



Racso Yule Queiroz

Trabalho realizado no Hospital
Santa Lúcia, em Brasília.

A MASTECTOMIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA: EXPERIÊNCIA PESSOAL

Rev bras Mastol 1997; 7:16-19

UNITERMOS

Câncer de mama;
Mastectomia.

RESUMO

No período de agosto de 1986 a julho de 1996, 46 pacientes com carcinoma de mama foram submetidos à mastectomia. Eram 45 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A idade variou de 27 a 77 anos (média = 52,1). O estadiamento clínico (UICC 1987) foi: E. C. I, 5 (10,9%); E. C. II, 26 (56,5%); E. C. III, 4 (8,7%); E. C. IV, 2 (4,3%); e Tx (biópsia prévia), 9 (19,6%) pacientes. As cirurgias realizadas foram: Madden, 11 (24%); Patey, 29 (63%); Halsted, 3 (6,5%); e mastectomia com reconstrução imediata, 3 (6,5%). Os linfonodos axilares estavam comprometidos em 18 casos (39,1%). Quarenta e três pacientes (93,5%) foram seguidos de 2 a 120 meses. Houve 4 (9,3%) recidivas loco regionais. Trinta e cinco pacientes (81,4%) estão vivas e sem evidência de doença em atividade.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, nos diálogos com as pacientes acerca da escolha do tratamento para o câncer de mama primário e invasivo, a principal decisão terapêutica, e que orienta todas as outras escolhas, é o desejo da paciente em relação à preservação da mama. Naquelas que não manifestam o desejo de preservar a mama, a escolha da cirurgia é obviamente fácil. A opção pela mastectomia, em geral, é feita por mulheres mais idosas, mas também por mulheres mais jovens, que não desejam se sentir ameaçadas com a incerteza do acompanhamento da mama operada ou que possuam outros motivos para evitar a radioterapia, como preocupação com a duração ou possíveis efeitos colaterais do tratamento. Obviamente, muitas

pacientes irão apresentar-se, mesmo na atualidade, com estágios avançados do câncer primário da mama, sendo categoricamente excluídas da possibilidade de cirurgia conservadora. Além disso, vários aspectos técnicos relacionados à probabilidade de recidiva local, influenciarão na escolha do tratamento.

Há cerca de 25 anos, a escolha do tratamento cirúrgico do câncer primário e invasor da mama resumia-se na mastectomia. Atualmente, mesmo que a mutilação seja necessária, a reconstrução mamária imediata pode ser feita sem que isso interfira com a história natural da doença^{5,8}.

A finalidade desse trabalho é relatar experiência pessoal com a mastectomia no tratamento cirúrgico do câncer da mama.

MÉTODO

No período de 1º de agosto de 1986 a 31 de julho de 1996, 46 pacientes com carcinoma primário e invasor de mama foram submetidos a algum tipo de mastectomia. Eram 45 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A idade variou de 28 a 77 anos, com uma média de 52,1 anos.

Os procedimentos cirúrgicos realizados foram: mastectomia radical modificada com preservação de ambos os músculos peitorais (Madden); mastectomia radical modificada com preservação do músculo peitoral maior (Patey); mastectomia com retirada dos músculos peitorais ou radical “clássica” (Halsted); e mastectomia radical modificada-MRM (Madden ou Patey) seguida de reconstrução mamária imediata com o retalho miocutâneo do reto abdominal (TRAM).

O seguimento foi calculado a partir da data da cirurgia, variando de 2 a 120 meses. Vinte e quatro pacientes tiveram um seguimento mínimo de 2 anos. O acompanhamento consistiu de exame clínico a cada 3 meses durante 2 anos, semestral depois de 2 anos e anual após o 5º ano de cirurgia. A mamografia contralateral era realizada anualmente e outros exames complementares eram feitos sempre que necessários.

RESULTADOS

A mama direita foi acometida em 32 casos (69,6%) e a esquerda em 14 casos (30,4%). Os tumores foram palpáveis em 41 pacientes (89,1%) e impalpáveis, ou seja, detectados mamograficamente em 5 (10,9%).

A localização do tumor primário encontra-se na tabela 1. Como pode ser observado, mais da metade dos neoplasmas localizou-se em quadrantes súpero-lateral e súpero-medial. O estadiamento clínico (UICC 1987) mostrou que aproximadamente 67% dos casos encontravam-se nos estádios I e II (tabela 2). Não houve nenhum caso no estágio clínico 0 (carcinoma “in-situ”).

Tabela 1
Localização do tumor primário

Localização	N (46)	% (100)
Quadrante súpero-lateral	16	34,8
Quadrante súpero-medial	15	32,6
Quadrante ínfero-lateral	6	13,0
Quadrante ínfero-medial	3	6,5
Quadrante central	6	13,1

Tabela 2
Estadiamento clínico (UICC 1987)

Estadiamento	N (46)	% (100)
I	5	10,9
II	26	56,5
III	4	8,7
IV	2	4,3
Tx	9	19,6

O tipo histológico do tumor primário pode ser apreciado na tabela 3. O carcinoma ductal infiltrante foi responsável pela grande maioria dos casos (71,7%).

