

TRATAMENTO CIRÚRGICO E RECONSTRUTIVO DO CÂNCER DE MAMA BILATERAL: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

THERAPEUTIC SURGERY IN BILATERAL BREAST CANCER: CASE REPORT AND BIBLIOGRAPHY

DONCATTO, Léo Francisco - MD. - PhD*; ASCOLI, Tadeu Anderson de Castro - MD.**; DIAS, Eleonora Souza - MD.***

*Doutor em Medicina PUC-RS - Professor de Cirurgia Plástica do Curso de Medicina da ULBRA - RS; Cirurgião Plástico do Hospita Materno Infantil Presidente Vargas - RS; **Aluna do 12º. Semestre do Curso de Medicina da ULBRA-RS; ***Mestranda em Medicina-UFRGS – Mastologista do Hospita Materno Infantil Presidente Vargas –RS. TRabalho de Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Ulbra – RS.

DR. LEO FRANCISCO DONCATTO

Rua Mostardeiro 780 cj 202 - Moinhos de Ventos - Porto Alegre - RS - CEP 90.430.000 - Fone- (51) 33331177
doncatto@terra.com.br

DESCRITORES

câncer de mama bilateral, reconstrução mamária, retalho TRAM, cirurgia plástica, retalho miocutâneo

KEYWORDS

bilateral breast cancer, breast reconstruction, TRAM flap, plastic surgery, miocutaneous flap

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é um dos tipos mais comuns de câncer na mulher, sendo a mastectomia radical uma das terapias utilizadas. **Objetivo:** é relatar um caso em que, na presença de neoplasia mamária metacrônica. **Método:** Por ter apresentado particularidades, optou-se pela reconstrução autóloga da mama nos dois momentos de apresentação desta neoplasia. **Discussão:** A reconstrução autóloga da mama, por recriar uma mama natural e simétrica, é uma opção que ajuda na recuperação da auto-estima e no sentimento de bem estar. Em casos onde se faz necessário uma segunda mastectomia, o uso de retalhos diferentes do retalho TRAM se faz necessário, sendo fundamental o domínio de outras técnicas. São discutidas as opções de reconstrução mamária apresentadas neste caso. **Conclusão:** A aplicação de retalhos miocutâneos na reconstrução de mama, em câncer metacrônico, com bom favoráveis.

ABSTRACT

Background: The breast cancer is one of the most common type of cancer in women, and among therapeutic possibilities, radical mastectomy is an option commonly used. **Objective:** we report a case in which the presence of metachronous breast cancer. **Methods:** Representing these particularities. **Discussion:** Autologous breast reconstruction, for recreating a natural and symmetrical mamma, is an option that helps in the recovery of the self-esteem and in the feeling of well being. In cases where is necessary a second mastectomy, the use of different flaps from TRAM flap is made necessary, being fundamental the knowledge of other techniques. we report a case in which the presence of metachronous breast cancer was opted for the autologous reconstruction in

the two moments of the presentation of this neoplasia. The options of mammary reconstruction are discussed in this case. Conclusion: The miocutaneous flap use in breast reconstruction, in a metachronous breast cancer case, with good results.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. A sua incidência apresentou um crescimento contínuo na última década, o que pode ser resultado de mudanças sócio-demográficas e acessibilidade aos serviços de saúde. Estima-se que a sobrevida média geral cumulativa após cinco anos seja de 65% nos países desenvolvidos, e de 56% para os países em desenvolvimento. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%¹. Dentre os tipos de câncer de mama, destaca-se o carcinoma ductal da mama, que é uma neoplasia pré-invasiva, comumente evidenciada em mulheres no momento da avaliação mamográfica. É heterogêneo, com aspectos biológicos e clínicos que se associam com a probabilidade de carcinoma invasivo de mama e recorrência tumoral². A mastectomia é muitas vezes a mais importante arma terapêutica para o caso e a reconstrução da mama pode ajudar na recuperação da auto-estima e no sentimento de bem estar. Tanto a reconstrução autóloga, quanto aquela que utiliza expansores de pele e implantes de silicone, tem por objetivo criar uma mama natural e simétrica, trazendo benefício físico e mental. Uma vantagem do retalho transversal do músculo reto do abdome (retalho TRAM) é a obtenção de uma mama de aspecto mais natural, com uma ptose discreta, com textura, cor e consistência semelhantes à mama original, além de permitir o retorno da sensibilidade à nova mama, além de melhorar a perfusão vascular da pele da pele, tolerando melhor a radioterapia³.

