



RESUMO DE AULAS DO 20º CONGRESSO DA
JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA - 2024

AS CONTROVÉRSIAS DO RASTREAMENTO MAMO- GRÁFICO EM TEMPOS DE PERSONALIZAÇÃO DA ME- DICINA: REDUÇÃO DE MOR- TALIDADE OU RISCOS SUBESTIMADOS?

Palestrante: Dr. Ruffo Freitas Junior.

Autora: Dra. Rafaela Reis - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Ao falarmos de rastreamento de câncer é importante ressaltar que a SBM/FEBRASGO/CBR preconizam o rastreamento mamográfico para mulheres de risco habitual anualmente a partir de 40 anos até 74 anos ou se expectativa de vida >7 anos. Não se recomenda a Ressonância Magnética, mas se disponível melhor associar tomossíntese. E num país tão grande e diverso como o Brasil ter também a recomendação do Ministério da Saúde norteando nossas ações dificulta ainda mais o acesso e se mostra não ser a mais adequada.

E por que devemos investir tanto em rastreamento mamográfico? Porque com isso conseguimos redução de mortalidade para mulheres de 40-74 anos de 20-48%¹⁻² dependendo do estudo analisado, redução de detecção de tumores avançados, menor risco de quimioterapia e mastectomia e melhor qualidade de vida.

Claro que podemos ter alguns pontos contra essa estratégia. Quais são os riscos? Resultados falsos positivos seguidos de reconvocações e aumento da ansiedade por parte da paciente, overdiagnosis e tratamentos/procedimentos desnecessários, câncer radioinduzido e mortes relacionadas ao tratamento.



A SBM/FEBRASGO/CBR entende que o rastreamento a partir dos 40 anos anualmente supera quaisquer riscos e deve ser estimulado. Quando comparamos estudos de modelos matemáticos (CISNET) com as diversas opções de rastreamento, tem-se que a expectativa de redução de mortalidade é maior quando se opta pelo rastreamento que essas entidades defendem chegando em torno de 42%.

No Brasil, o rastreamento tem seus dados demonstrados em 3 narrativas. Qual acreditar?

A OMS afirma que se tivermos mais de 70% de cobertura mamográfica tem-se diminuição de mortalidade³. Na primeira narrativa, de acordo com o Vigitel (programa baseado em ligações telefônicas que avalia pessoas que moram nas capitais sem distinção de classe social), a cobertura mamográfica nas capitais é relativamente alta apresentando uma média de 73% em 2023, com queda apenas na época da pandemia da Covid-19.

Em relação à Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2021) que avalia as capitais e também as cidades do interior, no ano de 2019, tivemos uma média nacional de cobertura mamográfica em torno de 58,3%. A região sudeste é a que apresenta a maior cobertura (65,2%). Comparando com dados de 2013, é possível observar um aumento na cobertura mamográfica reportada no Brasil.

E a terceira narrativa é analisada com base nos dados do MS/SIA/DATASUS sendo, de acordo com o Dr. Ruffo, a que melhor expressa a diversidade regional. Conforme dados de 2023, a taxa de cobertura mamográfica no SUS em mulheres de 50 a 69 anos atinge míseras taxas de 33,5%. Ao avaliarmos o número de mamografias realizadas no ano de 2023 temos, no Brasil, um total de 2.659.293. Quantidade essa igual muito semelhante ao ano de 2018, ou seja, a população está aumentando e o rastreamento mamográfico não ocorre na mesma proporção.

É preciso reforçar que o principal objetivo do rastreamento é redução de mortalidade por câncer de mama. Dados do INCA/SIM mostram que a mortalidade por câncer de mama no Brasil está estável desde o ano de 2016, ou seja, não estamos melhorando. Ao analisarmos dados no INCA de 2024, a proporção de casos de câncer de mama feminina, por estádios mostra uma taxa de 5% de carcinoma in situ e 12% casos em estágio IV, ou seja, essas últimas perderam a oportunidade de fazer um rastreamento adequado. E querem falar de overdiagnosis se temos o dobro de mulheres diagnosticadas em estágio IV?

“A Inaceitável Situação do Rastreamento Oportunístico do Câncer de Mama no Brasil” é uma publicação de setembro de 2024 na Revista Associação Médica Brasileira Rocha em que AFBM Rocha e et mostram que, no ano de 2022, 52% das mulheres entre 50-69 anos, ou seja, mulheres que estariam dentro do programa de rastreamento do SUS, foram diagnosticadas em estádios II-IV. E pasmem, 59% das mulheres no mesmo estágio de doença avançada tinham entre 40-49 anos.



