

Mastectomia Contralateral Profilática (CPM) - quebra de paradigma no tratamento cirúrgico do câncer mamário

JORGE BINS ELY ^{1*}
 OSVALDO JOÃO PEREIRA FILHO ¹
 WILLIAM SEIDEL ¹
 PAULO ROBERTO DA SILVA MENDES ¹
 KUANG HEE LEE ¹
 ZULMAR ANTONIO ACCIOLI DE
 VASCONCELLOS ¹

RESUMO

Halsted (1884) descreveu a mastectomia e Patey (1948) preconizou cirurgia menos mutilante. Em 1962, foi o ano de lançamento das próteses de silicone que revolucionaram a história da cirurgia plástica. A simetria é quase tudo. A reconstrução imediata aumentou muito, parcialmente pela demanda das pacientes. A importância das mamas ultrapassa a amamentação, a feminilidade é vital. Foram relacionadas técnicas cirúrgicas utilizadas nos diferentes tipos de abordagem em mastectomias/reconstruções. Técnicas cirúrgicas da retirada do tumor (dependendo do estadiamento TNM), de tumorectomia/lumpectomia até mastectomias radicais. As reconstruções com retalhos dorsais e do muscular grande dorsal – com e sem pele; retalho muscular do reto abdominal TRAM (transversal) e VRAM (vertical); retalhos toracoabdominal; retalhos microcirúrgicos. A bipartição foi abandonada. As reconstruções com material heterólogo - matrix dérmica acelular, são relatadas. O “luto cirúrgico” é abordado como período “importante” entre a mastectomia e a reconstrução. Apresentados dados do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Hospital Universitário/UFSC comparados com diversas publicações de Salzberg e Pusic. Por que não indicar a mastectomia contralateral preventiva (CPM) nos casos de câncer mamário com comprovação anatomopatológica (parafina)?

Descritores: Mastectomia; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Neoplasias da mama.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0079

INTRODUÇÃO

Halsted (1894) propôs uma intervenção mutilante, baseado na teoria da drenagem linfática. Retirava, na sua totalidade, a glândula mamária e músculos grande e pequeno peitoral e efetuava esvaziamento ganglionar axilar, infraescapular e cervical. Em 1917 publicou 230 casos operados, que hoje estariam classificados em estadiamento III e IV classificação TNM (proposta pela UICC em 1954 e modificada em 1972)¹.

Patey (1948) propôs a exérese somente do músculo pequeno peitoral com esvaziamento axilar. Posteriormente, Madden introduziu a modificação que é utilizada modernamente: retirada da mama e esvaziamento axilar com incisão transversal, sem exérese muscular. Os retalhos musculocutâneos do grande dorsal e do retoabdominal são obtidos a partir da rotação destes músculos (situados nas regiões dorsal e abdominal), em direção à região torácica para suprir a falta de musculatura e/ou tegumento, quando há falta e/ou tensão. A bipartição, justamente por utilizar o lado contralateral, foi condenada.

A mastectomia subcutânea preventiva é normalmente bilateral com retirada da glândula mamária, substituindo-a por uma prótese de silicone conservando a PAP (placa areolopapilar) e a pele. Como a mama é de origem embrionária ectodérmica, o seu revestimento cutâneo faz parte integrante de sua totalidade, portanto, a mastectomia subcutânea é sempre incompleta. Estudos anatômicos de Goldmann e Goldwyn demonstraram que, em condições ótimas, ainda restam de 1 a 5% de tecido mamário.

A mastectomia bilateral propriamente dita é relativamente recente e merece atenção, pois nos leva a uma dimensão maior de simetriação mamária. Nem sempre é realizada simultaneamente; muitas vezes, é feita por ocasião duma recidiva ou preventivamente ou, ainda, por solicitação da paciente.

Os paradigmas da reconstrução mamária evoluem constantemente, de Tansini à reconstrução com matrix dérmica

acelular, passando por uma centena de táticas e técnicas. A reconstrução bilateral simultânea com retalho expandido da artéria toracodorsal e suas perfurantes com prótese tem demonstrado excelentes resultados.

