



Tratamento cirúrgico: mastectomia

05





1. HISTÓRICO

O câncer de mama, até meados do século XX, era uma patologia cuja terapêutica se baseava puramente no tratamento cirúrgico. Em função do conhecimento da biologia tumoral, o tratamento passou a ser multidisciplinar. William Halsted acreditava que o câncer de mama se tratava de uma doença locorregional e, assim, em 1894, desenvolveu a técnica de mastectomia radical, mais tarde conhecida como cirurgia de Halsted, a qual consistia na retirada da mama e dos músculos peitoral maior e peitoral menor e na linfadenectomia axilar total (níveis I, II e III de Berg)^{1,2}.

Em 1956, Urban, por conta do alto índice de recidiva e da baixa taxa de sobrevivência global, propôs uma técnica cirúrgica mais ampliada, incluindo a retirada da cadeia linfonodal torácica interna e dos linfonodos supraclaviculares, denominada mastectomia ultrarradical. Essa técnica aumentava a extensão da cirurgia e com isso a morbidade, sem, entretanto, aumentar o benefício na taxa de cura². Gradativamente, a partir dos conhecimentos mais modernos sobre a doença e com a associação das terapêuticas adjuvantes, as técnicas cirúrgicas passaram a ser menos mutilantes.

2. INDICAÇÕES

- Relação desfavorável entre volume tumoral e volume da mama, impedindo, mesmo com técnicas de oncoplastia, resultados oncológicos seguros e estéticos favoráveis;
- Multicentricidade ou multifocalidade;
- Mastectomia higiênica para tumores localmente avançados;
- Impossibilidade de realização de radioterapia em pacientes candidatas a cirurgias conservadoras;
- Prevenção de câncer de mama em paciente de alto risco para o desenvolvimento da doença;
- Desejo da paciente.

3. TÉCNICAS DE MASTECTOMIA CLÁSSICAS

Mastectomia radical (Halsted)

Técnica utilizada no passado, com retirada em monobloco da mama, incluindo pele, complexo aréolo-papilar e músculos peitorais, e linfadenectomia axilar total, sendo utilizada incisão vertical (Halsted) ou transversal (Stewart)¹. Por ser uma cirurgia de grande porte, apresenta índice elevado de morbidade, além de mostrar maior grau de deformidade.

A indicação hoje fica restrita ao tratamento de pacientes com tumores avançados com invasão extensa do músculo peitoral maior e que não responderam à quimioterapia ou à hormonioterapia neoadjuvante de forma adequada.

Figura 1. Mastectomia de Halsted



Mastectomia radical modificada (Patey)

Técnica que corresponde à retirada da mama, incluindo pele e complexo aréolo-papilar, por meio de uma incisão transversal em monobloco, juntamente com o músculo peitoral menor, e linfadenectomia axilar em seus três níveis¹.

A retirada do músculo peitoral menor tem como única utilidade melhorar o acesso aos linfonodos no nível III durante a linfadenectomia axilar. Praticamente em desuso, essa técnica só é utilizada quando existem linfonodos de nível III comprometidos e há dificuldade técnica para eles serem retirados.

Mastectomia radical modificada (Madden)

Técnica que corresponde à retirada da mama, incluindo pele e complexo aréolo-papilar, por meio de uma incisão transversal em monobloco, sem ressecção dos músculos peitorais, associada à linfadenectomia axilar total¹. Leva a menos dor no pós-operatório e menos disfunção no ombro, quando comparada com as outras mastectomias radicais.



Com o advento da técnica cirúrgica conservadora de axila (pesquisa do linfonodo sentinela), a linfadenectomia axilar total só é realizada quando há o comprometimento metastático do linfonodo.

Mastectomia simples ou total

Técnica que consiste na retirada da glândula mamária, incluindo pele e complexo aréolo-papilar, sem abordagem axilar. Tem sua indicação no tratamento do carcinoma *in situ* extenso, no comprometimento do complexo aréolo-papilar e na doença de Paget.

4. TÉCNICAS MODERNAS DE MASTECTOMIA

Mastectomia com preservação de pele (*skin sparing* ou *nipple sparing*)

Técnica mais recente, que consiste na retirada da glândula mamária com preservação da pele e ressecção ou não do complexo aréolo-papilar. A preservação do complexo aréolo-papilar depende do comprometimento do mesmo pelo tumor, a ser avaliado por exames radiológicos pré-operatórios e pela avaliação intraoperatória por estudo anatomopatológico por congelção³⁻⁵.

As vias de acesso podem ser obtidas por meio de vários tipos de incisão, incluindo como principais: radial em quadrante superolateral, sulco infra-mamário e periareolar. A técnica cirúrgica deve obedecer aos mesmos tempos e limites anatômicos da técnica convencional, com dissecação cuidadosa permitindo obtenção de retalhos cutâneos adequados, respeitando a vascularização da pele e mantendo, porém, o plano de dissecação da glândula mamária, que pode variar de acordo com o perfil morfológico da paciente, nem sempre obedecendo o limite de 5mm de espessura preconizado por alguns estudos.

A segurança oncológica da técnica foi amplamente comprovada por estudos que evidenciaram os resultados de taxas de recidiva local em torno de 6%, comparáveis às séries históricas de mastectomias convencionais, que revelaram taxas em torno de 3% a 7%⁴⁻⁷. Assim sendo, as indicações são amplas, incluindo pacientes com tumores localmente avançados e bons respondedores à terapia neoadjuvante, com carcinomas *in situ* extensos, com tumores multifocais e com mastectomias redutoras de risco. Como contraindicações, estão o carcinoma inflamatório e os comprometimentos cutâneos extensos.

Essa técnica oferece a possibilidade de melhores resultados estéticos, quando associada a técnicas de reconstrução imediata. Apresenta como principais complicações a perda do retalho de pele e do complexo aréolo-papilar, que pode ocorrer em diversos graus, desde epidermólise até perda total do retalho, bem como hematoma, seroma e infecção da ferida⁵.

Figura 2. *Nipple sparing*



Veja esse conteúdo na íntegra
acessando a OC Academia:
<http://ocacademia.com>