RESUMO DE AULAS DO 20ª CONGRESSO DA
JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA - 2024

E quando olhamos por estados, por exemplo, em Goiás, com dados do SISCAN 2023, a taxa de estágio III e IV é 72% nas mulheres de 50-69 anos e de 80% naquelas de 40-49 anos, ou seja, 4 em cada 5 são estágio III e IV.

Um estudo feito pelo AC Camargo e publicado em 2019 mostra que com a adequação de estadiamento teríamos uma redução da sobrevida global em 5 anos no EC III (86%) em 10% (diferença absoluta da média da SG nos EC I e II (96%), o que significaria aproximadamente 1,5 milhão de vidas salvas ou prolongadas.

Devemos continuar com esforços para que a cobertura mamográfica aumente a cada ano e com isso mais vidas sejam salvas através do rastreamento precoce.

1. DUFFY SW, TABÁR L, YEN AM, ET AL. CANCER. 2020;126(13):2971-2979
2. BROEDERS M, MOSS S, NYSTRÖM L, ET AL. J MED SCREEN. 2012;19 SUPPL 1:14-25
3. [HTTPS://WWW.INCA.GOV.BR/SITES/UFU.STI.INCA.LOCAL/FILES//MEDIA/IMAGE//CAPA-CONTROLE-DO-CANCER-DE-MAMA-NO-BRASIL-DADOS-NUMEROS-2024.JPG](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/image//capa-control-e-do-cancer-de-mama-no-brasil-dados-numeros-2024.jpg)



RESUMO DE AULAS DO 20º CONGRESSO DA
JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA - 2024

IMPACTO DA OMISSÃO DA BIÓPSIA DO LINFONODO SENTINELA NA DECISÃO DO TRATAMENTO SISTÊ- MICO – ESTAMOS PRONTOS PARA ISSO?

Palestrante: Dr. Antonio Carlos Buzaid.

Autora: Dra. Luiza Boechat - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dr Buzaid inicia sua apresentação de forma enfática: De maneira geral, não estamos prontos.

Traz dados do estudo NSABP-04, iniciado em 1971 e que foi publicado em 2002. Nele foram avaliadas 1765 pacientes em 25 anos de seguimento, e tinha como objetivo determinar se cirurgias menos extensas seriam tão efetivas quanto a mastectomia radical. Não foi observado aumento de sobrevida global com a dissecação axilar após longo seguimento.

Já o SOUND study de 2024, compara a biópsia de linfonodo sentinela versus omissão de cirurgia axilar em pacientes com câncer de mama inicial e avaliação ultrassonográfica axilar negativa. Foram selecionadas pacientes com tumores menores que 2 cm, axila negativa pré-operatória ao ultrassom, com plano de cirurgia conservadora acrescida de radioterapia e doença unifocal. A maior crítica dele a esse estudo, foi quanto a seleção de pacientes, já que 80% eram pós-menopausa, sendo cerca de apenas 1% com menos de 40 anos. Nas pacientes que realizaram biópsia de linfonodo sentinela a taxa de positividade ficou em torno de 14%. A maior parte dos tumores eram luminais – cerca de 88%. A taxa de recorrência axilar foi muito baixa – 0,7% no braço sem abordagem cirúrgica. As pacientes do estudo eram de risco muito baixo e até então o follow up é muito curto de 5,7 anos. Dr Buzaid enfatiza, que em tumores luminais quase que 70% das recorrências ocorrem a partir dos 5 anos, necessitando de mais tempo de seguimento. Até o momento não há diferença em sobrevida



RESUMO DE AULAS DO 20º CONGRESSO DA
JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA - 2024

livre de doença e sobrevida livre de doença à distância. O estudo considera que para esse perfil de pacientes, o ultrassom pode poupá-las de serem submetidas à cirurgia axilar.

Mas, por que o linfonodo sentinela é importante?

Porque essa informação impacta no tratamento de muitas pacientes, como: as com 50 anos ou menos e linfonodo positivo que, em geral, são tratadas com quimioterapia adjuvante; para as pacientes com mais de 50 anos com 1 ou 2 linfonodos positivos e que são candidatas a teste de assinatura genômica para avaliar o benefício de quimioterapia adjuvante; ou ainda, pacientes com linfonodo sentinela positivo que podem ser candidatas ao Abemaciclibe adjuvante a depender de outras características patológicas do tumor primário, já que os estudos que avaliam o uso dessa droga não contemplam pacientes com axila clinicamente negativa.