A decisão de quanto retirar e quando reconstruir são vitais. A triangulação - paciente, cirurgião e oncologista - deve nortear esse tratamento multidisciplinar. Biópsias por congelamento versos parafina têm indicações e dependem muito do hospital. O distanciamento entre a menarca e o primogênito, associado com o estresse cotidiano e idade da paciente, aumentam a incidência do câncer mamário.

OBJETIVO

Incentivar e discutir a indicação da mastectomia contralateral profilática (CPM).

MÉTODOS

As técnicas cirúrgicas empregadas para as reconstruções mamárias vão depender da ressecção realizada. Nas mastectomias simples com pele e TCSC suficientes, a prótese de silicone com ou sem expansores é a mais utilizada. Nos demais casos temos um arsenal cirúrgico diversificado: retalhos cutâneos e randomizados, pediculados, retalhos musculares, retalhos miocutâneos abdominais e dorsais, retalhos em ilha, retalhos fasciocutâneos, retalhos microcirúrgicos (*groin flap*). Em casos graves de radionecrose, o epiplon. Bipartições caíram em desuso.

O Retalho Miocutâneo Transverso do Abdome (TRAM) baseado nas perfurantes, também pode ser livre (microcirúrgico); ou parcial (*muscle-sparing* – poupador de músculo). O retalho Superficial da Artéria Epigástrica Inferior (*SIEA*) e mais recentemente o retalho das Perfurantes da Artéria Epigástrica Inferior Profunda (*DIEAP flap*) são retalhos microcirúrgicos cada vez menos agressivos à parede abdominal.

¹ Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

As técnicas cirúrgicas que utilizam tanto tecido autólogo quanto heterólogo (implantes) são usadas normalmente para reconstrução unilateral. Todas as técnicas podem ser bilateralmente utilizadas, desta forma corroborando com a simetriação.

Com as análises BRCA-1 e BRCA-2 aumentaram as indicações de mastectomia subcutânea bilateral preventiva e mastectomia contralateral profilática (CPM)².

As indicações de mastectomias bilaterais “radicais” também aumentaram, por recidivas e novas indicações *non* BRCA tipo CHEK-2, PALB2, p53 e CDH1³.

A reconstrução imediata é uma realidade. Os “falsos positivos e negativos” criam uma nebulosa nas decisões cirúrgicas. No congelamento é maior que na parafina, por ter menor acurácia. Psicologicamente, as mamas são poderosos instrumentos femininos tanto na amamentação como na sexualidade.

A insatisfação das pacientes e a cobrança por resultados cada vez melhores nas reconstruções imediatas, poderiam ser explicados pela inexistência do “luto cirúrgico”. Entendemos por “luto cirúrgico” o período entre a mastectomia e a reconstrução; se for imediata inexistente. O ideal seriam reconstruções mediatas (1, 2 meses). Neste período já haveria o diagnóstico definitivo do anatomopatológico com parafina e a cicatrização já estaria amadurecida, e, principalmente a paciente teria uma conscientização de sua perda corporal. Por outro lado, reconstruções tardias (meio ano, 1 ano) frustram profundamente as pacientes.

RESULTADOS

A percentagem de mastectomia bilateral ainda é pequena na maioria dos serviços do mundo.

No Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Hospital Universitário-UFSC (2011-2015), de 58 pacientes, 10,9% foram cirurgia radical bilateral com esvaziamento axilar e 7,3% cirurgia bilateral sem esvaziamento totalizando 18,2%.⁴ Em outros trabalhos, de 2010⁵, com 19 pacientes, e 2012⁶, com 66, não houve mastectomias bilaterais. Portanto, de 157 casos apenas 10 (6,37%) sofreram mastectomia bilateral.

Na América do Norte entre 2002 e 2012, em 400.000 pacientes, estudo revela aumento da mastectomia bilateral de 2,9% para 12,7% e a diminuição da mastectomia unilateral de 35,8% para 28,9%. Curiosamente, a preservação das mamas permaneceu nos mesmos 59%.

