

Critérios para adoção de técnicas conservativas no tratamento cirúrgico do câncer de mama

ANTONIO FRANCO MONTORO¹

Unitermos: Mama — Câncer. Mastectomia.

Key words: Breast — Neoplasms. Mastectomy.

RESUMO — Defendendo a obrigatoriedade de ser seletiva a extensão do tratamento cirúrgico do câncer de mama, pela adaptação da amplitude da ressecção operatória às necessidades impostas pela doença, o autor expõe e justifica os parâmetros utilizados para a adoção dos procedimentos conservativos, a partir da mastectomia radical clássica.

Desde 1894, quando Halsted⁽⁵⁾ apresentou os primeiros resultados favoráveis no tratamento cirúrgico do câncer de mama através de técnica pessoal — a mastectomia radical clássica — este procedimento vem-se mantendo como modalidade terapêutica praticada em todos os cantos do mundo. Contestada por alguns como insuficiente⁽⁸⁾, esta técnica sofreu uma série de ampliações, buscando melhorar seus resultados. Vivia-se, então, época na qual ocorria uma supervalorização das vias de drenagem linfática da mama e acreditava-se que o ponto principal para obtenção da cura da moléstia residia na remoção, tão extensa quanto possível, dos canais linfáticos, drenando o tecido mamário lesado.

Fundamentada nesta crença, surgiu uma série de procedimentos cirúrgicos, ampliando a retirada de tecidos linfáticos da cadeia mamária interna⁽²¹⁾, da fossa supraclavicular⁽²⁴⁾ e incluindo, também, os linfonodos do mediastino anterior⁽²³⁾. Após algum tempo de observação, chegou-se à conclusão de que tais ampliações não redundavam em aumento das taxas de sobrevivência nas pacientes tratadas por tais procedimentos mais extensos⁽⁷⁾.

Ainda, durante o período de observação dos resultados por técnicas alargadas, já despontava outro grupo de contestadores⁽³⁾, que considerava a cirurgia de Halsted como desnecessariamente ampla para curar um grupo de pacientes exibindo a moléstia em grau de desenvolvimento menos pronunciado. Nesse sentido, foram sucessivamente

surgindo técnicas de menor amplitude, tendo a primeira manifestação sido apresentada por Patey⁽¹⁷⁾, que preconizava a preservação do músculo grande peitoral para garantir menor grau de mutilação, sem prejuízo da finalidade radical buscada pela mastectomia clássica. Esta técnica, consagrada como mastectomia radical modificada, ganhou adeptos e representa hoje o procedimento cirúrgico mais freqüentemente praticado para o tratamento cirúrgico da paciente com câncer de mama⁽⁶⁾.

Posteriormente, técnicas preservando não apenas o grande, mas também o músculo pequeno peitoral, passaram a ser praticadas⁽¹⁾, para reduzir o grau de deformidade provocado pela ablação muscular. Em seguida, a própria glândula mamária passou a ser considerada como passível de ressecções parciais, através de técnicas conservativas como a tumorectomia⁽¹⁶⁾ ou a quadrantectomia mamária⁽²²⁾.

Outra alternativa conservacionista foi apresentada pela mastectomia simples, com delegação da limpeza linfática axilar a outras armas terapêuticas, como a radioterapia⁽¹⁰⁾. Por último, surgiu uma modalidade terapêutica restringindo a ressecção apenas ao parênquima glandular, com preservação da pele que recobre a mama, bem como da atmosfera gordurosa subcutânea⁽¹⁹⁾.

Todas estas modalidades procuram atender e conciliar duas realidades inegáveis, vigentes nos dias em que vivemos. Em primeiro lugar, os anseios da paciente com câncer de mama, que deseja a cura da moléstia, sem que ela se faça necessariamente à custa de uma mutilação. A outra realidade aponta a disseminação sistêmica da lesão como causa responsável pelos insucessos do tratamento, atribuindo ao crescimento local e sua extensão regional axilar um fator menos relevante para que a cura da moléstia seja lograda.

Trabalho realizado na Clínica de Mastologia, Hospital Oswaldo Cruz, São Paulo.

1. Mastologista. Doutor em Medicina FMUSP. 1º Vice-Presidente da Sociedade Latino-Americana de Mastologia. Presidente da Comissão de Prevenção e Detecção do Câncer da Sociedade Brasileira de Cancerologia.

