

Influência da reconstrução mamária imediata no prognóstico de pacientes com câncer de mama localmente avançado

Henrique B. Brenelli¹, Edwald M. Keppke¹, Renato Z. Torresan¹, Cesar C. dos Santos¹, José A. Pinotti²

OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi avaliar a influência da reconstrução mamária imediata com a técnica de rotação de retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal, no prognóstico de pacientes portadoras de câncer de mama localmente avançado.

PACIENTES E MÉTODOS: Foram selecionadas no ambulatório de patologia mamária do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, no período de junho de 1982 a junho de 1989, 45 pacientes com câncer de mama estágio IIIa submetidas à mastectomia radical com reconstrução imediata e comparadas com um grupo-controle de 45 pacientes com câncer de mama estágio IIIa submetidas apenas à mastectomia radical. Os parâmetros estudados foram: intervalo livre de doença local, intervalo livre de doença à distância e sobrevida total.

RESULTADOS: A taxa de recidiva local foi baixa, sendo 6,6% no grupo de estudo e 4,4% no grupo-controle. Em relação à curva de sobrevida livre de doença local, não houve diferenças significativas entre o grupo tratado com MRRI e o grupo tratado com MR. Em relação à taxa de recidiva à distância os resultados foram semelhantes nos dois grupos. A curva de sobrevida livre de doença à distância não mostra diferenças significativas. Verificou-se que as recidivas ocorreram homogeneamente durante os primeiros 5 anos pós-mastectomia nos dois grupos. A sobrevida total foi praticamente a mesma nos dois grupos. A curva de sobrevida total não mostra diferenças significativas entre o grupo de casos e os controles.

CONCLUSÃO: Concluiu-se que não houve interferência da reconstrução imediata nos parâmetros estudados.

Unitermos: Câncer de mama; reconstrução mamária.

Influence of immediate reconstruction in the prognosis of locally advanced breast cancer

OBJECTIVE: To evaluate the influence of immediate breast reconstruction with transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap in the prognosis of locally advanced breast cancer patients submitted to radical mastectomy.

¹ Área de Oncologia Ginecológica e Patologia Mamária, Departamento de Tocoginecologia, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Correspondência: Prof. Dr. Henrique B. Brenelli, Assessoria Técnica e Científica do CAISM/UNICAMP, Rua Alexander Fleming 101 - Cidade Universitária Zeferino Vaz, CEP 13083-970, Campinas, SP, Brasil. Fone: +55-19-3788-9402; fax: +55-19-3289-5935; e-mail: torresan@terra.com.br

² Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PATIENTS AND METHODS: Ninety patients were selected at the Breast Pathology Unit of the University of Campinas (CAISM - UNICAMP), from June 1982 to June 1989; 45 patients with immediate breast reconstruction with TRAM and the other 45 without breast reconstruction (controls). We studied local and distant recurrence-free survival intervals and the overall survival.

RESULTS: The local recurrence rate was low (6.6% for the experimental group and 4.4% for the control group). The distant recurrence rate was similar for both groups. There were no significant differences in the curves of local and distant recurrence-free survival between the two groups. We observed that recurrence was uniform during the first 5 years after mastectomy in both groups. The overall survival was approximately the same for both groups. The overall survival curve did not present significant differences between the experimental and control groups.

CONCLUSION: We concluded that immediate breast reconstruction did not influence the parameters studied.

Key-words: Breast cancer; immediate reconstruction.

Revista HCPA 2001;21(2):161-167

Introdução

Para as pacientes portadoras de câncer de mama localmente avançado, a mastectomia é a melhor conduta para o controle loco-regional da doença. Entretanto, a cirurgia mutiladora leva a alterações psíquicas, aumentando a morbidade e piorando a qualidade de vida, fatos que podem interferir na evolução da doença (1). No intuito de minimizar estes fatos, a reconstrução mamária vem sendo preconizada para os casos de tumores ressecáveis que não podem ser tratados com cirurgia conservadora (2). Após a introdução desta abordagem cirúrgica como rotina em alguns serviços, uma questão relevante ficou sem resposta: poderia tal procedimento modificar o prognóstico oncológico?