Assim, a menos que a paciente não vai ter seu tratamento influenciado pelo status linfonodal, deve-se realizar SEMPRE a pesquisa do linfonodo sentinela.

O estudo SOUND does NOT SOUND GOOD para a vasta maioria das pacientes.



RECONSTRUÇÃO MAMÁ- RIA APÓS RADIOTERAPIA: EXISTE COMO OPTAR EN- TRE IMPLANTE DIRETO, MATRIZES ACELULARES OU RETALHOS MIOCUTÂ- NEOS. O QUE É MELHOR?

Palestrante: Dr. Régis Resende Paulinelli.

Autora: Dr. Fernando Vecchi Martins - Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dr. Régis começa a apresentação comentando que, em seu serviço no Sistema Único de Saúde (SUS), em Goiânia/GO, mais da metade das pacientes que vão para mastectomia já fizeram radioterapia, em virtude de aplicarem muitas técnicas de Oncoplastia nas cirurgias iniciais, que foram conservadoras.

É importante lembrar que a radioterapia não pode ser vista como vilã, e sim como uma ferramenta fundamental no tratamento do câncer de mama, e os cirurgiões de mama precisam encontrar soluções para se adaptarem durante a escolha cirúrgica para oferecer o melhor às pacientes.

Durante um consenso de cirurgiões na Suíça, há alguns anos, a concordância entre os presentes foi que a radioterapia dificulta o processo de reconstrução, e os retalhos miocutâneos devem ser as melhores escolhas de reconstrução mamária nas pacientes com radioterapia prévia.

As reconstruções em pacientes com prótese que vão realizar radioterapia apresentam mais falhas, mais complicações, incluindo contratura capsular e, também, com menor satisfação dentre as mulheres.



Sendo assim, Dr. Régis apresenta estratégias para reduzir complicações:

- Superfície do implante (poliuretano, microtexturizado, nanotexturizado/liso):

Ponto controverso, pois, apesar de que novas orientações indiquem que implantes lisos apresentem menos contraturas, a opinião do Dr. Régis é distinta, pois vai de encontro a situações prévias, de que maior textura levaria a menos contratura, por isso e ele espera novos estudos com mais informações.

- Próteses de alta coesividade:

A contratura nas próteses de alta coesividade vai “apertar” toda a mama, formando menos rippling e deformando menos a mama.

- Técnica da radioterapia:

O que se gera mais impacto é a radioterapia por IMRT. Dr Régis apresentou um trabalho citando que as pacientes submetidas à IMRT tiveram apenas 6,8% de complicações graves, contra 24,6% nas técnicas convencionais.

Dr Régis espera que lutemos mais pelo maior acesso à radioterapia de melhor tecnologia às pacientes, uma vez que isso impacta muito no sucesso das nossas reconstruções.

- Evitar a mastectomia:

Realizar cirurgias conservadoras com radioterapias adjuvantes apresentam menos complicações que pacientes mastectomizadas com reconstruções.

Dr. Régis cita um estudo próprio do ano passado com 760 casos comparando pacientes submetidas a cirurgias conservadoras e radicais. As mulheres com mamas preservadas por Oncoplastia estavam mais satisfeitas com seus resultados, menos complicações, sem prejuízos oncológicos, e precisaram de menos procedimentos para completarem suas reconstruções de mama, mesmo nas situações de tumores localmente avançados.

Ou seja, na sua opinião, independentemente de qualquer outro fator, preservar a mama com Oncoplastia deve ser mais oferecido em relação a mastectomias com reconstruções.

- Associação ou substituição por retalhos miocutâneos:

É uma estratégia para melhorar os resultados. Dr. Régis apresenta um trabalho que, ao usar reconstrução com grande dorsal e prótese, reduziram-se muito perda do implante, infecção, reoperação e contratura capsular.



- Tempo da radioterapia (antes ou depois):

Quando se tem radioterapia prévia e for tentar alguma cirurgia com prótese, vai acontecer 70% de complicações nas reconstruções imediatas e 50% nas reconstruções tardias, e 40% de perda com conversão para retalho miocutâneo.

Se a radioterapia for depois da cirurgia, vai haver menos perda da reconstrução, entretanto com maiores taxas de contratura capsular (mais de 50%).

