



Principais complicações cirúrgicas do câncer de mama

09





O tópico complicações cirúrgicas no tratamento do câncer de mama é de suma importância, pois pode impactar na demora do tratamento adjuvante complementar e alterar o prognóstico e a resposta preditiva, além de repercutir negativamente no bem-estar da paciente. Tais complicações e resoluções para esses problemas geram maior custo, não somente ao sistema de saúde (público ou privado), como para a paciente. Lembrando que as disparidades étnicas, socioeconômicas e políticas criam uma dificuldade de acesso ao sistema de saúde, desde o diagnóstico até o tratamento¹⁻³.

As taxas de complicações cirúrgicas são dependentes das condições clínicas prévias da paciente, de suas comorbidades, da faixa etária, do índice de massa corpórea, do estilo de vida não adequado (dieta, sedentarismo, tabagismo etc.), do porte cirúrgico e de complicações que podem ocorrer no tratamento neoadjuvante⁴. Nesse sentido, rigorosa anamnese e exame físico devem ser realizados e exames auxiliares específicos devem ser solicitados, se necessário, além de avaliações multidisciplinares para a caracterização do risco anestésico-cirúrgico e para a adequada evolução tumoral após o tratamento neoadjuvante^{5,6}. É fundamental explicar à paciente o procedimento cirúrgico para devida anuência, detalhando possíveis complicações ou alterações, que podem ocorrer em 20% a 50% dos casos, conforme a extensão cirúrgica e as circunstâncias clínicas da paciente⁷.

Ressaltamos que o câncer de mama, que é um dos cânceres mais prevalentes e a principal causa de mortalidade, é dependente de um fator de risco: a idade. Vários dados mostram um aumento gradativo da população idosa (≥ 65 anos) na incidência do câncer de mama, reflexo da maior expectativa de vida das populações desenvolvidas⁸. Especialidades, como a Oncogeriatria, têm crescido e são extremamente úteis na melhor condução desses casos^{9,10}.

As técnicas cirúrgicas envolvidas na terapêutica do câncer de mama podem ser^{7,11,12}:

- Cirurgia conservadora com ressecção do tumor e margens livres (para componente invasivo e/ou *in situ*): que pode ser acompanhada de exérese da pele supratumoral e, em algumas particularidades, com exérese do complexo aréolo-papilar (CAP) designado de quadrantectomia central;
- Mastectomia e suas variantes: que consistem na retirada da glândula mamária, podendo ser poupado o arcabouço de pele (mastectomia



preservadora de pele + exérese do CAP) ou com exérese da glândula mamária e manutenção do CAP (mastectomia preservadora do CAP ou adenomastectomia preservadora do CAP ou adenectomia). Mastectomia mais radical, às vezes, é necessária, conforme a extensão da lesão (tumor localmente avançado), principalmente com resposta inadequada à neoadjuvância. Exemplos de mastectomias mais radicais: a Halsted (com ressecção da mama, da axila e dos dois músculos peitorais – maior e menor), sendo muito rara sua necessidade; a Patey (com preservação do músculo peitoral maior); e a Madden-Auchincloss (com preservação dos dois músculos peitorais)¹³;

- Mastectomia por robótica: tem ganhado espaço, mas necessita de uma estrutura adequada, materiais específicos e curva de aprendizado da equipe cirúrgica¹⁴⁻¹⁶.

Outras situações e implicações nas quais as mastectomias e suas variantes são solicitadas incluem^{13,17,18}:

- Comprometimento importante das margens e impossibilidade de reexcisão;
- Recorrência após cirurgia conservadora e grande risco para outra recidiva;
- Tipos histológicos agressivos e má resposta a terapias neoadjuvantes;
- Variante patogênica em genes de alta penetrância (exemplos: BRCA-1, BRCA-2, PALB2, CDH1, PTEN, TP53) ou moderada penetrância com histórico familiar importante;
- Mastectomias profiláticas;
- Extensão tumoral (principalmente *in situ*) e/ou lesões multicêntricas;
- Resultado estético muito inadequado com a cirurgia conservadora;
- Desejo da paciente – ciente dos prós e dos contras.

