



Tratamento cirúrgico: cirurgia conservadora da mama

06





1. DEFINIÇÃO

Muitas mudanças aconteceram na abordagem cirúrgica do câncer de mama nos últimos anos. A técnica de remoção radical em bloco de todo o tecido mamário e sua correspondente drenagem linfática, baseada na teoria Halstediana de disseminação, em que o tratamento local é muito mais importante que o sistêmico¹, foi abandonada e os tratamentos conservadores, tanto na remoção do tecido mamário como na abordagem da axila, vêm sendo cada vez mais empregados.

A cirurgia conservadora da mama é uma técnica cirúrgica a fim de se retirar o tumor da mama com preservação da mesma. Desenvolvida no fim da década de 1970 como opção à mastectomia, naquela época, retirava-se um quarto da mama, ou seja, todo o quadrante em que o tumor estivesse localizado e, por isso, também é conhecida como quadrantectomia.

A cirurgia conservadora da mama, aliada à radioterapia complementar, demonstrou eficácia terapêutica igual ou superior à da mastectomia em pacientes candidatas a essa técnica e foi estudado por Veronesi *et al* no estudo Milan I². A teoria proposta por Bernard Fisher que define o câncer de mama como uma doença sistêmica, sendo o prognóstico firmado pela capacidade ou não do tumor em desenvolver metástase por meio da disseminação hematogênica, foi a base para o desenvolvimento da cirurgia com preservação de tecido mamário^{3,4}.

O conhecimento atual do comportamento biológico do câncer suporta a teoria sistêmica, porém, ela não pode ser considerada como completamente correta. A hipótese de que exista um determinado momento nas fases iniciais da doença no qual as células do câncer de mama ainda não consigam promover a disseminação pela via hematológica é ainda bem estabelecida. Isso é visto no tratamento de tumores iniciais detectados pela mamografia, reduzindo-se de forma considerável a mortalidade pelo câncer de mama^{5,6}. Portanto, a redução da mortalidade em tumores diagnosticados em estádios iniciais sugere que a probabilidade de metástase pode ser influenciada pelo tempo do diagnóstico.

Há, ainda, evidência baseada em estudos clínicos randomizados de que existe integração entre o controle local da doença e a sobrevida global (SG). Uma série de estudos tem demonstrado que a adição de radioterapia ao tratamento local não somente reduz as taxas de recorrência local-regional como também aumenta a SG, tanto para mulheres na pré como na



pós-menopausa⁷⁻¹⁰. Uma meta-análise do Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTCG) apresentou os resultados de 78 estudos clínicos randomizados avaliando a extensão da cirurgia, o uso da radioterapia e o impacto na mortalidade pelo câncer de mama. A conclusão dos autores é que um aumento no controle local nos primeiros cinco anos de tratamento resulta em aumento significativo tanto na sobrevida livre de doença (SLD) como na SG 15 anos pós-tratamento¹¹.

Os avanços no tratamento complementar sistêmico do câncer mama (hormonioterapia e quimioterapia)¹², associados às melhores técnicas de radioterapia^{13,14}, possibilitaram que a cirurgia conservadora retirasse quantidade menor de tecido sadio (margens cirúrgicas menores). A associação a técnicas de cirurgia plástica (oncoplastia) possibilitou resultados estéticos mais favoráveis e mais segurança para o paciente¹⁵.

Diante da redução do volume mamário com as novas técnicas, novos termos foram incorporados como sinônimos de cirurgia conservadora da mama. Normalmente, quando se retira a pele sobre o tumor, damos o nome de quadrantectomia e, na situação em que não se retira a pele, podemos chamar de ressecção segmentar da mama, segmentectomia, lumpectomia e até mastectomia parcial da mama.

2. CASOS ELEGÍVEIS PARA CIRURGIA CONSERVADORA

A maioria das pacientes com câncer de mama em estádios iniciais (I e II) são candidatas à cirurgia conservadora. O tamanho do tumor não é um fator limitante por si só, mas a relação entre o volume da mama e o tamanho do tumor é o fator mais importante. Assim, desde que não haja contraindicações ao procedimento, a cirurgia conservadora deve ser a primeira escolha, considerando-se sempre a segurança oncológica com um resultado cosmético adequado.

Exames de imagem da mama são fundamentais para o tratamento conservador e, entre eles, a mamografia continua sendo o mais importante para o planejamento pré-cirúrgico. A mamografia traz informações sobre a extensão da lesão e sobre o restante do parênquima na busca de lesões adicionais (multicentricidade). Estudos com ressonância magnética aumentam a taxa de ressecção completa de tumores invasivos sem impacto na sobrevida¹⁶.

