPS P et al. Conservative treatment feasibility with induction chemotherapy, surgery, and radiotherapy for patients with breast carcinoma larger than 3 cm. *Cancer* 1994; 74: 1283-1288.
2. FISHER B, REDMOND C, POISSON R et al. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1989; 320: 820-828.
3. FISHER B, WOLMARK N, BAUER M et al. The accuracy of clinical nodal staging and of limited axillary dissection as a determinant of histologic nodal status in carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152: 765-772.
4. GRECOM, AGRESTI R, RASELLI R, GIOVANAZZI R, VERONESI U. Axillary dissection can be avoided in selected breast cancer patients: analysis of 401 cases. *Anticancer Research* 1996; 16: 3913-3918.
5. INWANG R, CHAUDARY MA, HAMED H, FENTIMAN IS. A controlled trial of short-term versus standard axillary drainage after axillary clearance and iridium implant treatment of early breast cancer. *Ann R Coll Surg Engl* 1991; 73: 326-328.
6. JEFFREY SS, GOODSON III WH, IKEDA DM, BIRDWELL RL, BOGETZ MS. Axillary lymphadenectomy for breast cancer without axillary drainage. *Arch Surg* 1995; 130: 909-913.
7. KINNE D. Controversies in primary breast cancer management. *Am J Surg* 1993; 166: 502-508.
8. LICHTER AS, LIPPMAN AS, DANFORTH DN et al. Mastectomy versus breast-conserving therapy in the treatment of stage I and II carcinoma of the breast: a randomized trial at National Cancer Institute. *J Clin Oncol* 1992; 10: 976-983.
9. National Institutes of Health Consensus Development Conference Consensus Statement. Early Stage Breast Cancer. Bethesda, Md: National Institutes of Health. 1990; 8(6).
10. SCHWARTZ GF, BIRCHANSKY CA, KOMARNICKY LT et al. Induction chemotherapy followed by breast conservation for locally advanced carcinoma of the breast. *Cancer* 1994; 73: 362-369.
11. SIEGEL BM, MAYZEL KA, LOVE SM. Level I and II axillary dissection in the treatment of early stage breast cancer: an analysis of 259 consecutive patients. *Arch Surg* 1990; 125: 1144-1145.
12. SILVERSTEIN MJ, GIERSON ED, WAISMAN JR et al. Axillary lymph node dissection for T1a breast for carcinoma: is it indicated? *Cancer* 1994; 73: 664-667.
13. SOMERS RG, JABLON LK, KAPLAN MJ, SANDLER GL, ROSENBLATT NK. The use of closed suction drainage after lumpectomy and axillary node dissection for breast cancer. *Ann Surg* 1992; 215: 146-149.
14. VERONESI U, ZUCALI R, DEL VECCHIO M. Conservative treatment of breast cancer with the Q.U.A.R.T. technique. *Word J Surg* 1985; 9: 676-681.

Endereço para correspondência:

Racso Yule Queiroz

SEP/SUL - Eq. 714/914 - Ed. Santa Maria - Salas 128/129
70390-145 - Brasília - DF