O caso apresentado teve uma evolução oncológica desfavorável, embora tenha tido cirurgias de reconstrução adequadas e permita discutir as opções cirúrgicas de tratamento reconstrutivo pós-mastectomia, em pacientes com câncer de mama bilateral metacrônico, muitas vezes com prognóstico reservado.

RELATO DE CASO

É apresentado o caso de F.M.A., 55 anos, branca, natural de Rosário do Sul e procedente de Porto Alegre, pós-menopáusia, admitida em 20.12.2000 no Hospital Presidente Vargas de Porto Alegre para mastectomia radical da mama direita, com esvaziamento axilar e reconstrução imediata com retalho TRAM. (Figura 2) O anátomo patológico evidenciou carcinoma ductal infiltrante do tipo não especial da mama, com microcalcificações e invasão linfática, metástases em oito linfonodos axilares de 22 identificados (níveis I, II e III), e bordos cirúrgicos livres. Avaliação cintilográfica sem alterações sugestivas de metástases à distância, além de ecografia abdominal total e radiografia de tórax também sem sinais de comprometimento metastático. Após a cirurgia, teve uma evolução favorável, recebeu alta hospitalar no sexto dia de pós-operatório, sendo optado por tratamento com radioterapia (24 sessões) e terapia hormonal adjuvante com tamoxifeno (20mg/dia). No pós-operatório, a paciente fez acompanhamento oncológico de rotina, tendo retornado em 24/12/2002, sendo encaminhada para reavaliação, pela presença de nódulo em mama contralateral, percebido aproximadamente um mês antes da mesma consulta. Realizou mamografia com aspecto fibro-glomerular heterogeneamente densa, com calcificações de aspecto benigno, e classificação BIRADS II, e ecografia mamária revelando imagem com densidade heterogênea, com 2,2cm no maior diâmetro, sendo realizada punção-biópsia por agulha fina, apresentando material escasso sem atipias. Achados discutidos pela equipe de mastologia, que optou por nodulectomia (07/03/2003), que teve aspecto anatomo-patológico compatível com carcinoma ductal infiltrante, tipo histológico especial, grau II de Elston e Ellis, associado à carcinoma intraductal do tipo comedocarcinoma, atingindo limites cirúrgicos de menos de 0,1 cm do limite cirúrgico mais próximo. A paciente foi então submetida à mastectomia radical à esquerda e esvaziamento axilar (09/04/2003), com reconstrução imediata com retalho de músculo grande dorsal e um implante de silicone de 190 cc (Figuras 3). O exame anátomo-patológico de mama apresentou uma marcada fibrose e focos de adenose esclerosante, margens cirúrgicas livres, metástases em seis dentre oito linfonodos examinados. Foi-lhe indicada quimioterapia e radioterapia. Permaneceu em acompanhamento ambulatorial até 26/02/2004, quando foi admitida por dor abdominal secundária à ascite associada de etiologia neoplásica. Apresentou peritonite secundária, indo a óbito em 02/03/2004.



Figura 2 – Reconstrução com retalho TRM da primeira mastectomia a direita e planejamento da reconstrução com o retalho do músculo grande dorsal da segunda mastectomia a esquerda.



Figura 3 – Pós-operatório de reconstrução da mama direita com o retalho TRAM e da mama esquerda com o retalho do músculo grande dorsal.

DISCUSSÃO

Carcinoma ductal infiltrante consiste de uma proliferação clonal de células com aspecto maligno, com acúmulo dentro do lúmen dos ductos mamários. Esta lesão, que precede o carcinoma ductal invasor, é freqüentemente diagnosticada em mamografias, tendo nos últimos 20 anos um aumento dramático na incidência, concomitante ao uso em larga escala de mamografia no rastreamento do câncer de mama⁴. Idade avançada, doença mamária benigna, história familiar de câncer de mama e nuligesta ou idade avançada no momento da primeira gestação a termo, são associadas a um alto risco tanto de câncer de mama invasivo quanto carcinoma intraductal⁵.