A CPM (Contralateral Prophylactic Mastectomy) está aumentando. Tracy *et al.*⁷ apresentam 7 autores com diferentes proporções entre CPM e não CPM: Evans (2013) 105/593; Chung (2012) 177/178; Boughey (2010) 385/385; Bedrosian (2010) 8902/98204; vanSprundel (2005) 79/69; Herrinton (2005) 1072/317 e Peralta (2000) 64/182.

Salzbert (2006) apresentou a reconstrução mamária de 49 pacientes tratados com AlloDerm® matriz derma acelular, sendo 38 (77,5%) mastectomia bilateral e 11 (22,45%) unilateral.

Salzberg *et al.*⁸ realizaram reconstrução mamária em 260 pacientes 233 (89,62%) mastectomias bilaterais e 27 (10,38%) unilaterais. Sendo 68% profilático e 32% para tratamento de câncer mamário com matriz derma acelular.

Gunnarsson *et al.*⁹ apresentaram 10 reconstruções bilaterais com retalho toracodorsal estendido bilateral.

Roberts¹⁰ realizaram 811 reconstruções mamárias em pacientes, sendo 759 (93,6%) submetidos à mastectomia unilateral, e 52 (6,4%) à mastectomia bilateral.

Salzberg *et al.*¹¹ realizaram 863 reconstruções mamárias em pacientes, sendo 792 (91,77%) submetidos à mastectomia bilateral 71 (8,23%) à mastectomia unilateral.

Pusic *et al.*¹², com casuística de 1632 pacientes (1139 implantes e 493 retalhos autólogos), realizaram 763 (46,8%) reconstruções unilaterais e 869 (53,2%) bilaterais, destas, 700 (61,5%) com implantes e 169 (34,3%) com retalhos autólogos.

DISCUSSÃO

A cirurgia da reconstrução mamária aumentou tanto em número como em qualidade, desde seu início no final do século 19.

No pêndulo entre cirurgia e clínica, o tratamento do câncer mamário oscila para ambos os lados. A quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e engenharia genética têm lugar importante e continuam sendo o tratamento de mais da metade das pacientes no mundo. Mas a cirurgia tem evoluído a ponto de se discutir a mastectomia profilática, principalmente nos casos com BRCA-1 e BRCA-2 positivos.

Neste trabalho foram citadas diferentes técnicas de tratamento/reconstrução mamária, desde a mastectomia simples à reconstrução com material heterólogo, passando pelos retalhos locais, regionais, musculares e microcirúrgicos.

A grande polêmica é a mastectomia contralateral preventiva (CPM). Salzberg *et al.*¹¹ relatam 863 pacientes com reconstrução mamária sendo 792 (91,77%) bilateral e 71 (8,23%) unilateral. Contrariamente, Roberts *et al.*¹⁰ relataram 811 pacientes com reconstrução mamária sendo 52 (6,4%) bilateral e 759 (93,6%) unilateral. São casuísticas semelhantes, com procedimentos totalmente opostos.

A simetriação do lado contralateral é mandatória, com raras exceções, como quando a mama é pequena. O que está se discutindo é justamente, em vez da simetriação, realizar a CPM (Figuras 1 à 5).

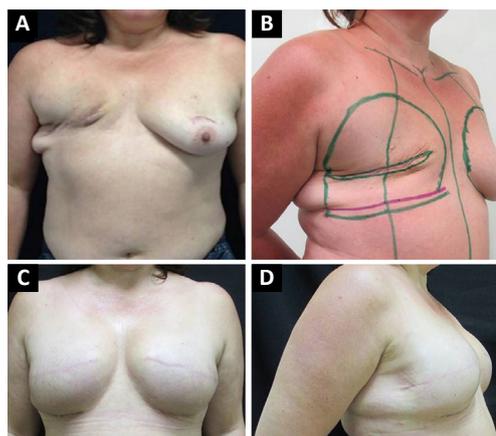


Figura 1. Paciente do HU/UFSC com mastectomia unilateral, realizado Mastectomia Contralateral Preventiva (CPM) com utilização de expensor/prótese. **A:** Pré-operatório vista frontal; **B:** Pré-operatório vista perfil; **C:** Pós-operatório vista frontal; **D:** Pós-operatório vista lateral.

