



Tratamento cirúrgico: abordagem axilar

07





A avaliação dos linfonodos axilares é um fator importante no estadiamento, no prognóstico e na decisão do tratamento do câncer de mama invasivo. O tratamento cirúrgico da axila vem sofrendo grandes mudanças ao longo dos últimos anos com o intuito principal de reduzir a morbidade causada pela cirurgia axilar mais extensa, sem prejuízo em sobrevida das pacientes. Neste capítulo, discutiremos as principais indicações e limitações da cirurgia axilar e finalizaremos abordando possíveis tendências em um futuro próximo.

1. HISTÓRICO

Em 1866, o patologista alemão Rudolph Virchow, apoiado por estudos de autópsia, postulou que os linfonodos axilares representavam o ponto de disseminação através dos vasos linfáticos para locais distantes. Seguindo essa hipótese, William Halsted propôs que o tratamento do câncer de mama (CM) deveria ser realizado com a extirpação em bloco da mama, dos músculos peitorais e dos linfonodos axilares ipsilaterais.

Esse procedimento, denominado de mastectomia radical, tornou-se menos agressivo ao longo dos anos (com preservação dos músculos peitorais, por exemplo). Após 100 anos como tratamento padrão para o CM, os primeiros estudos randomizados de tratamento cirúrgico conservador da mama demonstraram desfechos clínicos equivalentes à mastectomia. A abordagem conservadora, seguida de radioterapia (RT) complementar da mama operada, passou a ser factível e oncológicamente segura. O mesmo conceito de descalonamento começou a ser aplicado no que diz respeito à abordagem axilar.

Na década de 1990, baseado no conceito de que a drenagem linfática mamária poderia ser reproduzida com a injeção de substâncias na mama, que posteriormente poderiam ser identificadas nos linfonodos, o conceito de linfonodo sentinela passou a ser uma realidade no manejo do câncer de mama¹. Ocorreu uma mudança histórica do esvaziamento axilar (EA) para a biópsia do linfonodo sentinela (BLS) em pacientes com axila clinicamente negativa, apoiada sobre novos conhecimentos da técnica e de segurança oncológica por meio de estudos randomizados, como o NSABP B-32 e o do Instituto Europeu de Oncologia^{2,3}.

Esses estudos randomizados e tantos outros que os seguiram consagraram a técnica com igual eficácia, acurácia e menor morbidade que o EA, sendo o padrão atual para o tratamento da maioria das mulheres com CM e axila clinicamente negativa. A constante evolução científica no papel da cirurgia



axilar no CM se desenvolveu por meio de diversos estudos mais novos, em diferentes cenários: BLS negativo, BLS com micrometástase (0,2mm a 2mm de metástase) e BLS com macrometástase (maior que 2mm)^{2,4,5}.

Estratégias na definição de tratamentos sistêmicos e radioterápicos têm sido gradualmente otimizadas, oferecendo ferramentas de tratamento do CM cada vez mais direcionadas. O conhecimento da biologia tumoral e a importância dessa informação junto com o acometimento locorregional se tornou definidor de um tratamento mais personalizado e com melhores resultados. Nos últimos anos, a conduta de EA após um BLS positivo foi questionada e vários estudos levaram também a mudanças na prática clínica^{6,7}.

Além disso, o papel cada vez mais central desempenhado pela quimioterapia neoadjuvante (QTN) tem também efeito na extensão da cirurgia axilar, abrindo caminho para mais uma revisão de estratégias na direção do descaionamento cirúrgico em mulheres com CM com linfonodos positivos que se convertem em linfonodos negativos após a QTN^{8,9}. Além disso, a possibilidade de evitar qualquer abordagem axilar em mulheres com axila clinicamente negativa e tumores muito iniciais, que serão submetidas à cirurgia conservadora de mama, também está sob investigação científica¹⁰.