Tabela 3
Tipo histológico

Tipo histológico	N (46)	% (100)
Ductal	33	71,8
Lobular	4	8,7
Misto (ductal + lobular)	2	4,3
Papilífero	1	2,2
Medular	3	6,5
Colóide	2	4,3
“Paget”	1	2,2

A cirurgia foi realizada em todos os casos (tabela 4). A mastectomia radical modificada tipo Patey foi a mais executada, ou seja, em 63% dos casos. Em 3 mastectomias houve necessidade de reparação de perda cutânea, pois não era possível a síntese primária da ferida operatória. A reconstrução imediata com o retalho miocutâneo do reto abdominal (TRAM) foi feita em 3 mulheres. Duas pacientes submeteram-se à mastectomia anti-hemorrágica “de urgência”, uma vez que apresentavam hemorragia arterial em tumores ulcerados. A cirurgia foi precedida de quimioterapia neo-adjuvante em 7 casos (15,2%).

Tabela 4
Tipo de cirurgia realizada

Cirurgia	N (46)	% (100)
Madden	11	24,0
Patey	29	63,0
Halsted	3	6,5
Patey + TRAM	3	6,5

A linfadenectomia axilar mostrou 800 linfonodos dissecados, perfazendo uma média de 17,4 por axila. Houve 18 axilas comprometidas (39,1%) e o número total de linfonodos comprometidos foi de 86 (10,8% do total). O comprometimento axilar em função do estadiamento clínico encontra-se na tabela 5.

Tabela 5
Comprometimento axilar de acordo com o estadiamento clínico

Estadiamento	Casos	Comprometimento	
	N	N	%
I	5	2	40,0
II	26	9	34,6
III	4	2	50,0
IV	2	2	100,0
Tx	9	3	33,3

A radioterapia pós-operatória foi realizada em 23 pacientes. Já o tratamento sistêmico com finalidade adjuvante foi instituído em 37 pacientes, sendo que a quimioterapia foi feita em 24, hormonioterapia em 11 e ambas as modalidades (Qt + Ht) em 2 casos.

Quarenta e três pacientes (93,5%) tiveram um seguimento clínico que variou de 2 a 120 meses, sendo superior a 2 anos em 24 casos. Houve 4 recidivas loco-regionais (9,3%). A situação atual das pacientes encontra-se na tabela 6.

Tabela 6
Situação atual das pacientes seguidas

Situação atual	N	%
Vivas		
Sem doença	35	81,4
Com doença	1	2,3
Óbito		
Câncer de mama	7	16,3
Doença intercorrente	0	0
	43	100

DISCUSSÃO

Os médicos dedicados ao tratamento do câncer têm procurado encontrar um ponto de equilíbrio entre a eficácia de um tratamento e a qualidade de vida após o mesmo. Em nenhum outro setor essa procura apresentou

uma evolução mais variada e tortuosa, e também mais controvertida, do que no tratamento do câncer da mama. As diferenças existentes se devem, pelo menos em parte, a diferentes linhas de pensamento que dizem respeito ao comportamento biológico do câncer da mama. Está claro que essa moléstia é um grupo de doenças biologicamente heterogêneas e o seu comportamento não pode ser explicado por uma hipótese isolada.

Em relação às opções cirúrgicas propostas para a paciente, essas devem basear-se em estudos clínicos retrospectivos e prospectivos, numa tentativa de melhorar ao máximo o plano terapêutico. A maioria das pacientes sem doença à distância pode se candidatar à mastectomia, a qual oferece um excelente controle local e melhora significativamente a sobrevida. Não obstante, o tratamento conservador vem rapidamente substituindo a mastectomia no manejo do câncer precoce da mama. A mamografia tem aumentado o número de casos em estágios iniciais da doença, tornando possível a cirurgia conservadora em número cada vez maior de mulheres¹². Entretanto, existem situações onde a preservação da mama pode estar contra-indicada e, nestes casos, a mastectomia é a opção cirúrgica de escolha. Alguns critérios que excluem pacientes para o tratamento conservador são: tumores acima de 4 cm, tumores fixos à pele ou parede torácica, neoplasmas multifocais clínica e/ou mamograficamente, linfonodos axilares fixos aos planos circunjacentes, tumores volumosos em mamas pequenas e carcinoma inflamatório. Mais recentemente, a quimioterapia pré-operatória tem permitido a conservação da mama em casos com tumores localmente avançados^{1,3,11}.