Estudos populacionais demonstram correlação com mutação nos genes BRCA1 ou BRCA2, e a reposição hormonal pós-menopausa parece aumentar o risco deste tipo de neoplasia^{6,7}. Historicamente, o carcinoma intraductal foi tratado com mastectomia, com índices de cura de até 98% das lesões. Mulheres com este tipo de neoplasia apresentam risco de tumor secundário (invasivo ou in situ) na mama contra-lateral, sendo as taxas de recorrência semelhantes aos daquelas mulheres com neoplasia primária invasiva de 0,5 a 1% ao ano⁸.

Estima-se que a partir do momento do tratamento, 5 a 10% das mulheres tratadas irão subseqüentemente desenvolver neoplasia na mama contralateral, podendo surgir até 30 anos após o tratamento inicial⁹. Kollias e cols¹⁰, descrevendo um estudo retrospectivo com 3.211 mulheres com idade inferior a 70 anos, demonstraram uma incidência de carcinoma contra-lateral metacrônico de mama de 6,4 / 1000 mulheres-ano, cerca de quatro vezes maior do que o esperado na população feminina em geral¹⁰.

A definição da técnica indicada para a reconstrução mamária é mais fácil para a primeira mama acometida pelo câncer, ao contrário da reconstrução da segunda mama acometida, onde a técnica cirúrgica selecionada muitas vezes apresenta limitações.

Há diversas combinações de técnicas que podem ser utilizadas e que dependerão das condições locais da área da mastectomia, da necessidade de radioterapia pós-operatória, das condições das áreas doadoras, das preferências do cirurgião e da opção da paciente, após ser adequadamente informada. (Tabela 1)

Para indicar o retalho TRAM, considera-se o tamanho e a simetria da mama oposta remanescente, relacionando com a área doadora e se há previsão de radioterapia pós-operatória. Quando a área doadora abdominal é suficiente, a mama remanescente é grande, ptosada e se a paciente apresentar grande perda cutânea, esta técnica é a mais adequada.

O retalho do músculo grande dorsal apresenta a desvantagem de deixar uma cicatriz aparente nas costas, ainda mal aceita pelas pacientes e a necessidade de utilizar um implante mamário de silicone para dar mais volume à nova mama. Toleram melhor a radioterapia do que os expansores de pele, em nosso meio, tem tido a sua indicação principal, quando o retalho TRAM ou os expansores tem a sua indicação excluída.

Os expansores de pele e o implantes de silicone tem tido um aumento em suas indicações, pelo aumento do número de casos com diagnóstico precoce, permitindo uma

cirurgia conservadora, com um retalho torácico mais espesso e, até com a preservação do complexo aréolo-mamilar. Uma das limitações para o seu uso está associado à necessidade de radioterapia, a mutilação da parede torácica, ao elevado custo do material¹¹. Tem sido hoje, a primeira ou segunda opção em casos de reconstrução mamária.

No caso descrito, optamos pela reconstrução da primeira mama com o retalho TRAM e para a segunda, indicamos o retalho do músculo grande dorsal. A indicação de cada técnica, ao seu tempo, foi tomada após debates, havendo consenso entre as equipes médicas e a paciente. Ambas as mamas receberam radioterapia pós-operatória, sendo este um fator muito importante para a seleção das técnicas utilizadas. A paciente, apesar de uma evolução clínica desfavorável, teve uma boa evolução cirúrgica, com resultado estético favorável e sem complicações, mesmo após a radioterapia.

As complicações mais freqüentes observadas com transposição de retalhos, tem no tabagismo um risco elevado de necrose do tecido gorduroso, infecção de ferida operatória, necrose do retalho e necrose da transposição da mastectomia¹². A obesidade é outro fator relacionada com a formação de hematoma, necrose gordurosa e infecção de ferida operatória. Porém, os retalhos apresentam taxa elevada de complicações, quando se indica a radioterapia imediatamente após a reconstrução mamária, sendo expressos a necrose gordurosa, diminuição do volume mamário e contração do retalho. Entretanto, se comparado com o uso de implantes, observa-se uma taxa até 40% maior de complicações quando houver radioterapia pós-operatória¹⁴. Pacientes submetidas à radioterapia imediatamente após mastectomia e reconstrução com TRAM, após um período médio de 26,4 meses, descreveram que 87% das pacientes apresentaram resultados cosméticos como bons ou excelentes, tendo sido as complicações relacionadas em 60% a eritema discreto, 13% eritema moderado, 7% eritema severo¹⁵.