Outra sugestão do Dr. Régis é evitar realizar radioterapia sobre o retalho miocutâneo. Se ele sabe que a paciente vai fazer radioterapia adjuvante, prefere oferecer reconstrução com expansor. Depois, caso preciso, utiliza-se o retalho sem ser irradiado.

Outra grande polêmica é: nas cirurgias de mastectomias com reconstrução que irão irradiar após, é melhor irradiar o expansor ou a prótese?

Para responder a essa pergunta, o Dr. Régis apresenta alguns trabalhos, incluindo um em especial do Dr. Peter Cordeiro, que conclui: irradiar a prótese é mais seguro para o processo de reconstrução, entretanto com mais contratura e insatisfação da paciente; por outro lado, irradiar o expansor e trocar para prótese depois da radioterapia apresenta maiores falhas da reconstrução, porém com maiores taxas de satisfação às pacientes nos casos de sucesso.

- Técnica cirúrgica (prótese mais baixa):

Um pequeno truque do Dr. Régis para as cirurgias com reconstrução com prótese que sabidamente irão para radioterapia adjuvante é inserir a prótese deixando o sulco mais baixo que na mama contralateral, pois a tendência da prótese é subir após a irradiação.

Quando se insere a prótese no lugar e ela “sobe” após a radioterapia, fica mais difícil de concluir o processo de reconstrução de maneira apenas heteróloga (prótese ou expansor) sendo, na maioria dos casos, necessário o uso de retalhos para corrigirem defeitos.

- Plano pré-peitoral:

É uma boa opção que pode ser utilizada. Dr. Régis apresentou dados de uma metanálise que mostra que não se aumentam complicações, se a prótese está inserida no plano pré-peitoral, inclusive com redução das taxas de contratura capsular.

Não se sabe se a redução de contratura, nesses casos, está em si pela localização da prótese no plano pré-peitoral, ou pela associação do uso das ADMs, muito utilizadas com essa técnica de plano de inserção dos implantes.



- Uso de Matrizes dérmicas (ADM):

O uso de ADM reduz o risco de contratura capsular e o mal posicionamento do implante, podendo ser benéfico nesses casos de radioterapia prévia, porém o Dr. Régis não está seguro de que isso seja uma boa estratégia, pois se aumenta bastante a quantidade de infecção e seroma, além de poder haver mais perda da reconstrução.

- Lipofiling:

A lipoenxertia também seria uma ótima ferramenta para auxiliar no sucesso das reconstruções heterólogas (prótese ou expansor) nesses casos de mamas previamente irradiadas.

Uma das sugestões é realizar em torno de duas sessões de lipoenxertia antes de se colocar o expansor (e posterior troca por prótese). Dr. Régis apresentou um estudo do Dr. K. Clough, que observou perda da reconstrução inferior a 2% com essa estratégia, o que classicamente seria em torno de 40% sem lipoenxertia prévia.

Dr. Régis conseguiu realizar em apenas duas pacientes. Por isso, não acaba sendo sua primeira opção, reservando apenas aos casos em que não se pode usar reconstrução com retalhos miocutâneos.

Outra grande indicação é para as pacientes que descobrem ser portadoras de mutação genética de alto risco apenas após a cirurgia primária com radioterapia, com indicação de mastectomia bilateral profilática. Para essa situação, apresentou outro estudo do Dr. K. Clough, com 21 pacientes que se submeteram também a duas sessões de lipoenxertia prévia à mastectomia, com nenhuma perda da reconstrução final.

Uma opção, também, é realizar lipoenxertia antes da troca do expansor pela prótese. Dr. Régis apresentou um estudo pequeno com 32 pacientes, em que foram feitas duas sessões de lipoenxertia antes da troca para prótese, com melhora de todos os indicadores cirúrgicos.

As grandes dificuldades esbarram na logística de tentar convencer às pacientes de se submeterem a tantos procedimentos cirúrgicos, além da lipoenxertia ser um ato não coberto por planos de saúde e, em pacientes do SUS, acesso a tantos horários cirúrgicos disponíveis, pela necessidade dos centros em se operar casos novos.

Pensando nisso, a ideia do Dr. Régis é realizar, quando indicada, lipoenxertia no mesmo ato da mudança no expansor pela prótese.

A sua técnica seria em fazer a lipoenxertia por toda a extensão da pele e subcutâneo antes de se retirar o expansor, depois não fazer a capsulectomia, apenas capsulotomia e colocar a prótese.