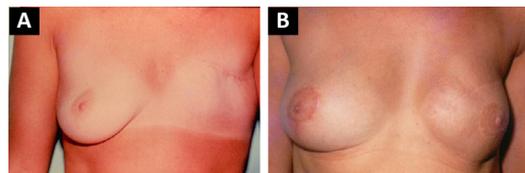


Figura 2. Paciente da década de 80, do Hospital Saint Luc - Université Catholique de Louvain, mastectomizada unilateralmente. Reconstrução com prótese e PAP a partir da PAP contralateral em caracol. **A:** Pré-operatório; **B:** Pós-operatório tardio.

Dentre nossas publicações temos 158 pacientes de reconstrução mamária, no primeiro trabalho¹ com 14 casos foram 2 mastectomias subcutâneas, 8 implantes, 3 retalhos GD e 1 epiplomplastia, portanto, 2 mastectomias e 11 simetriações imediatas. No segundo trabalho³, com 19 pacientes, 9 TRAM, 5 GD e 5 expansões/próteses, sendo 11 com simetriação imediata. No terceiro trabalho⁶, com 66 pacientes, 28 TRAM, 2 VRAM, 19 GD e 17 expansões/próteses, sendo 12 com simetriação

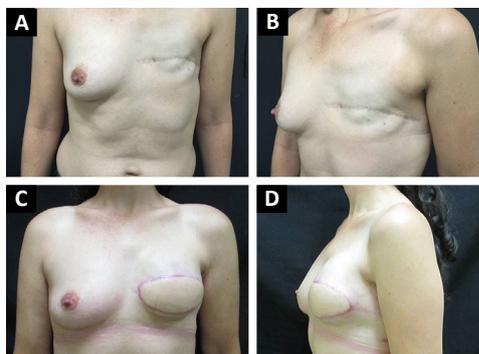


Figura 3. Paciente do HU/UFSC com Reconstrução mamária unilateral com retalho do músculo grande dorsal. **A:** Pré-operatório frontal; **B:** Pré-operatório perfil; **C:** Pós-operatório frontal; **D:** Pós-operatório perfil.

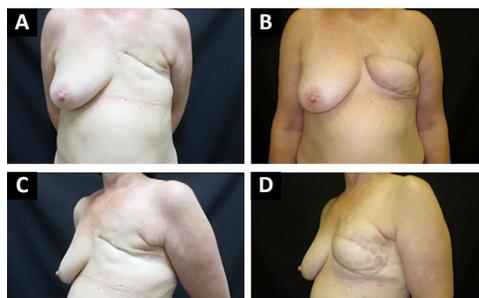


Figura 4. Paciente do HU/UFSC com reconstrução mamária unilateral com retalho do músculo grande dorsal. **A:** Pré-operatório frontal; **B:** Pré-operatório perfil; **C:** Pós-operatório frontal; **D:** Pós-operatório perfil.

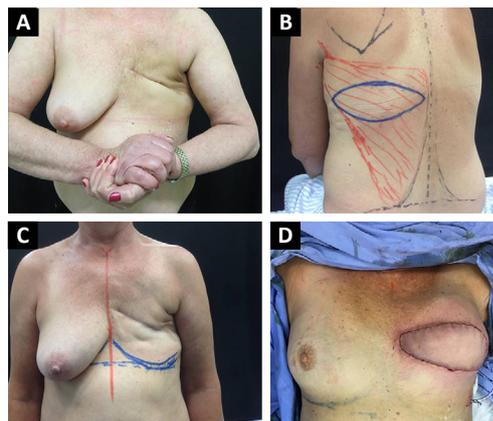


Figura 5. Mesma paciente da Figura 4. **A:** Paciente forçando musculatura do tórax; **B:** Desenho do retalho miocutâneo do grande dorsal; **C:** Desenho do sulco inframamário; **D:** Término da cirurgia com retalho bem vascularizado.

imediate. No quarto trabalho⁴, com 58 pacientes, retalho local 9, reconstrução imediata 4, TRAM 4, tardia com retalho local 5, expansão/prótese 23 e GD 13, sendo 45 (77,6%) reconstruções tardia e 13 (22,4) imediata, entre eles, 10 pacientes (18,2%) cirurgia radical bilateral.

