



Reconstrução mamária após mastectomia contralateral profilática

Breast reconstruction after prophylactic contralateral mastectomy

RAIDEL DEUCHER RIBEIRO ^{1*}
EVANDRO LUIZ MITRI PARENTE ²

Instituição: Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital de Caridade, Florianópolis, SC, Brasil.

Artigo submetido: 6/3/2017.
Artigo aceito: 9/5/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0140

■ RESUMO

Introdução: A indicação da mastectomia contralateral profilática (MCP) tem aumentado nos últimos anos nas pacientes fora do grupo de alto risco, apesar de seu benefício oncológico controverso em relação à sobrevida. A possibilidade da reconstrução mamária é um dos fatores mais importantes desse aumento. O objetivo é avaliar pacientes submetidas à MCP quanto às indicações e complicações após a reconstrução imediata. **Método:** Avaliação das pacientes submetidas à reconstrução mamária imediata após mastectomia terapêutica e MCP quanto às indicações e complicações. **Resultados:** Das 13 pacientes do estudo, apenas 4 apresentavam indicação de MCP por alto risco (forte história familiar). As outras indicações foram busca pela simetria, controle da ansiedade em relação à nova neoplasia e risco acumulado pela idade. Ocorreram apenas complicações menores, sem necessidade de reoperação em 4 das 13 pacientes (30,76%) e num total de 26 mamas reconstruídas foram registradas 8 complicações (30,76%). **Conclusão:** A realização da MCP tem aumentado, sendo que as indicações transcendem o ponto de vista oncológico, com impacto direto na atuação do cirurgião plástico quanto aos aspectos que envolvem a reconstrução, tanto no planejamento quanto suas complicações.

Descritores: Mastectomia subcutânea; Implante mamário; Neoplasias da mama; Complicações pós-operatórias; Fatores de risco; Mamoplastia.

¹ Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital de Caridade, Florianópolis, SC, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Prophylactic contralateral mastectomy (PCM) has been increasingly indicated in recent years for patients outside of the high-risk group, although its cancer benefit in terms of survival remains controversial. The possibility of breast reconstruction is one of the most important factors for this indication. The objective of this study was to evaluate the indications and complications after immediate breast reconstruction in patients who underwent PCM. **Method:** Indications and complications were evaluated in patients who underwent immediate breast reconstruction after therapeutic mastectomy and PCM. **Results:** Of the 13 patients in the study, only 4 had a high-risk indication for PCM (strong family history). The other indications were desire for symmetry, control of anxiety related to neoplasm recurrence, and age-related risk. Only minor complications occurred, without a need for reoperation, in 4 of the 13 patients (30.76%). Eight complications (30.76%) in 26 reconstructed breasts were recorded. **Conclusion:** The number of PCM procedures has been increasing and the indications transcend the oncological point of view, directly influencing the performance of plastic surgeons with respect to the planning and complications of breast reconstruction.

Keywords: Subcutaneous mastectomy; Breast implant; Breast neoplasms; Postoperative complications; Risk factors; Mammoplasty.

INTRODUÇÃO

A mastectomia contralateral profilática (MCP) tem intenção de reduzir risco de câncer na mama contralateral em pacientes selecionadas com câncer de mama unilateral. Conforme o Consenso da Sociedade Americana de Cirurgiões da Mama, os pacientes de alto risco e com indicações para a MCP são¹:

- Teste genético positivo para mutações dos genes BRCA1 e BRCA2;
- Forte história familiar (parentes de primeiro grau);
- História de irradiação torácica antes dos 30 anos de idade.

Entre as pacientes que tem câncer de mama unilateral que não se enquadram nesta categoria de alto risco, estudos mais recentes demonstram que a chance de desenvolver câncer contralateral varia de 0,2-0,75%/ano e em algumas series de até 6,5% em 15 anos. O benefício de sobrevivência da MCP nestas pacientes é bastante controverso²⁻⁴.

Contudo, nos últimos anos houve grande aumento da indicação da MCP neste grupo. Aumentos de até 300% nas indicações foram apresentados por instituições de referência com base no *Surveillance, Epidemiology and End Results* (SEER)³⁻⁵.

Apesar dos avanços nas terapias adjuvantes permitindo cirurgias conservadoras da mama com câncer, muitos mastologistas e pacientes têm optado pela mastectomia terapêutica associada à MCP, mesmo não havendo benefício oncológico para tal^{1,6}.