RESUMO DE AULAS DO 20º CONGRESSO DA
JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA - 2024

Na sua experiência com 31 pacientes aplicando a técnica acima com tumores inicialmente T4 (a maioria carcinoma inflamatório), houve 17% de perda por infecção, 3% de perda por trauma e apenas 4,5% de contratura Baker 3 e nenhuma grau 4 (na literatura se veem taxas acima de 50% de contratura). Dessa forma, poderia ser uma estratégia eficaz não para reduzir infecção, mas sim para diminuir a contratura capsular.

“A grande mensagem que o Dr. Régis ao final da sua apresentação é que o maior segredo é o treinamento adequado dos cirurgiões, uma vez que se observa que muitas pacientes não recebem a indicação correta das suas cirurgias, não por falta de conhecimento, mas muito por inabilidade técnica de seus médicos (por exemplo não realizam retalhos miocutâneos e fica-se insistindo em trocas de próteses/expansores), o que pode aumentar as taxas de insucesso dos procedimentos.”



RELAÇÃO TUMOR - MAMA FAVORÁVEL À CIRURGIA CONSERVADORA: QUANDO A MASTECTOMIA ESTÁ INDICADA?

Palestrante: Dr. Guilherme Novita.

Autora: Dra. Alessandra Carolina Chiarello – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dr. Guilherme Novita inicia sua aula citando Veronese e Fisher, e questiona o porquê de estarmos insistindo na mastectomia, se na década de 80 os estudos clínicos randomizados já mostraram que a sobrevida é a mesma para quem faz cirurgia conservadora com radioterapia ou mastectomia. Por que estaríamos hoje, em 2024 fazendo essa pergunta?

Para nos ajudar a responder essa questão, Dr. Guilherme traz um caso clínico muito frequente em nossos consultórios. A paciente é médica, 42 anos, casada, mãe de 2 filhos, tem um nódulo na mama direita, biópsia confirma carcinoma invasivo, sem história familiar, com painel genético normal e tumor inicial (cT1bcN0cM0). E essa paciente nos questiona sobre o motivo de não retirar toda e até mesmo as duas mamas.

Existem estudos que mostraram uma tendência a radicalização nos Estados Unidos, despontando um incremento de mastectomias bilaterais e uma discreta diminuição de cirurgias conservadoras. Quando analisados os casos em que a decisão é exclusiva do médico, apenas 5% dos casos cabíveis de uma cirurgia conservadora foram para a mastectomia, quando essa decisão é compartilhada com a paciente foram 17% e quando a decisão é exclusiva da paciente 27% foram à mastectomia. Essa tendência é resultante do medo das pacientes de uma recidiva e do receio da radioterapia.

Vários estudos mostram que a paciente que é submetida a mastectomia bilateral é no geral mais jovem, branca, nível socioeconômico e cultural maiores, com seguro saúde, e que tenha algum histórico familiar, mesmo que pequeno, de câncer de mama.



Após o caso da atriz Angelina Jolie vir à tona nas mídias, com a mastectomia bilateral profilática, foi gerada uma situação em que muitas pacientes, e até mesmo alguns colegas médicos optam por seguir. Porém, nem sempre esse é o melhor cenário. Dr. Guilherme cita as complicações e seus índices: o quadrante tem menos taxa de reoperação do que a mastectomia sem reconstrução (2,5 % x 3,5%). Essa diferença é muito maior quando comparada à taxa de reoperações exclusivamente por complicações. A mastectomia simples sem reconstrução é muito pior que o quadrante no cenário de reoperações (0,7% x 2,8%), e mesmo o quadrante com reconstrução (oncoplástica) tem menos efeitos colaterais que uma mastectomia simples ou uma mastectomia com reconstrução (2,4% x 2,8% x 6,8%).

Atualmente, temos uma média de complicações de mais ou menos 10 % nas adenomastectomias com reconstrução. Algumas situações mais graves, com exposição e perda de próteses, e outras mais comuns como as contraturas.

Dr Guilherme enfatiza a sobrevida global comparando a mastectomia versus a quadrantectomia com radioterapia. Hoje existem vários estudos de coorte mostrando que pacientes que foram submetidas à cirurgia conservadora com radioterapia vivem mais. Dr. Novita questiona o porquê da cirurgia conservadora estar tendo mais sobrevida, se os ensaios clínicos randomizados do passado mostraram uma equivalência. Refere que isso se deve ao tipo de estudo, o estudo de coorte seria “pior”, com uma seleção das melhores pacientes (melhores condições socioeconômicas), sendo este um viés de seleção.