Na verdade, a operação de Halsted é por vezes insuficiente para determinadas pacientes com neoplasia avançada de mama. Em outras circunstâncias, ela é desnecessariamente mutilante para curar pacientes com formas menos evoluídas de moléstia.

Convencidos que o tratamento cirúrgico ideal a ser imposto à portadora de câncer de mama deva ser seletivo e adequado às necessidades impostas pelo grau de desenvolvimento da moléstia, adotamos⁽¹⁴⁾ um leque de alternativas cirúrgicas, cuja escolha se apoiou primordialmente no estabelecimento de alguns critérios seletivos. A figura 1 demonstra a frequência com que as alternativas foram utilizadas.

Os procedimentos cirúrgicos empregados nesta linha conservacionista são, sumariamente, de quatro tipos:

1º) Operação de Patey, ou seja, a mastectomia radical modificada, na qual se executa uma ressecção cirúrgica com limpeza axilar semelhante àquela proposta por Halsted, apenas modificada pela conservação do músculo grande peitoral^(11,13).

2º) Operação de Auschincloss, na qual se pratica a preservação de ambos os músculos peitorais, com a linfadenectomia englobando apenas os linfonodos restritos ao grupo inferior da axila.

3º) Quadrantectomia — Esta conduta restringe a ressecção do quadrante, englobando a neoplasia, seguida

da linfadenectomia axilar, executada em monobloco ou em duas peças, em função do quadrante removido. Este procedimento é sempre complementado pela irradiação da mama residual. A opção da linfadenectomia, com preservação apenas do grande peitoral ou de ambos os músculos, é ditada por razões táticas durante a própria execução da linfadenectomia, quando o reconhecimento de um músculo pequeno peitoral mais delgado e mais flexível tornar viável a realização da limpeza linfática até o ápice da axila, sem obrigatoriedade da sua ressecção.

A 4ª alternativa se refere à execução da mastectomia subcutânea, com ou sem preservação da aréola, em função de parâmetros a serem expostos mais adiante e normalmente de alcance bilateral.

A escolha da técnica conservacionista entre estas quatro opções é ditada pela adoção de critérios seletivos, cuja ordem decrescente de importância é constituída pelos seguintes parâmetros: 1º) estadiamento clínico da moléstia; 2º) localização do tumor na mama; 3º) tipo histológico da neoplasia; 4º) avaliação termográfica mamária; 5º) condições gerais da paciente.

1º) Os estádios clínicos da moléstia são baseados na classificação da União Internacional Contra o Câncer, sistema TNM⁽²⁰⁾, no qual T indica o grau de extensão do tumor primário, N o índice de comprometimento regional da neoplasia à axila e M a existência ou não de metástase.

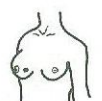
ESTÁDIO CLÍNICO		TÉCNICA	FREQÜÊNCIA
II	 CIRURGIA	PATEY	63%
	 CIRURGIA + RXT		
I	 CIRURGIA	AUSCHINCLOSS OU QUADRANTECTOMIA	8%
	 CIRURGIA + RXT		27%
TIS (CA IN SITU)	 CIRURGIA	MASTECTOMIA SUBCUTÂNEA BILATERAL	2%
			AFM '84

Fig. 1
Diagrama
relacionando o
grau de
desenvolvimento
da moléstia com
os procedimentos
terapêuticos
loco-regionais e
os percentuais
utilizados
pelo autor
durante 1984

ses à distância. Tais símbolos condicionam os estádios clínicos de moléstia I, II, III e IV, que, didaticamente, induzem às seguintes situações: I — tumor limitado à mama; II — tumor já propagado à axila; III — tumor primário avançado; IV — tumor já disseminado.

Apenas as neoplasias de graus T_1 e T_2 , ou seja, com diâmetros tumorais até 2cm e até 5cm, respectivamente, comportam condutas conservacionistas. Desde que a massa tumoral não ultrapasse 2cm, há a possibilidade de restringir a extensão cirúrgica a uma quadrantectomia mamária.

A ocorrência de T_2 de tumores com até 5cm permite a execução de mastectomia radical modificada, com preservação do músculo grande peitoral e excepcionalmente a conservação dos dois peitorais.

