

# Desafios cirúrgicos e terapêuticos na doença luminal.

O nosso encontro de novembro contou com a presença da Dra. Judy Boughey – Cirurgiã de Mama da Clínica Mayo em Rochester, Minnesota, EUA. Dra. Andrea Shimada – Oncologista Clínica do Hospital Sírio Libanês e do Dr. Vilmar Marques de Oliveira – Mastologista especializado em reconstrução mamária e Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia (2020 – 2022) para discutirmos sobre o tema: Desafios cirúrgicos e terapêuticos na doença luminal.

O caso clínico retratava uma paciente feminina de 39 anos, assintomática, sem histórico familiar para câncer de mama, que apresentava uma cirurgia prévia de implantes mamários há 14 anos e teve uma ressonância de mamas solicitada pelo cirurgião plástico para análise dos mesmos. No exame foram evidenciados 3 nódulos em mama direita, birads 3, 2 localizados no quadrante superomedial e 1 na junção dos quadrantes superiores.

Conforme indicação dos guidelines e dos debatedores, a avaliação dos implantes de mama deve ser realizada a cada 5-10 anos com ressonância de mamas. Dr. Vilmar reforça que a ultrassonografia também é um bom exame para controle em casos em que o acesso à ressonância seja mais complicado, porém com maiores taxas de falsos positivos para ruptura de implantes. No caso de birads 3 evidenciado na ressonância magnética, o ultrassom second look é indicado para localização das lesões e, caso necessária, avaliação de via de biópsia.

Após o controle de 6 meses, 2 nódulos apresentaram crescimento e alterações morfológicas, realizadas biópsias guiadas por ultrassom de ambas as lesões, ambos diagnosticados como carcinomas do tipo não especial, grau II, luminal A. Os exames de estadiamento vieram sem evidências de metástase a distância e o teste genético veio negativo para mutações patogênicas.

Devido a um quadro de paciente com doença multifocal e com mamas ptóticas grau II, secundária, iniciou-se a discussão sobre as abordagens cirúrgicas em casos de paciente com doença multifocal.

Dra. Judy inicia a discussão apresentando seu trabalho sobre cirurgia conservadora em doença multifocal, ela relembra que a indicação de mastectomia nesses casos vem de estudos realizados na década de 60, 70 e 80, onde se observavam altas taxas de recorrência em pacientes com esse tipo de doença, porém com o avanço da imagem e dos tratamentos adjuvantes, os estudos subsequentes apresentaram uma taxa muito menor de recorrência, trazendo novamente a discussão sobre a real indicação de mastectomia nesses casos.

Baseado nesse histórico, o estudo Z11102, fase 2, braço único, foi desenhado para identificar se a recorrência local em pacientes com doença ipsilateral multicêntrica tratados com cirurgia conservadora, radioterapia e terapia sistêmica conforme indicação do oncologista seria maior que 8% em 5 anos. Pacientes submetidas a quimioterapia neoadjuvante não foram incluídas. Ao final de 5 anos, a taxa de recorrência local foi de 3,1%, atingindo o endpoint primário do estudo, as pacientes também responderam a questionários sobre o resultado estético no qual ao final de 36 meses a grande maioria achava seu resultado bom ou ótimo.

Dr. Vilmar acrescenta que sempre que possível devemos ofertar a cirurgia conservadora, entregando uma melhor qualidade de vida e na maioria das vezes bons resultados estéticos, reforça que em casos em que precisamos realizar a mastectomia em mamas muito grandes podemos planejar uma cirurgia em 2 tempos, quando viável, realizando inicialmente a mastopexia e de 4 a 6 meses após a mastectomia com baixas taxas de complicações observadas em vários estudos. Em casos em que não teremos a possibilidade da cirurgia em 2 tempos, poderemos utilizar a técnica de skin reducing e devemos tomar cuidado com algumas situações como uma menor ascensão do CAP, preservar as perfurantes e fazer um retalho homogêneo. Na sequência do caso clínico, a paciente acabou optando por fazer uma mastectomia bilateral, sendo indicada a mastectomia bilateral com cicatriz em T invertido com enxerto do CAP técnica de Torek.

Sobre o tratamento adjuvante, não houve indicação pela equipe de radioterapia e em relação ao tratamento medicamentoso Dra. Andrea orienta que a avaliação genômica através das assinaturas moleculares seria importante para definição do tratamento adjuvante, dando preferência para o oncoType devido ao maior número de dados em pacientes pré-menopausa. Na presença de multicentricidade, Dra. Andrea reforça a importância da avaliação genômica de ambas as lesões. A paciente acabou realizando o teste genômico, com um Recurrence Score de 24 (intermediário) sendo indicada a quimioterapia adjuvante.



## Dr. Guilherme Gamba

Médico Mastologista em Brusque - Santa Catarina CRM 20561, RQE 20163  
Mastologista do programa de saúde da mulher - Unimed Brusque  
Professor supervisor do internato de saúde da mulher II da UNIFEBE