Em relação à recidiva local, a adenomastectomia não mostra diferenças significativas em relação a mastectomia radical (recidiva local na mama para adenomastectomia é 5,4%). Quando comparamos cirurgia conservadora com mastectomia, também é observada sobrevida livre de doença semelhante, mesmo nos subtipos tumorais mais agressivos e mesmo nas pacientes mais jovens. Dr. Novita enfatiza que não será proporcionado mais cura e menos recidiva na população geral com mastectomia bilateral.

Sobre a recidiva contralateral sabemos que a chance da paciente ter câncer na mama oposta tem caído cada vez mais, isso graças às terapias sistêmicas. O estudo TailorX mostrou taxas de 0,1% a 0,2% ao ano de recidiva contralateral.

As pacientes mutadas são o grupo que responde à questão da nossa aula, nas quais será discutida a cirurgia bilateral, principalmente aquelas com mutações de alta penetrância. Algumas séries mostraram que as pacientes com mutação genética têm mais recidiva local. Em uma análise de vários estudos ficou evidente que as recidivas nos primeiros 5 anos apesar de maiores nas cirurgias conservadoras (8,2%), comparado com mastectomias (3,4%), não são significantes. Porém, depois de 15 anos essa diferença no índice de recidivas passa a ser mais relevante (23% x 6,4%). O tratamento cirúrgico apesar de diminuir as taxas de recidiva não muda a sobrevida global.



RESUMO DE AULAS DO 20ª CONGRESSO DA
JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA - 2024

Dr. Novita resume as situações em que vale a pena discutir a mastectomia bilateral: pacientes com mutação genética de alta penetrância, pacientes de alto risco com mutação genética desconhecida, mamas favoráveis a reconstrução (evitar em pacientes com mamas grandes e muito ptosadas, onde a chance de resultado ruim é maior). Finaliza destacando a importância de sempre proporcionar uma avaliação psicológica adequada para estas pacientes.



RESUMO DE AULAS DO 20º CONGRESSO DA
JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA - 2024

MARGENS CIRÚRGICAS EM 2024: QUAIS AS EVIDÊNCIAS?

Palestrante: Dr. André Mattar .

Autor: Dr. Guilherme Gamba - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

O Dr. André inicia sua palestra questionando o público sobre o conceito de margem cirúrgica adequada e em quais cenários ela está sendo aplicada. Será que estamos buscando margens em uma cirurgia conservadora ou em uma mastectomia higiênica, onde, por vezes, não é possível alcançar uma margem ideal?

Sempre que falamos de margem, é necessário lembrar da relação com a radioterapia. No caso da mastectomia, se as margens forem maiores que 1 mm e não houver linfonodos comprometidos, e tumores com até 5 cm, a radioterapia não é indicada. Contudo, na cirurgia conservadora, a maioria dos profissionais recomenda a radioterapia adjuvante, já que alguns estudos indicam que pacientes que não recebem radioterapia apresentam maior risco de recidiva local, embora isso não se traduza em redução da sobrevida global ou em aumento da recorrência à distância.

Quanto aos dados sobre margens comprometidas presentes na literatura, um estudo americano com 4.500 mulheres mostrou que 20% dos casos de cirurgia conservadora apresentaram margens comprometidas, enquanto nas mastectomias esse número foi de 5%. No entanto, nem todas as pacientes com margens comprometidas passaram por nova abordagem cirúrgica (68% vs. 14%).

Neste ponto, o Dr. André questiona: será que realmente precisamos de margens amplas? Uma metanálise realizada por Houssami em 2010, que incluiu 21 estudos, observou que margens comprometidas têm impacto negativo em termos de recorrência. No entanto, quando se compara o tamanho das margens (1 mm, 2 mm, 5 mm), o benefício adicional parece ser mínimo. Assim, em 2014, a Sociedade Americana de Cirurgia Oncológica recomendou que uma margem livre fosse definida como “sem tumor na tinta” (no ink on tumor), com exceção do carcinoma ductal in situ (CDIS), para o qual seria necessária uma margem de 2 mm.



Após essa revisão, surge a pergunta: toda margem comprometida tem impacto? O palestrante destaca que, em uma publicação de 2008, apenas as margens laterais e mediais têm impacto na recidiva, enquanto as margens anteriores e profundas não apresentaram aumento na recidiva.