O símbolo N_0 , indicativo de avaliação clínica de axila negativa, ou seja, de ausência de comprometimento tumoral, não exclui a obrigatoriedade de estender à axila qualquer procedimento cirúrgico com finalidade curativa.

Esta conduta é uma consequência de estudos comparativos que indicam erros de avaliação nas estimativas de axila negativa ou de comprometimento axilar pelos métodos clínicos, quando confrontados com estudos histológicos das peças examinadas. Tais erros atingiram um nível de 30% nos dois sentidos^(9,15).

A simples constatação de comprometimento axilar, com estabelecimento do símbolo N_1 , contra-indica uma postura de restringir a ressecção cirúrgica ao quadrante comprometido. Essas pacientes devem receber tratamento mais extenso, da envergadura de uma mastectomia modificada.

A existência de M_1 em paciente com disseminação da moléstia invalida qualquer tentativa cirúrgica de finalidade curativa da moléstia, mas permite a adoção de terapêuticas loco-regionais para controle parcial da moléstia por medidas cirúrgicas ou radioterápicas, insuficientes, porém, na tarefa de eliminação da moléstia.

2º) O parâmetro de localização do tumor na mama implica modificações de conduta, em função da área ocupada pela massa tumoral. Sempre que o foco de malignidade esteja em área próxima ou na própria aréola, a amplitude da técnica cirúrgica ultrapassa os limites da quadrantectomia, com obrigatoriedade de execução da mastectomia.

As massas neoplásicas situadas nas vizinhanças da linha mediana, de proximidade da cadeia ganglionar mamária interna, ainda que não modifiquem a extensão cirúrgica, condicionam a ampliação da agressão loco-regional, pela complementação terapêutica desta área a cargo da radioterapia.

Como elemento modificador deste parâmetro, é também usada uma estimativa que relaciona a massa tumoral com o volume mamário contendo tal massa. Um diâmetro tumoral de 3cm abrigado numa mama excessivamente volumosa representa um fator de melhor prognóstico quando confrontado com outra paciente que exiba, numa mama pequena, uma neoplasia de apenas 2cm.

3º) O tipo histológico da neoplasia representa um parâmetro muito importante na escolha da conduta da mastectomia subcutânea bilateral.

Desde que o aspecto microscópico indique tratar-se de carcinoma lobular pré-invasivo, as possibilidades de bilateralidade⁽¹⁸⁾ em taxa superior a 20% das pacientes e os riscos da ordem de 40% da existência de outros focos de malignidade obrigam a remoção bilateral do parênquima mamário de forma radical, com inclusão do complexo aréolo-papilar da mama atingida, sempre que o foco neoplásico esteja junto à aréola.

Renova-se neste procedimento a obrigatoriedade da limpeza axilar, fundamentada nos erros potenciais de avaliação clínica de uma axila negativa.

O 4º parâmetro, de caráter funcional, avalia o grau de hipertemia exibido pelo tumor, que espelha em graus o nível de atividade metabólica provocada pela multiplicação celular⁽¹²⁾.

O parâmetro indica a característica de impulso evolutivo, descrito como PEV pela Escola Francesa de Villejuif⁽⁴⁾. As neoplasias consideradas de grande impulso evolutivo, com gradiente térmico superior a 3°C em relação à mama oposta, são consideradas como não adequadas para procedimentos conservativos em nível de quadrantectomia⁽²⁾.

5º) O último parâmetro avalia as condições clínicas da paciente ou a sua faixa etária para execução de terapêuticas cirúrgicas compatíveis com a previsão de sua sobrevivência, ou seja, não se deve pretender oferecer, através de cirurgias mais traumatizantes, taxas de sobrevivência que ultrapassem aquelas previstas e impostas pelo estado geral ou pela idade avançada das pacientes.