Tabela 1 - Combinações possíveis segundo as diferentes formas de reconstrução mamária em casos de mastectomia bilateral.

| COMBINAÇÕES | RETALHO TRAM | RETALHO GRANDE DORSAL | EXPANSOR DE PELE |
|-------------|--------------|-----------------------|------------------|
| 1 | PM | SM | |
| 2 | PM | | SM |
| 3 | SM | PM | |
| 4 | SM | | PM |
| 5 | | PM | SM |
| 6 | | SM | PM |

Legendas: PM - primeira mastectomia; SM - segunda mastectomia (sm)

CONCLUSÃO

Uma boa alternativa para pacientes submetidas à reconstrução mamária, pós-mastectomia, por câncer de mama metacrômico, é a utilização do retalho TRAM para a primeira mastectomia e o músculo grande dorsal para a segunda mastectomia. Permitiu obter-se um bom resultado estético, com baixas taxas de complicações, além de melhorar a tolerabilidade à radioterapia pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1 - *Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

2 - Burstein HJ, Polyak K, Wong JS, Lester SC, Kaelin CM. Ductal carcinoma in situ of the breast. *N Engl J Med*. 2004 Apr 1;350(14):1430-41

3 - Selber JC, Kurichi JE, Vega SJ, Sonnad SS e cols. Risk factors and complications in free TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2006 May;56(5):492-7.

4 - Allred DC, Mohsin SK, Fuqua SAW. Histological and biological evolution of human premalignant breast disease. *Endocr Relat Cancer* 2001;8:47-61

5 - Claus EB, Stowe M, Carter D. Breast carcinoma in situ: risk factors and screening patterns. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:1811-1817

6 - Claus EB, Stowe M, Carter D. Family history of breast and ovarian cancer and the risk of breast carcinoma in situ. *Breast Cancer Res Treat* 2003;78:7-15

7 - Chen W, Schnitt S, Rosner BA, Colditz GA. Influence of postmenopausal hormone use (PMH) on

breast cancer tumor characteristics. *Prog Proc Am Soc Clin Oncol* 2003;22:845.

8 - Habel LA, Moe RE, Daling JR, Holte S e cols. Risk of contralateral breast cancer among women with carcinoma in situ of the breast. *Ann Surg* 1997;225:69-75

9 - Broet P, de la Rochefordiere A, Scholl SM, Fourquet A, e cols. Contralateral breast cancer: annual incidence and risk parameters. *J Clin Oncol*. 1995 Jul;13(7):1578-83.

10 - Kollias J, Ellis IO, Elston CW, Blamey RW. Clinical and histological predictors of contralateral breast cancer. *Eur J Surg Oncol*. 1999 Dec;25(6):584-9.

11 - Chang DW, Kroll SS, Dackiw A, Singletary SE e cols. Reconstructive management of contralateral breast cancer in patients who previously underwent unilateral breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Aug;108(2):352-8

12 - Siana JE, Rex S, Gottrup F. The effect of cigarette smoking on wound healing. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 1989;23:207.

13 - Chang DW, Wang B, Robb GL, et al. Effect of obesity on flap and donorsite complications in free transverse rectus abdominis myocutaneous flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:1640-1648

14 - Pomahac B, Recht A, May JW, Hergueter CA, Slavin SA. New trends in breast cancer management: is the era of immediate breast reconstruction changing? *Ann Surg*. 2006 Aug;244(2):282-8.

15 - Halyard MY, McCombs KE, Wong WW, Buchel EW e cols. Acute and chronic results of adjuvant radiotherapy after mastectomy and Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous (TRAM) flap reconstruction for breast cancer. *Am J Clin Oncol*. 2004 Aug;27(4):389-94.