Um dos fatores mais importantes para esse movimento é a possibilidade de reconstrução mamária imediata aliada ao medo superestimado do câncer na mama contralateral. Soma-se ainda o desejo estético e pela simetria^{1,4-8}.

De fato, a reconstrução bilateral possibilita resultado estético favorável. Supõe-se maiores índices de satisfação, mas poucos estudos de longo prazo permitem a comparação da reconstrução bilateral com a simetrização após cirurgias conservadoras e mastectomia unilateral terapêutica^{1,4,7,9,10}.

Possíveis desvantagens da MCP como tratamento preventivo são os custos as pacientes que optaram pela MCP e, como a maioria decide pela mastectomia e reconstrução bilateral, há maior morbidade^{3,11}.

OBJETIVO

Avaliar pacientes submetidas à mastectomia contralateral profilática quanto às indicações e complicações após a reconstrução imediata.

MÉTODO

Com estudo retrospectivo dos prontuários, foram selecionadas 38 pacientes atendidas pelo autor em seu consultório privado, em Florianópolis, SC, submetidas à reconstrução mamária por câncer no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2017. Como critério foram excluídas as pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia, e incluídas pacientes submetidas à reconstrução imediata, bilateral após mastectomia contralateral profilática no mesmo tempo da mastectomia terapêutica, totalizando 13 pacientes (Tabela 1).

Tabela 1. Indicação da mastectomia contralateral profilática.

Paciente	Idade	Indicação
1	45	Ansiedade de nova neoplasia
2	66	Simetria
3	33	Forte história familiar (irmã com teste genético positivo) e risco acumulado pela idade
4	33	Simetria, ansiedade de nova neoplasia e risco acumulado pela idade
5	37	Simetria e risco acumulado pela idade
6	58	Ansiedade de nova neoplasia
7	47	Forte história familiar de mama e simetria
8	32	Simetria e risco acumulado pela idade
9	52	Simetria e ansiedade de nova neoplasia
10	55	Neoplasia lobular e ansiedade de nova neoplasia
11	31	Simetria e risco acumulado pela idade
12	43	Forte história familiar e ansiedade de nova neoplasia
13	48	Forte história familiar

A indicação da mastectomia terapêutica com preservação ou não do complexo areolopapilar (CAP) foi definida pelos mastologistas conforme critérios clínicos e patológicos de cada paciente. A MCP com e sem preservação do CAP também foi indicada conforme critérios oncológicos e discussão com a paciente. Nenhuma paciente realizou teste genético previamente à cirurgia.

Todas as pacientes foram adequadamente instruídas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando o uso de seus dados de prontuário sob responsabilidade e sigilo médico.

RESULTADOS

O tempo médio de seguimento destas pacientes submetidas à mastectomia bilateral com reconstrução

imediate foi de 6 meses e 18 dias. A idade variou entre 32 e 66 anos (média 44 anos e 7 meses) e índice de massa corporal (IMC) médio 23,52kg/m². O CAP foi preservado em 4 pacientes na mama com câncer. Em 7 pacientes foi preservado o CAP da mama contralateral, as outras 6 pacientes optaram pela exérese do CAP contralateral buscando simetria entre as mamas.

A técnica utilizada para a reconstrução foi a prótese de mama para 9 pacientes e o expansor temporário para 4 pacientes. Não foram realizadas reconstruções autólogas neste grupo.

Tempo de internação para todas as pacientes foi de até 24 horas.

Entre as indicações da MCP, apenas 4 pacientes apresentavam critério considerado de alto risco, que foi a forte história familiar de câncer de mama. Outros motivos levantados em discussão com as pacientes foram: 6 pacientes referiram ansiedade e medo neoplasia na mama contralateral, 5 seguiram orientação da mastologia pelo risco acumulado pela idade e 7 pacientes manifestaram intenção da MCP visando simetria (Figuras 1 e 2).