SUMMARY

Supporting that the extension of the surgical treatment for breast cancer should be selective, through the conciliation of the magnitude of the operative resection to the conditions imposed by the disease, the author presents and justifies the utilized parameters for the conservative procedures, starting from the classical radical mastectomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AUSCHINCLOSS, H Significance of location and number of axillary metastases in carcinoma of the breast: a justification for a conservative operation. *Ann. Surg.* 158: 37, 1963.
2. BARBOSA, EM; MONTORO, AF; MONTEIRO, DM; VILLANO, JB Confronto do nível de hipertermia mamária com o grau de comprometimento axilar, para avaliação prognóstica do câncer de mama. In: MONTORO, AF Prevenção e detecção do câncer de mama. São Paulo, McGraw-Hill, 1979. p. 133.
3. CRILE JR, G Simplified treatment of cancer of the breast: early results of a clinical study. *Ann. Surg.* 153: 745, 1961.
4. DENOIX, P Treatment of malignant tumors. New York, Springer-Verlag, 1970.
5. HALSTED, WS Results of operations for cure of cancer of breast performed at John Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *Ann. Surg.* 20: 497, 1894.
6. KINNE, DW Surgical management of primary breast cancer. *Cancer*, 51: 2.540, 1983.
7. LACOUR, J; BUSCALOSSO, P; CACERES, E; JACOBELLI, G; KOSZAROWSKI, T; LE, M; RÚMEAU-ROUQUETTE, G; VERONESI, U Radical mastectomy versus mastectomy plus internal mammary dissection: five year results of an international cooperative study. *Cancer*, 37: 206, 1976.
8. MARGOTTINI, M Arguments in favor of super radical operations for cancer of the breast. *Acta Unio Internat. Contra Cancerum*, 15: 1.037, 1958.
9. McNAIR, TJ & DUDDLEY, HAF Axillary lymph-nodes in patients without breast carcinoma. *Lancet*, 2: 713, 1960.
10. Mc WHIRTER, R Simple mastectomy and radiotherapy in the treatment of breast cancer. *Br. J. Radiol.* 28: 128, 1955.
11. MONTORO, AF Mastectomia radical modificada. *Rev. Ass. Med. Bras.* 19: 61, 1973.
12. MONTORO, AF & BARBOSA, EM Teletermografia e câncer de mama. *Rev. Ass. Med. Bras.* 27: 66, 1981.
13. MONTORO, AF & MONTEIRO, DM Comparative study of axillary involvement in surgical specimens: Halsted versus Patey techniques. *Breast*, 4: 20, 1978.
14. MONTORO, AF; RIVERA, JS; BARBOSA, EM; SANTOS, RC Extensão seletiva da cirurgia no tratamento do carcinoma de mama. *Rev. Ass. Med. Bras.* 24: 131, 1978.
15. MARROW, M; EVANS, J; ROSEN, PP; KINNE, DW Does clearing of axillary lymph nodes contribute to accurate staging of breast carcinoma. *Cancer*, 53: 1.329, 1984.
16. MUSTAKALIO, S Treatment of breast cancer by tumor extirpation and roentgen therapy instead of radical operations. *J. Fac. Radiologists*, 6: 23, 1954.
17. PATEY, DH & DYSON, WH The prognosis of the carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. *Br. J. Cancer*, 2: 7, 1948.
18. QUALHEIM, RE & GALL, EA Breast carcinoma with multiple sites of origin. *Cancer*, 10: 460, 1957.
19. SNYDERMAN, RK Subcutaneous mastectomy with immediate prosthetic reconstruction: an operation in search of patients. *Plast. Reconstr. Surg.* 53: 583, 1974.
20. UICC (Union Internationale Contre le Cancer) — TNM classification of malignant tumors. Geneve, 1974. TNM classification of breast cancer. Geneve, 1982.
21. URBAN, JA Radical mastectomy with en bloc in continuity resection of the internal mammary lymph node chain. *Surg. Clin. North Am.* 36: 1.065, 1956.
22. VERONESI, U; SACCOZZI, R; DeVECCHIO, M Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N. Engl. J. Med.* 305: 6, 1981.
23. VERONESI, U & ZINGO, L Tenica chirurgica di amputazione mammaria associata a linfodectomia ascellare e mediastinica. *Tumori*, 55: 413, 1969.
24. WANGENSTEEN, OH; LEWIS, FJ; ARHELGER, SW The extended or super radical mastectomy for carcinoma of the breast. *Surg. Clin. North Am.* 36: 1.051, 1956.

TELE-CAN

270-1233

Para maiores informações, procure a
Rede Feminina de Combate ao Câncer, da Fundação Antônio Prudente,
 pelo telefone
 (011) 278-0826, das
 12 às 18 horas,
 ou à Rua Professor
 Antônio Prudente, 211
 01509 - Liberdade - São Paulo