Nos últimos 40 anos, uma série de técnicas de reconstrução mamária foram descritas, como o uso de retalho pediculado do tecido toraco-epigástrico, omento maior, próteses de borracha e silicone com ou sem expansores, retalhos livres microvasculares, entre outras (3-5). No Brasil, desenvolveram-se a princípio técnicas de reconstrução mamária com retalho cutâneo adiposo abdominal, que eram utilizados para fechamento de grandes áreas cruentas em

pacientes com tumores primários muito volumosos. Posteriormente, a colocação de prótese de silicone abaixo do retalho dava à neomama o volume e a conformação adequados (6). Contudo, o grande avanço das técnicas reconstrutivas ocorreu com o emprego dos retalhos miocutâneos. O retalho miocutâneo pediculado do músculo reto-abdominal foi utilizado pela primeira vez na reconstrução mamária em 1977 e a partir de 1982 passou-se a utilizar o retalho transverso de pele e tecido subcutâneo, levando-se junto com o músculo reto-abdominal (7,8). As vantagens desta técnica vão desde a transmissão de tecido com textura e cor semelhantes à mama oposta, até ao fato do retalho transplantado ser parecido com uma mama com ptose e ter movimento parecido ao de uma mama natural. Outras vantagens incluem o fato de a cicatriz do local doador não ser visível, de não ser necessária a implantação de prótese de silicone e de não ser contraindicado para os casos que serão submetidos à radioterapia.

Com o advento desta abordagem cirúrgica, o problema da mutilação poderia ser adequadamente resolvido, mas algumas questões relevantes, como o momento mais adequado para a reconstrução e a interferência

no prognóstico da doença, ainda não estão definidas. O presente estudo pretende avaliar a interferência da reconstrução imediata no prognóstico das pacientes submetidas à mastectomia por câncer de mama localmente avançado, avaliando-se o intervalo livre de doença local, intervalo livre de doença à distância e sobrevida total.

Pacientes e métodos

Foi realizado um estudo tipo caso-controle emparelhado com 90 pacientes portadoras de câncer de mama estágio IIIa tratadas no período de junho de 1982 a junho de 1989 no ambulatório de patologia mamária do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com um seguimento de 60 a 144 meses. No grupo de estudo, as pacientes com idade média de 41,6 anos (desvio-padrão de 8,7) foram submetidas à mastectomia radical ou radical modificada seguida de reconstrução mamária imediata (MRRI), utilizando-se retalho miocutâneo pediculado do músculo reto abdominal, e no grupo-controle as pacientes com idade média de 45,7 anos (desvio-padrão de 8,7) foram submetidas à mastectomia radical ou radical modificada sem reconstrução (MR).

Como critérios de inclusão temos: o diagnóstico de carcinoma ductal invasivo, estágio clínico IIIa (UICC-TNM 1982) e idade máxima de 65 anos.

Todas as pacientes foram submetidas a tratamento adjuvante sistêmico com CMFV (ciclofosfamida 500mg/m², methotrexate 40mg/m², fluorouracil 500mg/m² e vincristina 1mg/m²) a cada 21 dias por 6 meses.

A radioterapia foi efetuada nos casos de tumores maiores de 5 cm, tumores com invasão dos vasos linfáticos da mama, em

quadrantes central ou interno, com metástases axilares.

O seguimento foi realizado trimestralmente com exame clínico e semestralmente com hemograma, fosfatase alcalina, gama glutamil transferase, radiografia de tórax, ecografia de abdômen total, pélvis e mama, além de mamografia e cintilografia óssea anualmente.

Foram excluídas as pacientes que morreram de causas não relacionadas ao câncer.

As variáveis estudadas foram: intervalo livre de doença local, intervalo livre de doença à distância e sobrevida total.

Os dados foram obtidos a partir dos prontuários médicos das pacientes e as curvas de sobrevida foram avaliadas através do método tábua de vida de Kaplan & Meyer. Para o cálculo de significância entre as curvas, utilizou-se a prova de Wilcoxon generalizada (Breslow) e o teste de Mantel-Haenzel (9).

Resultados

Intervalo livre de doença local

A taxa de recidiva local foi baixa, sendo 6,6% no grupo de estudo e 4,4% no grupo-controle (tabela 1).

Em relação à curva de sobrevida livre de doença local, não houve diferenças significativas entre o grupo tratado com MRRI e o grupo tratado com MR (figura 1).