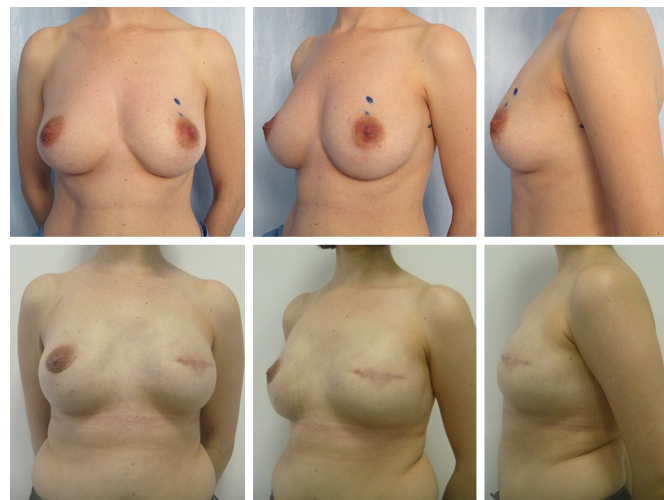


Figura 1. 33 anos, Mastectomia poupadora de pele à esquerda por Carcinoma Ductal Invasor e Mastectomia contralateral profilática poupadora de CAP. Reconstrução bilateral com próteses anatômicas perfil altura e projeção alta 375ml. Fotos de Pré e Pós-operatório 8 meses

Não ocorreram complicações maiores que necessitaram reoperação. Houve um caso de celulite que necessitou tratamento com antibióticos, sendo que esta mesma paciente teve necrose parcial do CAP tanto da mama com câncer quanto da mama contralateral. Uma paciente necessitou drenagem de hematoma na mama ipsilateral após 8 dias de pós-operatório e após 20 dias desenvolveu seroma pequeno que foi devidamente aspirado.

Foram registradas ainda necrose parcial do CAP em mais uma paciente e outros 2 casos de necrose parcial do CAP contralateral (Figura 3).



Figura 2. 52 anos, Mastectomia poupadora de pele à esquerda por Carcinoma Ductal Invasor e Mastectomia contralateral profilática sem preservação do CAP por opção da paciente. Reconstrução bilateral com próteses anatômicas perfil altura e projeção moderada 330ml . Fotos de Pré e Pós-operatório 7 meses.



Figura 3. 66 anos, mastectomia direita por carcinoma ductal invasor, evoluiu com necrose parcial da mama contralateral submetida à mastectomia profilática. Reconstrução bilateral com próteses anatômicas, altura e projeção moderadas de 295ml. Fotos de Pré, 40 dias e 6 meses de Pós-operatório.

Com isso, observamos apenas complicações menores sem necessidade de reoperação em 4 das 13 pacientes (30,76%) e total de 8 complicações em 26 mamas reconstruídas (30,76%).

DISCUSSÃO

Os últimos anos mostraram aumento das cirurgias de reconstrução após mastectomia profilática tanto bilateral quanto unilateral contralateral à mastectomia terapêutica. Em extensas revisões dos dados do *National Cancer Institute* (NCI), e do *National Cancer Data Base* (NCDB) foram observados aumentos de quase 4 vezes na taxa de MCP^{2,5}.

Ocorre também a queda da taxa de cirurgias conservadoras, mas sem um aumento correspondente de mastectomia unilateral como seria esperado. Sessenta e um por cento das nossas reconstruções foram bilaterais e imediatas, convergindo com a literatura. Ou seja: as pacientes elegíveis para cirurgia conservadora estão optando cada vez mais pela mastectomia bilateral ao invés da mastectomia unilateral ou cirurgia conservadora^{2,5}.

A análise de perfil epidemiológico na literatura indica pacientes cada vez mais jovens e de maior nível socioeconômico^{6,9,12}. Segundo Sabel et al.⁶, a idade é um

fator preditor altamente significativo de não apenas indicação da mastectomia, mas também a opção pela MCP ($p < 0,0001$)⁶. Principalmente nas mulheres abaixo de 40 anos, quando 2/3 optam pela cirurgia terapêutica e MCP^{5,6}.

No nosso grupo de pacientes todas foram submetidas à reconstrução com prótese ou expansor. Sem dúvida este método prepondera de 71-96% na maioria dos serviços^{6,9,11,12}.

A discussão com a paciente mostra que fatores como medo de desenvolver doença na mama contralateral, receio em manter o seguimento frequente por imagem e até influência da mídia, como o “Efeito Angelina Jolie”, são altamente impactantes em sua decisão⁶, mesmo que a paciente superestime seu risco ou interprete mal o benefício da mastectomia bilateral *versus* a cirurgia conservadora⁴⁻⁶.