Na nossa casuística, os três principais fatores que nortearam a escolha da mastectomia foram: relação volume tumoral/tamanho da mama, opção da paciente e evidência clínica e/ou mamográfica de multicentricidade. Embora a reconstrução mamária seja uma opção terapêutica disponível, não a temos como conduta rotineira, tendo sido realizada somente em 3 mulheres altamente motivadas para tal.

Em relação ao tipo de mastectomia, a cirurgia proposta por Patey foi a mais realizada no nosso material, ou seja, em mais da metade dos casos. Existe uma tendência atual de realizar com maior frequência a cirurgia com conservação de ambos os peitorais (Madden), com uma conseqüente diminuição na execução da técnica de Patey. Já a mastectomia radical clássica (Halsted), cada vez menos executada, foi realizada em 3 casos e isso se deveu à impossibilidade técnica de preservação do músculo peitoral maior. Mesmo em se tratando de casuística de clínica privada, foram realizadas duas mastectomias anti-hemorrágicas “de urgência”. Eram duas mulheres jovens, que recusaram tratamento quando tinham tumores pequenos, sendo necessária a cirurgia em caráter urgente por causa da hemorragia arterial em neoplasmas volumosos e ulcerados.

Quanto à linfadenectomia axilar, nós a realizamos em todos os casos. Embora a dissecação axilar rotineira em pacientes com câncer da mama seja controversa, o seu benefício teórico inclui: estadiamento adequado, controle da doença regional e melhora na sobrevida^{6,7,9,10}. Outro aspecto controverso é a extensão da dissecação axilar. A remoção dos níveis axilares I e II obtém controle

regional superior àquele ocorrido nos casos onde é feita apenas uma amostragem axilar^{2,4}.

Finalizando, acreditamos que a mastectomia ainda possui um papel muito importante no tratamento do câncer da mama nos dias atuais, mesmo com o aumento da terapêutica conservadora na comunidade médica.

KEY WORDS

Breast cancer;
Mastectomy.

ABSTRACT

THE ROLE OF MASTECTOMY IN THE BREAST CANCER TREATMENT: PERSONAL EXPERIENCE

From August 1986 to July 1996, 46 patients with breast cancer were submitted to mastectomy. There were 45 women, and there was 1 man. The age ranged 28 to 77 years (media = 52,1). TNM classification (UICC 1987) was: E. C. I, 5 (10,9%); E. C. II, 26 (56,5%); E. C. III, 4 (8,7%); E. C. IV, 2 (4,3%); and Tx (previous biopsy), 9 (19,6%) patients. The performed surgery was: Madden, 11 (24%); Patey, 29 (63%); Halsted, 3 (6,5%); and mastectomy with immediate reconstruction, 3 (6,5%) cases. Nodal metastases were found in 18 cases (39,1%). Forty-three patients (93,5%) submitted to follow-up ranged 2 to 120 months. Local or regional recurrence was present in 4 cases (9,3%). Thirty-five patients (81,3%) are alive without evidence of tumor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BONADONNA G, VERONESI U, BRAMBILLA C et al. Primary chemotherapy to avoid mastectomy in tumors with diameters of three centimeters or more. *J Natl Cancer Inst* 1990; 82: 1539-1545.
 2. BOOVA RS, BONANNE R, ROSATO FE. Patterns of axillary nodal involvement in breast cancer. *Ann Surg* 1982; 196: 642-644.
 3. 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.
 4. FISHER B, REDMOND C, FISHER E et al. Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. *N Engl J Med* 1985; 312: 674-681.
 5. GEORGIADIS G, RIFKOHLE R, COX E et al. Long-term clinical outcome of immediate reconstruction after mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: 415-420.
 6. HARRIS JR, OSTEN RT. Patients with early breast cancer benefit from effective axillary treatment. *Breast Cancer Res* 1985; 5: 17-21.
 7. HENDERSON IC. Basic principles in the use of adjuvant therapy. *Semin Oncol* 1990; 7: 40-44.
 8. JOHNSON CH, VAN HEERDEN JA, DONOHUE JH et al. Oncological aspects of immediate breast reconstruction following mastectomy for malignancy. *Arch Surg* 1989; 124: 819-824.
 9. LANGLANDS AO, PRESCOTT RJ, HAMILTON TA. Clinical trial in the management of operable breast cancer. *Br J Surg* 1980; 67: 170-174.
 10. RUFFIN WK, STACEY-CLEAR A, YOUNGER J, HOOVER HC. Rationale for routine axillary dissection in carcinoma of the breast. *J Am Coll Surg* 1995; 180: 245-251.
 11. 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.
 12. YULE R, HENRIQUES FM, TÊDDE G. Câncer de mama detectado mamograficamente – análise de 26 casos. *Acta Oncol Bras* 1996; 16: 169-172.
- Endereço para correspondência:**
Racso Yule Queiroz
CSA 2 – lote 18 – ap. 102
72015-025 - Taguatinga – DF