Intervalo livre de doença à distância

Em relação à taxa de recidiva à distância os resultados foram semelhantes nos dois grupos (tabela 2).

A curva de sobrevida livre de doença à distância não mostra diferenças significativas.

Tabela 1. Taxa de recidiva baixa no estágio III a

Estádio	Recidiva local			
	MRRI	(%)	MR	(%)
IIIa	3/45	6,6	2/45	4,6

MRRI - Reconstrução mamária imediata; MR - Mastectomia radical ou radical modificada sem reconstrução.

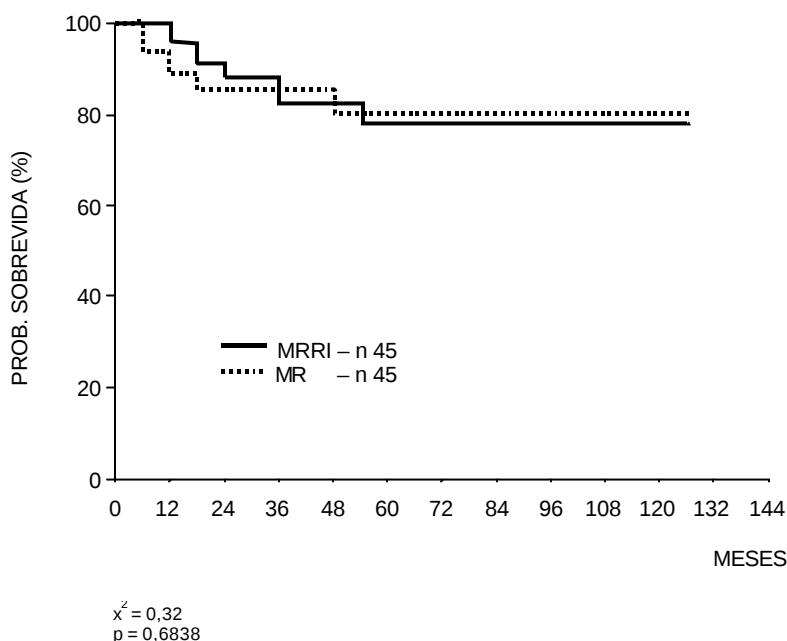


Figura 1. Intervalo livre da doença local comparando portadoras de carcinoma de mama estágio IIIa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução mamária.

Verificou-se que as recidivas ocorreram homogeneamente durante os primeiros 5 anos pós-mastectomia nos dois grupos (figura 2).

Sobrevida total

A sobrevida total foi praticamente a mesma nos dois grupos (tabela 3).

A curva de sobrevida total na amostra não apresenta diferenças significativas entre o grupo de casos e os controles (figura 3).

Discussão

Na última década um número cada vez

maior de mulheres têm optado pela reconstrução mamária imediata ou tardia pós-mastectomia por câncer de mama. Esta tendência deve ser crescente, pois a ocorrência desta doença é rara antes dos 30 anos, mas sua incidência – que está crescendo em torno de 1-2% ao ano – aumenta muito após os 50 anos de idade (10). Estima-se hoje no Brasil 28.840 novos casos por 100 mil mulheres, o que representa 23,3% do número total de neoplasias malignas em mulheres e faz do câncer de mama o responsável pelo maior número de casos novos de câncer registrados no país (11).

Além da morbidade e da mortalidade

Tabela 2. Taxa de recidiva a distância no estágio IIIa

Estádio	Recidiva à distância			
	MRRI	(%)	MR	(%)
IIIa	20/45	44,4	24/45	53,3

MRRI - Reconstrução mamária imediata; MR - Mastectomia radical ou radical modificada sem reconstrução