Entre nossas pacientes, apenas 4 (30%) tiveram indicação por alto risco de doença contralateral (forte história familiar), mas todas do grupo referiram um ou mais motivos (simetria, ansiedade, risco acumulado) como fatores relevantes na decisão pela MCP. Estudos sugerem que atualmente 60-70% das MCP são realizadas em pacientes sem critérios de alto risco. É unânime o aumento da indicação da MCP sem benefício oncológico para tal - citando um “paradoxo oncológico”^{1,2,5,6,9-11}

O consenso do Colégio Americano de Cirurgiões da Mama sugere que a MCP deve ser desencorajada para pacientes que não tenham alto risco de doença na mama contralateral. Entretanto, segundo o mesmo consenso, a MCP pode ser considerada em situações de dificuldade no seguimento da mama contralateral, na busca pela simetria e no manejo da ansiedade extrema¹. O objetivo da paciente, suas preferências e valores devem ser incluídos na discussão tanto do mastologista quanto do cirurgião plástico^{4,8,10}.

Existem poucos trabalhos detalhados que comparam a incidência de todas as complicações maiores e menores de reconstrução após MCP. Quando analisadas complicações maiores (que necessitam reoperações e/ou internações prolongadas) e taxa de mortalidade é consenso que a reconstrução bilateral imediata tem maior incidência que mastectomias sem reconstrução, mastectomia unilateral e cirurgias conservadoras^{9,11-13}.

Miller et al.¹¹ avaliaram 600 pacientes e encontraram 26,8% de complicações na mastectomia unilateral e 41,6% na MCP. Entre as complicações mais frequentes na MCP estão a celulite/infecção que requer antibiótico (21,1%), perda do expansor ou implante (17,3%), dificuldade cicatricial/necrose parcial (15,1%). Na série que apresentamos as complicações mais frequentes foram necrose parcial do CAP contralateral (23,08%) e necrose parcial do CAP ipsilateral (15,38%).

Muitos trabalhos de referência não especificam a ocorrência de necrose do CAP. Nas revisões mais antigas as mastectomias não poupavam o CAP e, às vezes, nem a pele - ficando difícil estabelecer pela literatura, taxa confiável desta complicação após reconstrução na MCP e na mastectomia terapêutica simultaneamente.

Obviamente, o risco de complicações é maior na reconstrução mamária após a mastectomia bilateral do que na unilateral, entretanto, devemos avaliar as indicações do procedimento: risco de câncer contralateral, dificuldade no seguimento, desejo pela simetria e redução da ansiedade¹¹⁻¹³.

A literatura tem mostrado benefícios significativos a curto prazo na qualidade de vida, mesmo que não haja comprovação no aumento de sobrevida para pacientes não mutadas^{5,7,9}. Spear et al.⁷, em 2008, já demonstraram que praticamente todas as pacientes de reconstrução após mastectomia profilática declararam que se submetiam novamente ao procedimento.

Boughey et al.⁹ também mostraram que a longo prazo (10 e 20 anos) 84% das pacientes fariam novamente a MCP. Também observaram uma alta taxa de satisfação entre pacientes que fizeram apenas MCP, as que fizeram reconstrução e até mesmo no grupo de pacientes que teve complicações que necessitaram reoperações. A reconstrução está associada a aumento da autoestima, feminilidade, e aceitação corporal^{9,10}.

Outros autores referem que as maiores queixas e insatisfações (21-33%) da reconstrução bilateral estão relacionadas às complicações, resultado estético, número de procedimentos não previstos, que foram piores que o esperado^{2,10,11}.

Entretanto, cabe ainda o questionamento sobre se uma mama saudável deva ser colocada em risco, visando a simetria sem o benefício oncológico.

Sabemos que a reconstrução mamária, especialmente com próteses, a longo prazo não é um procedimento inócuo. Possibilidade de contratura, dores crônicas, atrofia muscular, necessidade de lipoenxertias frequentes não têm o impacto do câncer, mas podem gerar até mais intervenções e custo que a cirurgia conservadora. Quase 40% dos pacientes precisam uma ou mais cirurgias além das previamente planejadas - sendo esse o principal fator de insatisfação com a reconstrução bilateral^{2,3,5,6}.

Quanto à reconstrução, a busca pela excelência estética trouxe uma consideração abordada por Spear¹⁴ em editorial publicado recentemente: "Viramos refém do nosso sucesso". A possibilidade da reconstrução mamária é um dos fatores mais importantes na decisão pela MCP^{4,5,9}. Devemos alinhar orientação de alta qualidade para decisões e expectativas realistas².

