

Cirurgia conservadora da mama 1981-2002: uma visão histórica

Conservative breast surgery 1981-2002: a historical view

Rodrigo Simões Castilho¹; Washington Cançado de Amorim²; João Lúcio dos Santos Júnior²; Cezar de Alencar Lima Rezende²

RESUMO

Este trabalho foi realizado com o objetivo de estudar a evolução da cirurgia conservadora no período de 1981-2002 no tratamento do câncer de mama da mulher. Para isso, os métodos utilizados foram de levantamento bibliográfico realizado junto à Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFMG, sítio da Biblioteca Universitária e Portal da Capes. Após a confirmação de que a cirurgia conservadora não altera a sobrevida nas pacientes portadoras de câncer de mama, mas tem efeito consideravelmente benéfico no aspecto psicossocial e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas mulheres, concluiu-se que a opção por esse tipo de cirurgia deve sempre ser tomada por uma equipe multidisciplinar, mediante avaliação completa da paciente, contando com a participação ativa da mesma, com o objetivo de reintegrá-la o mais rápido possível às suas atividades habituais. Houve também a constatação da elaboração de diversas técnicas cirúrgicas que melhoraram significativamente os resultados estéticos, especialmente a técnica do retalho bilobulado descrito no Hospital das Clínicas da UFMG por Tostes *et al.* (1999). **Palavras-chave:** Neoplasias Mamárias; Mastectomia Segmentar; Mamoplastia.

¹ Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
² Professores adjuntos do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

ABSTRACT

The goal of this systematic review was to assess the evolution of conservative breast surgery in the treatment of women's breast cancer from 1981 to 2002. The literature was selected from Medline, Capes databases and the UFMG Medical College. Twenty-two studies were undertaken, reporting oncological and cosmetic aspects. After the confirmation that the conservative surgery does not affect the survival in breast cancer patients, but has a considerably favorable effect in the psycho-social aspect and therefore in these women's life quality, we concluded that the option for this kind of surgery should always be taken by a multidisciplinary team, by a full assessment of the patient, with the patient's participation herself, aiming to reintegrate her to usual activities as soon as possible. There was also the confirmation of the elaboration of various surgical techniques that significantly improved the cosmetic results, with emphasis on the bilobulated flap technique described at the Clinical Hospital of UFMG by Tostes et al.

Key words: Breast Neoplasms; Mastectomy, Segmental; Mammoplasty.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é provavelmente a doença mais temida pelas mulheres devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção de sexualidade e a imagem pessoal.^{1,2,3} Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima dessa faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.¹

Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
Rodrigo Simões Castilho
Rua: Sagarana, 156 / 401 – Bairro Santo Antônio
Belo Horizonte – MG
CEP: 30330-210
E-mail: rodrigocastilho@ig.com.br

Esse tipo de câncer representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte entre as mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência em todos os países. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 1960 e 1970 houve aumento de 10 vezes na incidência, ajustadas por idade, nos registros de câncer de mama, em diversos continentes. Nos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Cancerologia indica que uma entre 10 mulheres tem a probabilidade de desenvolver um câncer de mama durante a sua vida.¹

No Brasil, o câncer de mama é a principal causa de morte de mulheres, sendo registradas 8.104 mortes em 1999. Em 2000 foram registradas 8.390 mortes decorrentes desse tipo de câncer. Dos 402.190 novos casos de câncer com previsão de serem diagnosticados em 2003, o de mama será o segundo mais incidente entre a população feminina, sendo responsável por 41.610 novos casos e 9.335 óbitos.¹

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

O tratamento cirúrgico não foi capaz de reduzir as altas taxas de mortalidade até o final do século XIX. Halsted, em 1894, publicou um trabalho propondo a mastectomia radical, técnica que consistia na remoção de tumores por meio da retirada de toda a mama, músculos peitorais maior e menor e conteúdo axilar em bloco, apresentando taxas de sobrevida superiores às anteriormente encontradas.⁴

Várias tentativas de se realizar uma técnica cirúrgica menos mutilante sem perder a eficácia começaram a ser estudadas a partir dessa publicação. Foram feitas tentativas de se preservarem algumas das estruturas condenadas pela Cirurgia de Halsted.^{5,6} Patey e Dyson, em 1948, modificaram esse procedimento e descreveram os princípios básicos da mastectomia radical modificada, nos quais o músculo peitoral menor era removido com preservação do peitoral maior.⁴ Essa técnica foi modificada por Madden⁶ em 1965, cuja mama e o conteúdo axilar passaram a ser removidos em continuidade, mas ambos os músculos peitorais eram preservados. As estruturas referidas seriam removidas apenas se tivessem sido diretamente invadidas pelo tumor.⁶

Não faltaram motivos para estimular o desenvolvimento progressivo de procedimentos para tratamento conservador do câncer de mama. O diagnóstico precoce do câncer de mama devido a novas técnicas diagnósticas, especialmente a mamografia, assim como a demanda por procedimentos menos agressivos que possam preservar a integridade do corpo foram alguns deles.^{2,7}

Um problema importante decorrente da mastectomia radical era o profundo senso de deformidade, além do sentimento de perda de feminilidade.^{3,8} Nesse momento, a cirurgia plástica toma lugar na tentativa de corrigir ou pelo menos minimizar os defeitos provocados pela retirada da mama. Algumas mulheres procuravam o cirurgião plástico antes mesmo da mastectomia.⁸ Várias técnicas de reconstrução foram desenvolvidas.