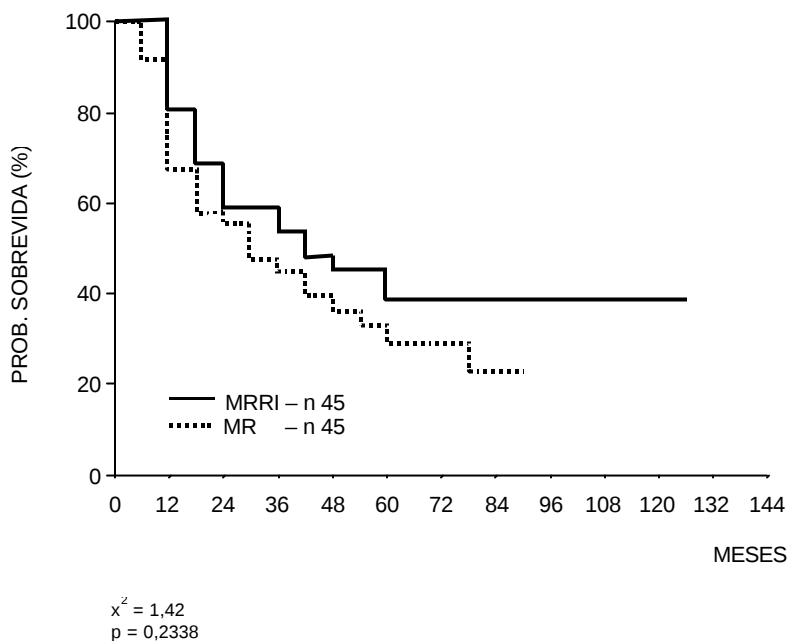


Figura 2. Intervalo livre da doença comparando portadoras de carcinoma de mama estádios IIIa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução imediata.

inerentes à doença e ao tratamento, há o aspecto da mutilação, que traz sérios problemas psicológicos à mulher. Esta questão foi parcialmente resolvida para os casos de tumores pequenos com a demonstração da equivalência prognóstica entre as cirurgias conservadoras e radicais. A mastectomia permanece, entretanto, como o mais adequado tratamento para os tumores de mama localmente avançados.

O presente estudo é retrospectivo e, para eliminar possíveis vícios na seleção de casos estudados, emparelhamos cada caso com um controle por estadiamento da doença, idade, estado menstrual e data de cirurgia. Desta forma, a distribuição da amostra foi uniforme, ficando o prognóstico dependente apenas da doença, além da reconstrução, uma vez que a intervenção médica adjuvante foi semelhante nos dois grupos.

Não observamos diferenças no número de recidivas locais entre os grupos. O aparecimento de qualquer nodulação no retalho e/ou bordas foi acompanhado com ecografia, mamografia e biópsia excisional. Esta rotina nos permitiu estabelecer critérios clínicos e de imagem, possibilitando o diagnóstico diferencial entre necrose gordurosa e recidiva. A

possibilidade de o retalho dificultar o diagnóstico da recorrência era um dos argumentos contra a realização da reconstrução. No entanto, em nossa série apenas um caso de recidiva estava localizado no retalho miocutâneo, sendo as demais na pele adjacente ou na parede torácica.

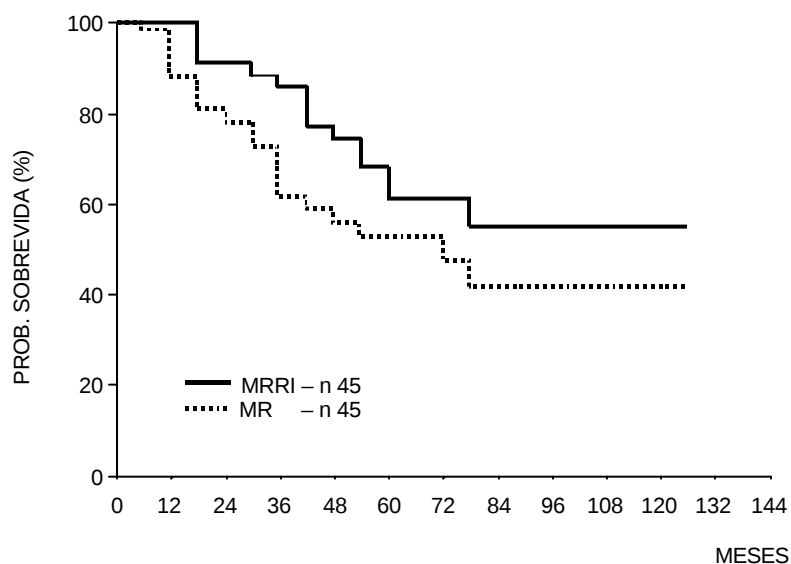
Outro aspecto relevante que se evidenciou na pesquisa em questão é que as recidivas ocorreram principalmente entre 12 e 36 meses após o tratamento primário. Este dado nos permitirá avaliar se esta recidiva precoce está ou não relacionada ao aparecimento de metástase em curto período de tempo. Ainda em relação à recidiva local, sabe-se que quanto maior a margem de pele excisada ao redor do tumor, menor é a chance da recidiva, e a reconstrução imediata permite que o cirurgião não se preocupe com a quantidade de pele restante pois o fechamento será feito pelo retalho.