Os avanços recentes em biologia tumoral, em genética, em imagens de ultrassom axilar e em regimes de quimioterapia fazem parte da realidade presente, que aponta para o futuro do tratamento dos linfonodos axilares de forma personalizada, objetivando menos morbidade com a maior segurança oncológica possível.

2. Esvaziamento Axilar

A axila é um espaço triangular, delimitada pela parede torácica medialmente, pela parede subescapular posteriormente, pelo músculo grande dorsal posterolateralmente e pelos músculos peitorais maior e menor anteriormente. Observado de frente, o triângulo é delimitado pela veia axilar superiormente, pelo músculo grande dorsal lateralmente e pela parede torácica medialmente¹.

Os conteúdos axilares podem ser divididos em três níveis: nível I (lateral), nível II (posterior) e nível III (medial ao músculo peitoral menor). Essa divisão é denominada de classificação de Berg. O nível I corresponde ao maior volume de tecido axilar e de linfonodos de maior proporção. O nível II corresponde a maior parte do tecido axilar restante e o nível III, a menos de 10% do total¹.



A dissecação axilar geralmente envolve a retirada dos linfonodos de níveis I e II e, eventualmente, de nível III, conforme avaliação de linfonodos macroscopicamente suspeitos identificados durante a cirurgia. A técnica consiste na retirada de pelo menos seis a dez linfonodos da drenagem linfática axilar. Atualmente, as normas do American Joint Committee on Cancer (AJCC) permitem que o estadiamento axilar (pN) seja definido com o mínimo de seis linfonodos retirados em situações sem biópsia de linfonodo sentinela¹¹.

O EA, por ser uma cirurgia mais extensa, com retirada de mais nódulos linfáticos, pode gerar maior morbidade e mais complicações para as pacientes quando comparado à BLS, tais como:

Linfedema

É a complicação de maior preocupação para as pacientes. Não existem grandes estudos populacionais que estimem a incidência. Segundo o estudo AMAROS, que avaliou se a RT axilar oferece controle local comparável ao EA em pacientes selecionadas com BLS positiva para metástase, após cinco anos de seguimento, o linfedema foi significativamente mais frequente no grupo submetido ao EA (29,4%) quando comparado ao grupo submetido à RT axilar (14,6%).

Na literatura, há ampla variação na definição, nos métodos de avaliação, nas características de pacientes, na extensão da cirurgia e da RT e no tempo de acompanhamento. As recomendações para prevenção incluem evitar traumatismo ou lesões, infecções e constrição do braço. Entre os tratamentos, encontramos a utilização de acessórios de compressão elástica, bombas de compressão, bandagens e fisioterapia específica (figura 1).

Figura 1. Linfedema após EA



Síndrome da rede axilar

Surgimento de cordões subcutâneos sensíveis estendendo-se da região lateral da axila para baixo, associado à dor e à limitação do movimento do braço.

Morbidade sensorial

Sequelas sensoriais relacionadas à divisão dos nervos sensoriais, mais notavelmente do nervo intercostobraquial, que inerva a porção interna superior do braço, a axila e o quadrante superolateral da mama.

Função da cintura escapular

Restrição na amplitude de movimento da cintura escapular.

Infecção

A celulite do braço, da parede torácica ou da mama é reconhecida, porém rara. Provavelmente, reflete uma diminuição da imunidade local após a cirurgia. As pacientes são orientadas a evitar injeções ou punções no lado operado.

3. BIÓPSIA DO LINFONODO SENTINELA

O linfonodo sentinela (LS) corresponde ao primeiro linfonodo que recebe a drenagem linfática da mama, sendo a axila o local de drenagem em 95% dos casos, na qual segue um padrão sequencial ordenado conforme os níveis de Berg. A maior parte da drenagem linfática da mama passa pelo plexo subareolar de Sappey e pelo plexo subcutâneo da pele sobrejacente, terminando no grupo peitoral e nos linfonodos axilares. A viabilidade na identificação do LS no intraoperatório foi desenvolvida com o intuito de evitar o EA nos pacientes com LS negativo, agregando menos morbidade ao procedimento¹.

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