Bostwick *et al.*⁸ (1978) propuseram opções cirúrgicas para a reconstrução após a mastectomia radical e comentaram os principais problemas enfrentados pelo cirurgião plástico no momento da reconstrução. Segundo eles, em pacientes com tumores primários pequenos e profundos, a preservação de retalhos de pele com algum tecido subcutâneo dá melhor cobertura a próteses. Outros autores concordam com essa indicação.⁹ Entretanto, na paciente com evidências de danos pela radiação, como pele tensa e afilada, a cobertura da parede torácica é substituída por retalhos, que podem ser originados do músculo grande dorsal, do omento ou, ainda, um retalho transversal do músculo reto-abdominal.^{8,9} Foram feitas tentativas para manter a forma e a consistência do tecido mamário. A prótese de silicone (ou outra) deve ser colocada abaixo do retalho, o que proporciona reconstruções menos rígidas do que quando as próteses são colocadas abaixo de uma cobertura fina de pele. A reconstrução do complexo mamilo-areolar é feita juntamente com a reconstrução, utilizando-se preferencialmente o complexo da própria paciente.⁸ O complexo também pode ser tatuado utilizando-se pigmentos minerais ou compartilhado do complexo contralateral.^{8,9} Algumas dificuldades são relatadas na colocação de próteses, como a de se conseguir uma ptose natural da mama, além de riscos de complicações, como a contratatura capsular.⁹

Hartrampf *et al.*¹⁰ (1982) apresentaram uma técnica que utiliza um retalho abdominal em ilha composto de uma elipse de pele e gordura, obti-

da de cortes horizontais ou verticais, com base no músculo reto-abdominal isolado em seu pedículo vascular. Segundo os autores, a reconstrução da mama, que é, em grande parte, tecido gorduroso com gordura vascularizada, parece desejável e apresenta vantagens durante a cirurgia e também bons resultados estéticos.

Veronesi *et al.*⁷ (1981) publicaram pesquisa que marcou definitivamente a história da cirurgia conservadora da mama. Relataram os resultados de um estudo randomizado, controlado, no qual a quadrantectomia, procedimento conservador que consistia na ressecção de um quadrante mamário, dissecação de linfonodos axilares e radioterapia, é comparada à clássica mastectomia radical de Halsted. Das 701 pacientes com tumores medindo menos de 2cm de diâmetro e sem linfonodos axilares palpáveis (T1N0) avaliadas, 352 foram submetidas à quadrantectomia, com remoção dos linfonodos axilares e remoção do peitoral menor e radioterapia, com uma dose de 50 Gy (5000 rads) com início 15 a 20 dias após a cirurgia, com duração de seis semanas. Os dados sobre cura e sobrevida total não mostraram diferença entre os dois grupos após sete anos de acompanhamento.

REFERÊNCIAS

1. Ware RE, Rosse WF. Autoimmune Hemolytic Anemia. In: Nathan DG, Orkin SH, editors. Hematology of infancy and childhood. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998. v.1, p. 499-522.
2. Berberoglu S. Anaemia in a child. Postgrad Med J 1995; 71: 689-91.
3. Link MP, Donaldson SS. The lymphomas and lymphadenopathy. In: Nathan DG, Orkin SH, editors. Hematology of infancy and childhood. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998. v.1, p. 1323-58.
4. Hudson MM, Donaldson SS. Treatment of pediatric Hodgkin's lymphoma. Semin Hematol 1999; 36: 313-23.
5. Oliveira BM, Viana MB, Cunha KCCMS. Linfoma de Hodgkin na infância: experiência de 16 anos em uma única instituição. J Pediatr (RJ) 2000; 76: 281-6.
6. Eisner E, Ley AB, Mayer K. Coombs'-positive hemolytic anemia in Hodgkin's disease. Ann Intern Med 1967; 66: 258-73.
7. May RB, Bryan JH. Autoimmune hemolytic anemia and Hodgkin disease. J Pediatr 1976; 89: 428-9.
8. Chu JY. Autoimmune hemolytic anemia in childhood Hodgkin's disease. Am J Pediatr Hematol Oncol 1982; 4: 125-8.
9. Weitberg AB, Harmon DC. Autoimmune neutropenia, hemolytic anemia, and reticulocytopenia in Hodgkin's disease. Ann Intern Med 1984; 100: 702-3.
10. Brady-West DC, Thame J, West W. Autoimmune haemolytic anaemia, immune thrombocytopenia, and leucopenia. An unusual presentation of Hodgkin's disease. West Indian Med J 1997; 46: 95-6.
11. Shah SJ, Warriar RP, Ode DL, Lele HE, Yu LC. Immune thrombocytopenia and hemolytic anemia associated with Hodgkin disease. J Pediatr Hematol Oncol 1996; 18: 227-9.
12. Levine AM, Thornton P, Forman SJ, Van Hale P, Holdorf D, Rouault CL, Powars D, Feinstein DI, Lukes RJ. Positive Coombs test in Hodgkin's disease: significance and implications. Blood 1980; 55: 607-11.
13. Kalmanti M, Polychronopoulou S. Autoimmune hemolytic anemia as an initial symptom in childhood Hodgkin's disease. Pediatr Hematol Oncol 1992; 9: 393-5.
14. Majumdar G. Unremitting severe autoimmune haemolytic anaemia as a presenting feature of Hodgkin's disease with minimum tumour load. Leuk Lymphoma 1995; 20: 169-72.
15. Carpentieri U, Daeschner CW, 3rd, Haggard ME. Immunohemolytic anemia and Hodgkin disease. Pediatrics 1982; 70: 320-1.