O diagnóstico histológico pré-operatório de câncer não é obrigatório, mas vem sendo cada vez mais utilizado e aumenta a probabilidade de margens cirúrgicas



livres na cirurgia definitiva¹⁷⁻¹⁹, reduz o número de cirurgias e melhora o resultado cosmético e oncológico^{20,21}. O diagnóstico histológico prévio é na maioria das vezes obtido por biópsia de fragmento com agulha (*core* biópsia). Essa técnica é segura e não aumenta o risco de recorrência local em cirurgia conservadora²².

O tratamento neoadjuvante é uma alternativa para aumentar as taxas de cirurgia conservadora em pacientes não candidatas ao procedimento por relação de volume da mama e tamanho do tumor desfavorável. Nesse aspecto, a quimioterapia neoadjuvante permite a cirurgia conservadora em 50% a 75% das pacientes com indicação primária de mastectomia pela extensão anatômica do tumor²³⁻²⁵. A obtenção de resposta patológica completa é um preditor de melhor intervalo livre de doença e até de SG nessas pacientes²⁶⁻²⁸. Seguindo esse princípio, uma tendência emergente no tratamento neoadjuvante é atingir a melhor resposta antes de realizar o procedimento cirúrgico²⁹. A hormonioterapia também é uma opção nesse sentido. Para pacientes que já estão na menopausa e apresentam receptores hormonais positivos, as taxas de cirurgia conservadoras chegam a quase 50%³⁰⁻³³.

3. CONTRAINDICAÇÕES PARA CIRURGIA CONSERVADORA

Qualquer que seja a técnica escolhida, antes da indicação do procedimento, é necessário observar criteriosamente as contraindicações do procedimento. Uma situação importante quando se indica a cirurgia conservadora é a necessidade da radioterapia adjuvante no parênquima residual. Os estudos que compararam a eficácia da cirurgia conservadora com e sem a adição de radioterapia adjuvante demonstraram taxas de recorrência local maiores no grupo no qual a radioterapia foi omitida, sem alteração na SG³⁴⁻³⁹. Portanto, mulheres com contraindicação para radioterapia não devem ser submetidas a tratamento conservador.

Outra contraindicação é a presença de doença *in situ* extensa, normalmente identificada por microcalcificações extensas. As contraindicações relativas são: o tamanho do tumor, a localização do tumor e a dificuldade de seguimento. Também representam contraindicação os tumores com comprometimento inicial extenso da pele da mama (T4B/T4D), conhecidos como carcinomas inflamatórios, primários ou secundários. Pacientes com múltiplas lesões em diferentes quadrantes das mamas também devem ser consideradas não candidatas à cirurgia conservadora.

Doenças autoimunes em atividade, como lúpus e esclerodermia, são consideradas contraindicações ao tratamento conservador, devido à necessidade de radioterapia. A falta de acesso à radioterapia pode representar uma condição de contraindicação à realização do tratamento cirúrgico conservador, uma vez que a radioterapia deve ser indicada nesses casos.

4. TIPOS DE CIRURGIAS

A cirurgia conservadora da mama pode ser executada utilizando duas técnicas clássicas. A quadrantectomia é definida como ressecção de todo o setor mamário correspondente ao tumor, incluindo a pele e a fáscia do músculo peitoral maior, atualmente reservada apenas para os casos em que o tumor está muito próximo da superfície cutânea³⁵. A tumorectomia ou lumpectomia consiste na remoção de todo o tumor com uma margem de tecido mamário livre de neoplasia ao seu redor⁴⁰. Do ponto de vista oncológico, ambas as técnicas são consideradas como métodos seguros. Os estudos clínicos randomizados comparando a quadrantectomia e a tumorectomia com a cirurgia radical não demonstraram prejuízo de SG com a utilização das técnicas de preservação da mama em seguimento em longo prazo^{41,42}.

A escolha da técnica a ser utilizada se baseia em fatores puramente anatômicos. O único estudo randomizado comparando ambas as técnicas foi o Milan II, que incluiu 708 pacientes com carcinoma invasor da mama com maior diâmetro de até 2,5cm^{42,43}. Embora não tenha sido observada diferença na SLD à distância e na SG, a taxa de recorrência local foi significativamente maior no grupo tratado com tumorectomia em um seguimento médio de cinco anos (3% *versus* 8%). Assim, um conceito básico do tratamento conservador é que deve haver a remoção de um volume de tecido mamário sadio suficiente para obter margem cirúrgica livre de neoplasia.

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