Cabe ao cirurgião plástico apresentar à paciente vantagens e desvantagens, taxas de complicações que variam de 7-60%^{2,11}, limitações do resultado estético e de simetria com necessidade de múltiplos procedimentos ao longo da vida, risco de operar a mama sadia em que a paciente superestima o risco de nova doença.

Ainda são necessários estudos comparativos a longo prazo de satisfação, qualidade de vida, custos, reoperações e refinamentos comparando reconstrução ipsilateral e simetrização (quando necessária) após cirurgia conservadora, mastectomia unilateral e reconstrução após mastectomia bilateral (terapêutica e MCP).

CONCLUSÕES

A realização da mastectomia contralateral profilática tem aumentado, sendo que as indicações transcendem o ponto de vista oncológico, com impacto direto na atuação do cirurgião plástico quanto aos aspectos que envolvem a reconstrução, tanto no planejamento quanto suas complicações.

COLABORAÇÕES

RDR Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; concepção e desenho do estudo; realização das operações; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

ELMP Aprovação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. 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>
2. Albornoz CR, Matros E, Lee CN, Hudis CA, Pusic AL, Elkin E, et al. Bilateral mastectomy versus breast-conserving surgery for early-stage breast cancer: the role of breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(6):1518-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000001276>
3. Davies KR, Cantor SB, Brewster AM. Better contralateral breast cancer risk estimation and alternative options to contralateral prophylactic mastectomy. *Int J Womens Health*. 2015;7:181-7.
4. Agarwal S, Kidwell KM, Kraft CT, Kozlow JH, Sabel MS, Chung KC, et al. Defining the relationship between patient decisions to undergo breast reconstruction and contralateral prophylactic mastectomy. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(3):661-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000001044>
5. Wong SM, Freedman RA, Sagara Y, Aydogan F, Barry WT, Golshan M. Growing Use of Contralateral Prophylactic Mastectomy Despite no Improvement in Long-term Survival for Invasive Breast Cancer. *Ann Surg*. 2017;265(3):581-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000001698>
6. Sabel MS, Kraft CT, Griffith KA, Bensenhaver JM, Newman LA, Hawley ST, et al. Differences between Breast Conservation-Eligible Patients and Unilateral Mastectomy Patients in Choosing

- Contralateral Prophylactic Mastectomies. *Breast J.* 2016;22(6):607-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/tbj.12648>
7. Spear SL, Schwarz KA, Venturi ML, Barbosa T, Al-Attar A. Prophylactic mastectomy and reconstruction: clinical outcomes and patient satisfaction. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(1):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318177415e>
 8. Chagpar AB. Prophylactic bilateral mastectomy and contralateral prophylactic mastectomy. *Surg Oncol Clin N Am.* 2014;23(3):423-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2014.03.008>
 9. Boughey JC, Hoskin TL, Hartmann LC, Johnson JL, Jacobson SR, Degnim AC, et al. Impact of reconstruction and reoperation on long-term patient-reported satisfaction after contralateral prophylactic mastectomy. *Ann Surg Oncol.* 2015;22(2):401-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-014-4053-3>
 10. Anderson C, Islam JY, Elizabeth Hodgson M, Sabatino SA, Rodriguez JL, Lee CN, et al. Long-Term Satisfaction and Body Image After Contralateral Prophylactic Mastectomy. *Ann Surg Oncol.* 2017;24(6):1499-506. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-016-5753-7>
 11. Miller ME, Czechura T, Martz B, Hall ME, Pesce C, Jaskowiak N, et al. Operative risks associated with contralateral prophylactic mastectomy: a single institution experience. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(13):4113-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-013-3108-1>
 12. Silva AK, Lapin B, Yao KA, Song DH, Sisco M. The Effect of Contralateral Prophylactic Mastectomy on Perioperative Complications in Women Undergoing Immediate Breast Reconstruction: A NSQIP Analysis. *Ann Surg Oncol.* 2015;22(11):3474-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-015-4628-7>
 13. Osman F, Saleh F, Jackson TD, Corrigan MA, Cil T. Increased postoperative complications in bilateral mastectomy patients compared to unilateral mastectomy: an analysis of the NSQIP database. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(10):3212-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-013-3116-1>
 14. Spear SL. Underpromise. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(6):1961-2. PMID: 27219249 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000002145>

***Autor correspondente:**

Raidel Deucher Ribeiro

Av. Osvaldo Rodrigues Cabral, 1570, sala 208, Centro - Florianópolis, SC, Brasil

CEP 88015-710

E-mail: dr.raidel@gmail.com