As cirurgias mamárias podem ser acompanhadas de abordagem axilar: biópsia do linfonodo sentinela (BLS) e linfadenectomias seletivas ou totais (compreendendo a exérese de nível axilar I, II e III de Berg)¹⁸. As cirurgias de reconstrução podem ocorrer de forma imediata ou tardia (menos utilizada). São variáveis^{7,11,18}:



- Após cirurgia conservadora, envolvendo desde a técnica simples até a complexa (variedade oncoplástica, uso de retalhos, implante de prótese – raro – e lipoenxertia);
- Após mastectomia, abrangendo técnicas ou combinações de uso de implante de prótese, retalhos (principalmente músculo grande dorsal ou transverso reto-abdominal para maiores coberturas), lipoenxertia, mastopexia e correção de ptoses e rearranjo do CAP.

As principais complicações pós-operatórias, propriamente ditas, no tratamento do câncer de mama são locorregionais, podendo ter um impacto sistêmico:

- Seroma;
- Hemorragia e, às vezes, com necessidade de transfusão sanguínea e reabordagem cirúrgica;
- Infecção, às vezes, com contaminação do implante de prótese e sua perda;
- Deiscência parcial ou total e, às vezes, exposição do implante de prótese;
- Necrose do retalho;
- Necrose do CAP;
- Dores que podem tornar-se crônicas e cuidado com o uso de opioides e suas dependências¹⁹;
- Cicatrizes não adequadas (hipertróficas ou com queloides) que causam desconforto (dor e problema estético) e retração;
- Síndrome fantasma após mastectomia (algumas sentem o CAP, além de dor e prurido);
- Perda de sensibilidade, inclusive do CAP, e impacto na sua vida sexual;
- Assimetrias, distorções, retrações, abaulamento, enrugamento da pele, movimento não dinâmico da prótese e vários outros resultados de reconstrução mamária não adequado, que impactam desfavoravelmente no bem-estar psicossocial e sexual da paciente;
- Extrusão e perda do implante de prótese: situação rara, com ocorrência descrita inclusive após radioterapia no plastrão e reconstrução mamária tardia;
- Rotura da prótese;

- Linfoma anaplásico de grandes células após implante de prótese: um tipo incomum de linfoma não Hodgkin de células T, ocorrendo um caso a cada 250 mil a 500 mil casos, caracterizado por CD30+, células anaplásicas grandes, estando situado ao redor da cápsula, em média após nove a dez anos da cirurgia de colocação das próteses. Cerca de 85% dos casos estão relacionados com seromas crônicos pericapsulares, de causas multifatoriais, com doenças localizadas na exérese da cápsula e em massas associadas são suficientes¹¹;
- Contratura capsular, que pode provocar dor, assimetrias e endurecimento importantes e, nesses casos, a troca da prótese deverá ser considerada, com inclusão da capsulectomia;
- Parestesias, com sensação de formigamento na face medial do braço, decorrentes da lesão do nervo intercostobraquial na dissecação axilar (seja BLS ou com risco maior nas linfadenectomias);
- Linfedemas decorrentes dos somatários de risco (alto IMC, radio-terapia, quimioterapia, predisposição étnica, comorbidades, sedentarismo, tabagismo etc.), além da dissecação axilar de BLS e de linfadenectomias totais impingindo maior dano arquitetural à drenagem linfática;
- Disfunção de mobilidade do membro superior com queixa de mais dor, inchaço e mobilidade restrita;
- Plexopatia braquial: caso grave e invariavelmente decorrente do mal posicionamento de membro superior na cirurgia, inclusive em uma paciente que já apresentava alterações prévias desse ombro e de sua mobilidade. Requer fisioterapias específicas e terapias medicamentosas. Metástase dessa região deve ser descartada.

Outras complicações e consequências do tratamento do câncer de mama estão relacionadas ao impacto psicossocial e sexual, como diminuição da produtividade, alteração da dinâmica familiar e social, na saúde mental e na disfunção sexual, em suma, na qualidade de vida de modo geral²⁰.

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