Contudo, em 2022, uma nova metanálise, que incluiu estudos anteriores e novos, revelou que margens próximas ou comprometidas estão associadas ao aumento da recorrência local e à distância. A recomendação, então, seria de uma margem de pelo menos 1 mm, colocando em xeque a recomendação anterior de “no ink on tumor”. Em 2024, a Sociedade Europeia de Cirurgia Oncológica passou a definir a margem ideal como maior que 1 mm.

No que se refere à cirurgia oncoplástica, uma metanálise publicada por Tian em 2024 mostrou que, quando realizada, há menor risco de margens comprometidas, necessidade de nova incisão e recidiva local. Porém, devido à complexidade do procedimento, também se observou um número maior de complicações.

Em relação às mastectomias, um estudo de 2012, com aproximadamente 220 pacientes, mostrou que mesmo nesses casos podem ocorrer margens comprometidas, sendo a margem profunda a mais comum. No entanto, durante o acompanhamento, nenhuma das pacientes com margens comprometidas apresentou recorrência local. Ao comparar mastectomias com adenomastectomias, um estudo de 2011, com 423 pacientes, observou uma maior incidência de margens comprometidas nas adenomastectomias, o que resultou em uma taxa maior de reoperações.

Sobre os subtipos tumorais, uma análise com 347 pacientes portadoras de tumores lobulares revelou que, em tumores T3, a taxa de margens comprometidas era maior, e que essas margens estavam associadas a um aumento na recidiva. Esse fator foi corrigido com a aplicação da radioterapia ou com a ampliação das margens.

Quanto ao “shaving”, uma metanálise de 2021, com 971 pacientes, observou que esse procedimento reduz a taxa de margens comprometidas e a necessidade de reoperação.

Por fim, ao discutir a melhor forma de avaliar as margens durante a cirurgia, um estudo conduzido por Downling mostrou que a congelação intraoperatória é uma das melhores técnicas, embora tenha um custo elevado.

Em conclusão, a discussão se volta à necessidade de uma margem de 1 mm ou da adoção do critério “no ink on tumor”. Além disso, apesar da importância da congelação intraoperatória, se essa opção não estiver disponível, o shaving pode diminuir a necessidade de reoperações.



RESUMO DE AULAS DO 20º CONGRESSO DA
JORNADA PAULISTA DE MASTOLOGIA - 2024

O IMPACTO DO TRATAMENTO DA OBESIDADE NO PROGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

Palestrante: Dr. Leonardo Orlandini

Autora: Dra. Daniela Avila Nesello – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025

O palestrante inicia a aula falando que existe mais de 1 bilhão de pessoas obesas no mundo. Entre 1990-2022, a taxa de mulheres obesas dobrou e 7% das meninas e adolescentes são consideradas obesas. No Brasil, segundo dados do VIGITEL Brasil, uma avaliação telefônica, temos ¼ das mulheres brasileiras em nível de obesidade. A obesidade está relacionada a aumento de risco de treze tipos de câncer e podemos reduzir essas doenças com fatores modificáveis, como redução do peso corporal, melhora da nutrição, atividade física e redução do consumo de bebidas alcólicas. Quando falamos especificamente sobre câncer de mama, uma metanálise de 2017 mostrava um aumento de 11% no risco de câncer de mama para cada 5 kg de ganho de peso na vida adulta (RR 1.11, 1.09 -1.13), e realmente tem um impacto importante. Ainda, o palestrante cita as complicações relacionadas no câncer de mama, como baixa autoestima, menor aderência ao rastreamento, maior risco de complicações cirúrgicas (Oncoplastia), linfedema, maior toxicidade à quimioterapia e radioterapia e maior resistência a terapia endócrina. Além disso, as pacientes que estão em tratamento, 50 a 96% das mulheres apresentam ganho de peso durante o tratamento. Ganhos entre 2,5 e 6,2kg são mais relatados. Ganhos de 10kg ou mais não são incomuns.

