

# Mastectomia Contralateral: Indicações, Resultados e Riscos

Society of Surgical Oncology Breast Disease Site Working Group Statement on Contralateral Mastectomy: Indications, Outcomes, and Risks

Puneet Singh, MD, MS

Nos últimos 20 anos as taxas de Mastectomia contralateral (MC) tem aumentado nos Estados Unidos. Os fatores associados são a raça caucasiana, rede privada, status socioeconômico, centros com mais volume, idade jovem, utilização de RM mamária, testes genéticos e cirurgia reconstrutiva. Num estudo com pacientes com câncer de mama, aquelas cujas cirurgiões recomendaram contra a MC tiveram uma taxa de 6.1% contra 57.5% daquelas que não receberam qualquer recomendação, o que mostra a influência dos cirurgiões neste procedimento.

As indicações para MC centram-se em pacientes com risco acrescido de câncer de mama contralateral, sendo elas: mutações germinativas, irradiação torácica prévia e/ou forte história familiar de câncer de mama. Questionando-se doentes com câncer de mama recentemente diagnosticado, 19 % consideraram fortemente a MC, embora apenas 9 % tivessem uma indicação clínica.

Irradiação torácica prévia confere risco global para ambas as mamas de até 30 vezes superior ao da população em geral. O estudo WECARE, concluiu que mulheres com qualquer familiar de primeiro grau com câncer de mama apresentavam risco absoluto para câncer de mama contralateral ao fim de 10 anos de 8.1%, este risco era ainda maior para aquelas cujos familiares foram diagnosticados antes dos 40 anos (13.5%) ou cujos familiares tinham câncer de mama contralateral (14.1%). No entanto não está claro se a MC tem um benefício de sobrevivência para os doentes cuja história familiar confere um risco mais elevado de câncer de mama contralateral mas que não tem uma variante patogênica identificável. Em relação as variantes patogênicas em genes de predisposição para o câncer, um estudo mostrou risco cumulativo em 20 anos de câncer de mama contra lateral de 40 % em BRCA 1 e 26% em BRCA 2, devendo ser discutida a MC, sempre considerando a idade, status menopausal, estágio e biologia do tumor, uso de terapia endócrina e comorbidades. Pacientes com comorbidades importantes, metástases a distância, mastectomia paliativa e câncer de mama inflamatório deverão ser desencorajadas a MC.

Em comparação com a população em geral as doentes com câncer de mama têm um risco mais elevado de câncer de mama contralateral, porém ele ocorre em menos de 10% daquelas com câncer de mama unilateral sem predisposição genética. Estima-se ainda que a redução do risco relativo de câncer de mama contralateral seja de 91 a 100% nas mulheres submetidas a MC. Embora a mastectomia contralateral reduza significativamente o risco de câncer de mama contralateral, não está claro se proporciona um benefício em termos de sobrevida.

O intervalo ideal entre o diagnóstico do câncer e a ressecção cirúrgica é de 90 dias. Foi demonstrado que a adição de reconstrução aumenta o tempo até a cirurgia em 12,2 dias. No caso de pacientes com tumores mais agressivos existe a preocupação de que as complicações da ferida operatória possam atrasar a terapêutica adjuvante.

Apesar de apresentarem taxa de complicações mais elevada, estudo de coorte prospectivo de 5 anos, realizado em 11 centros dos EUA e Canadá, demonstrou que as mulheres que foram submetidas a MC com reconstrução, estavam mais satisfeitas. Estudo com mulheres submetidas a mastectomia unilateral terapêutica mostrou custo médio ajustado de 33.557 dólares (2015) e que a adição da MC resultou num aumento adicional de 11.872 dólares, todas com reconstrução imediata.

Os eventos adversos mais associados a MC são a infecção, hematoma, seroma, necrose do retalho e a deiscência da ferida. Os eventos tromboembólicos e complicações sistêmicas são raros. Estudos relatam taxa de complicação de 30% para MC mais mastectomia terapêutica, e apenas 10-20% para mastectomia terapêutica isolada.

Entre os doentes submetidos a MC a incidência de malignidade oculta é de 5 a 10%, a maioria é ductal in situ e histologia lobular, 1 a 3% invasivos, e linfonodos positivos em 1.3%. Geralmente eram imagens Birads 4.

A RM pré operatória para avaliar câncer de mama contralateral pode ser considerada em doentes de alto risco, incluindo aquelas com mutações genéticas ou com lesões indeterminadas na mamografia e ultrassom, mas não deve ser utilizada de rotina em doentes com câncer de mama de risco médio e recentemente diagnosticadas. Não existem provas que apoiem vigilância imagiológica de rotina após MC, mesmo em doentes submetidas a mastectomia poupadora de mamilos. No entanto deve ser considerada para as doentes com alterações palpáveis e com tecido mamário residual significativo.

Embora a mastectomia contralateral não melhore a sobrevida global, reduz o risco de tratamento adicionais, e estes dois conceitos devem ser discutidos como parte do processo de decisão partilhada.

## Clube da Mama Artigo do mês

MARÇO • 2024

Todas as discussões devem ter lugar num período de tempo razoável para permitir uma percepção mais exata pela paciente do significado das estratégias de redução do risco.

### Referência

Singh P, Agnese D, Amin M, Barrio AV, Botty Van den Buele A, Burke E, Danforth DN Jr, Dirbas FM, Eladoumikhachi F, Kantor O, Kumar S, Lee MC, Matsen C, Nguyen TT, Ozmen T, Park KU, Plichta JK, Reyna C, Showalter SL, Styblo T, Tranakas N, Weiss A, Laronga C, Boughey J. Society of Surgical Oncology Breast Disease Site Working Group Statement on Contralateral Mastectomy: Indications, Outcomes, and Risks. *Ann Surg Oncol*. 2024 Apr;31(4):2212-2223.

Doi: 10.1245/s10434-024-14893-x. Epub 2024 Jan 23. PMID: 38261126.



### Dra. Alessandra C. Chiarello

**Cirurgiã geral** pelo Hospital de Clínicas de Passo Fundo/RS.  
**Mastologista** pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS.  
Membro do grupo **Juventude Rosa** da Sociedade Catarinense de Mastologia.