A reconstrução imediata também não contra-indica a radioterapia, não interferindo na estética ou na vitalidade do retalho, apesar de poder ocorrer mais casos de necrose gordurosa nas margens da neomama. Portanto, podemos afirmar que a reconstrução mamária imediata não influencia na incidência da recidiva

Tabela 3. Sobrevida total no estágio III a

Estádio	Sobrevida Total			
	MRRI	(%)	MR	(%)
IIIa	30/45	66,7	24/45	53,3

MRRI - Reconstrução mamária imediata; MR - Mastectomia radical ou radical modificada sem reconstrução.



$$\chi^2 = 2,40$$

$$p = 0,1216$$

Figura 3. Sobrevida total comparando portadoras de carcinoma de mama estágio IIIa axila negativa, submetidas à mastectomia radical com ou sem reconstrução mamária.

local, nem impede a realização de tratamento e seguimento oncológico loco-regional adequado.

A ocorrência de metástase à distância foi semelhante nos dois grupos, com uma incidência progressiva de acordo com o tamanho do tumor e grau de envolvimento linfonodal axilar, como já tem sido demonstrado em diferentes estudos da literatura (12).

O estudo de sobrevida total não demonstrou diferenças significativas, mas observamos que as pacientes submetidas à MRRI tiveram sua sobrevida livre de doença numa porcentagem superior àquelas submetidas a MR. Este dado ainda está aberto para futuras conclusões.

Conclusão

A reconstrução mamária imediata pós-mastectomia radial ou radical modificada com o retalho miocutâneo do reto abdominal não interferiu no prognóstico oncológico das pacientes portadoras de câncer de mama localmente avançado, ou seja, não interferiu na sobrevida total, sobrevida livre de doença local e na sobrevida livre de doença à distância.

Referências

1. Pinotti JA, Teixeira LC, Boneilha-Mussoles F, Keppke EM, Baroudi R, Matta SM. Reconstruction mamaria post mastectomy. In: Munõz GA, editor.

- Avances in Mastologia. Caracas: Editorial Universitária SA; 1992. p. 247-57.
2. Huston JT, McKenzie G. Breast reconstruction after radical mastectomy. *Aust N Z Surg* 1978;39:367-71.
3. Kiricuta, I. L'emploi du grand épiploon dans la chirurgie du sein cancéreux. *Presse Med* 1963;71:15-7.
4. Lapin R, Daniel D, Hutchins H. Primary breast reconstruction following mastectomy using a skin spander prothesis. *Breast* 1980;6:20-8.
5. Fujino T, Harashina T, Enomoto K. Primary breast reconstruction after a standad radical mastectomy by a free flap transfer. *Plast Reconst Surg* 1976;58:371-4.
6. Baroudi R, Pinotti JA, Keppke EM. A transverse thoracoabdominal skin flap for closure after radical mastectomy. *Plast Reconst Surg* 1978;61:547-54.
7. Bostwick J, Vauconez LO, Jurkiewicz MJ. Breast reconstruction after radical mastectomy. *Plast Reconst Surg* 1978;61:682-93.
8. Daher JC. As reconstruções mamárias com retalho miocutâneo abdominal. In: *Simpósio Brasileiro de Abdominoplastia*, Rio de Janeiro. Anais. São Paulo; 1982. p. 95-9.
9. Lee ET. Statical methods for survival data analysis. Belmont: Lifetime Learning Publications; 1980.
10. Veronesi U, Costa A, Veronesi P. Cancer of the breast. In: Veronesi U, editor. *Surgical Oncology*. Berlin: Springer-Verlag; 1989. p.828-71.
11. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil para 1999. Rio de Janeiro: INCA. p.1-18.
12. Fischer B. Surgery of primary breast cancer. In: McGuire WL, editor. *Breast cancer 1. Advances in research and treatment. Current approaches to therapy*. New York: Churchill Livingstone; 1977. p.1-42.