Se observarmos os resultados como um todo, o grande desafio é a simetria. Os resultados com mastectomias bilaterais

são encorajadores tanto do ponto de vista estético como patológico.

Novas pesquisas tornam-se necessárias para chegarmos à mama ideal: bela, simétrica com sensibilidade e sem tumor.

CONCLUSÃO

Há uma tendência à maior indicação de mastectomia contralateral profilática (CPM), nos casos de comprovado câncer mamário.

REFERÊNCIAS

1. Bins Ely J. Reconstrução Mamária. *Arq Catarin Med.* 1984;13:27-45.
2. Hamilton JG, Genoff MC, Salerno M, Amoroso K, Boyar SR, Sheehan M, et al. Psychosocial factors associated with the uptake of contralateral prophylactic mastectomy among BRCA1/2 mutation noncarriers with newly diagnosed breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2017;162(2):297-306. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-017-4123-x>
3. Boughey JC, Attai DJ, Chen SL, Cody HS, Dietz JR, Feldman SM, et al. Contralateral Prophylactic Mastectomy (CPM) Consensus Statement from the American Society of Breast Surgeons: Data on CPM Outcomes and Risks. *Ann Surg Oncol.* 2016;23(10):3100-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-016-5443-5>
4. Seidel W, Bins-Ely J, Ongaratto Barazzetti D, Della Giustina R, Walter GP, Ferri TA, et al. Breast reconstruction after mastectomy for breast cancer: comparative analysis of early and delayed reconstruction. *Minerva Chir.* 2017;72(3):188-99.
5. Bocchese LE, Neves Rd, Ely JB, Dimatos DC, Vasconcelos ZA, Vieira VJ, et al. Análise de 19 casos de reconstrução de mama operados no HU-USFC no ano de 2009. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(3 Suppl.1):43.
6. Bocchese LE, Gava TL, Lanzerin LD, Morellato G, Neves Rd, Bins Ely J. Reconstrução de mama pós-mastectomia por câncer: uma análise de quatro anos do serviço de cirurgia plástica e queimados do hospital universitário da universidade federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med.* 2012;41(Suppl. 1):108-9.
7. Tracy MS, Rosenberg SM, Dominici L, Partridge AH. Contralateral prophylactic mastectomy in women with breast cancer: trends, predictors, and areas for future research. *Breast Cancer Res Treat.* 2013;140(3):447-52. PMID: 23893127 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-013-2643-6>
8. Salzberg CA, Ashikari AY, Koch RM, Chabner-Thompson E. An 8-year experience of direct-to-implant immediate breast reconstruction using human acellular dermal matrix (AlloDerm). *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(2):514-24. PMID: 21285756 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318200a961>
9. Gunnarsson GL, Børsen-Koch M, Nielsen HT, Salzberg A, Thomsen JB. Bilateral Breast Reconstruction with Extended Thoracodorsal Artery Perforator Propeller Flaps and Implants. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2015;3(6):e435. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/GOX.0000000000000414>
10. Roberts A, Sandhu L, Cil TD, Hofer SO, Zhong T. Contralateral prophylactic mastectomy rate stable at major Canadian breast cancer center. *World J Clin Oncol.* 2016;7(3):302-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5306/wjco.v7.i3.302>
11. Salzberg CA, Ashikari AY, Berry C, Hunsicker LM. Acellular Dermal Matrix-Assisted Direct-to-Implant Breast Reconstruction and Capsular Contracture: A 13-Year Experience. *Plast Reconstr Surg.* 2016;138(2):329-37. PMID: 27064232 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000002331>
12. Pusic AL, Matros E, Fine N, Buchel E, Gordillo GM, Hamill JB, et al. Patient-Reported Outcomes 1 Year After Immediate Breast Reconstruction: Results of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium Study. *J Clin Oncol.* 2017;35(22):2499-506. DOI: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2016.69.9561>

*Endereço Autor:

Jorge Bins Ely

Rua Professor Marcos Cardoso Filho, 597 - Florianópolis, SC, Brasil

CEP 88037-040

E-mail: jorge.binsely@gmail.com