Especificamente, qual o impacto do tratamento da obesidade no prognóstico do câncer de mama? Uma revisão de 2020, com 20 estudos, mostrou que as intervenções multimodais (dieta, exercício físico e suporte psicossocial) parecem resultar na perda de peso e circunferência abdominal em sobreviventes de câncer de mama com melhora na qualidade de vida. Porém, os dados são insuficientes para determinar o efeito da perda de peso na recorrência, devido à heterogeneidade dos estudos. Mais recentemente, outra metanálise,



em 2022, com 450.000 mulheres, mostrou uma associação provável, mas modesta, de que a obesidade na ocasião do diagnóstico, aumente o risco da mortalidade em geral e a mortalidade específica por câncer de mama, porém as evidências para recomendar perda de peso no pós-diagnóstico no intuito de reduzir mortalidade são limitadas e não conclusivas.

Nos principais tratamentos da obesidade, as pacientes que foram submetidas à cirurgia bariátrica, uma revisão sistemática mostrou uma diminuição da incidência dos cânceres em geral. Com chegada das novas drogas que estão revolucionando o tratamento da obesidade, os análogos do receptor GLP-1, foi realizado um estudo, apresentado na ASCO 2024, comparando a cirurgia bariátrica com o uso de análogos do GLP-1 RA com o risco de câncer, e foram incluídos 92.000 indivíduos, com IMC > 35, > 60% mulheres, e os resultados foram: GLP-1 RA foi não inferior à cirurgia bariátrica. Pacientes que receberam GLP-1 RA (HR, 0,61; 95% CI, 0,46 – 0,81) e cirurgia bariátrica (H 0,78; 95% CI, 0,67 – 0,91) versus não intervenção, tiveram redução no risco de desenvolver um câncer associado à obesidade. Além disso, os grupos GLP-1 e cirurgia bariátrica tiveram redução no risco de mortalidade geral em 36% e 28% respectivamente. Esse estudo, porém, ainda não está publicado.

O palestrante cita um estudo, o trial BWEL, randomizado, realizado entre 2016 a 2021, com 3.181 mulheres que receberam uma ligação telefônica, frequente, estimulando a atividade física e a redução calórica versus não intervenção. Os resultados foram: conseguiram uma perda de peso em 5%, na média, no grupo que recebeu orientação, que é considerável, porém os dados de sobrevida e recorrência ainda não foram publicados.

Os estudos têm mostrado que as pacientes tratadas com os análogos do GLP-1 têm uma perda de massa muscular maior do que as pacientes com perda de peso com dieta e atividade física, e que, talvez, a redução da massa muscular tenha um impacto nos desfechos que estamos procurando. Outro estudo mostra os efeitos dos exercícios físicos na sarcopenia nas pacientes sobreviventes ao câncer, com resultados mostrando que é possível reverter a sarcopenia (até 42%) e aumentar índices de massa muscular (até 12%) em pacientes tratadas por câncer.

O apresentador comenta sobre um estudo publicado no EUROPEAN JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING, que reflete que a atividade física recreacional, regularmente de pelo menos 5h/semana moderada a intensa foi associada a uma redução de 48% de morte e de 38% menor risco de mortalidade específica por câncer de mama, comparadas com as pacientes mais inativas. Corroborando com outro estudo, com 29.677 mulheres pós diagnóstico, mostrando que atividade física recreacional, frequente, reduz risco de recorrência em 16% e de morte por câncer de mama em 23%.

O tratamento da obesidade é complexo e multifatorial, e deve ser proposto para todas as pacientes tratadas com câncer de mama e deve envolver atividade física aeróbica associada a exercício de força. Intervenções comportamentais e psicoterapia são fundamentais

para o tratamento. Intervenção dietética é importante para as pacientes, principalmente que estão utilizando medicações que podem gerar uma perda rápida de peso. O ajuste de aporte proteico, inclusive com o uso de whey protein, é importante. Os análogos do GLP-1 podem ser uma opção interessante e a cirurgia bariátrica está indicada quando há falha nesses tratamentos ou quando existem comorbidades associadas ou IMC > 40.

O palestrante conclui falando que devido à heterogeneidade dos estudos e limitações do IMC, os dados para recomendar a perda de peso no intuito de reduzir recorrência e mortalidade específica são limitados e ainda não conclusivos. Ainda não temos dados com análogos dos receptores de GLP-1 em pacientes pós-tratamento. Finaliza ainda dizendo que intervenção diretamente voltada à perda de peso é parte integral do seguimento de pacientes tratadas de câncer de mama, por diversos outros benefícios em desfechos de qualidade de vida e mortalidade geral. A atividade física deve sempre ser incentivada e recomendada, para preservação ou aumento da massa muscular, esta sim com evidência de maior sobrevida livre de doença e redução de mortalidade nas pacientes.