



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

QUANDO A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA ATRAPALHA?

Palestrante: Dra. Linei Urban

Autora: Dra. Daniela Avila Nesello – Membro da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2026-2028.

A palestrante inicia a aula comentando que é necessário conhecer a acuracidade de cada exame, suas indicações, pontos fortes e fracos, ou seja, quanto contribuem e quando atrapalham, é fundamental para a escolha de um exame. As indicações da Ressonância Magnética (RM) de mama são baseadas nesses pilares: alta sensibilidade (ou seja, se ela tiver uma lesão confia-se em até 95-98% das vezes, apresentando alto valor preditivo-negativo. Se essa RM for negativa, afirma-se com 95-98% de que a mama não tem doença. Por outro lado, ela tem uma boa mas não excelente especificidade e uma boa mas não excelente valor preditivo positivo.

As principais indicações de RM de mamas são: 1) Rastreamento de alto risco; 2) Tumor comprovado, avaliação de carcinoma oculto, pós-avaliação de quimioterapia, estadiamento pré-operatório; 3) Avaliações diagnósticas: derrame papilar, avaliações com implantes, próteses; 4) Correlação pós-biópsia, se o achado patológico esta correlacionado com o achado clínico/imaginológico; 5) Avaliação de achados suspeitos que permanecem indeterminados.

A RM de mamas tem como princípio básico a neoangiogênese. Se tem uma lesão que produz neoangiogênese, a RM terá mais contraste, isso formará uma curva de captação, e para as lesões suspeitas, com extravasamento do contraste, formando curva rápida e logo irá diminuindo (curva tipo III) enquanto as lesões benignas, a curva vai aumentando progressivamente (curva do tipo I). Isso oferece a acuracidade específicas de acordo com os tipos de lesões, como lesões malignas, mais angiogênese, como exemplo: carcinoma invasor de alto grau, carcinoma in situ (CDIS) de alto grau, e carcinoma lobular evoluem com alta sensibilidade (95-99% na RM), lesões malignas com menos angiogêneses, como exemplo CDIS de baixo grau, tenho menos sensibilidade (50-55% na RM), e as lesões benignas, como mastite aguda, esteatonecrose, linfonodo intramamário, fibroadenomas, lesões papilíferas, apresentam especificidade (80-85% na RM) boa, mas não é excelente.

A palestrante segue a apresentação falando: “Como está na prática as indicações de RM das mamas?” Em vários países da Europa, utilizam a RM em alguns casos, como achados pré-operatórios, para mamas densas e carcinoma lobular. No Brasil, as principais indicações são avaliações de achados na mamografia e ultrassom, seguido do estadiamento e depois do rastreamento, mostrando que precisa-se muito melhorar.



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

A Dra Linei continua a aula, mas voltando a pergunta: “Mas quando que a RM de mama atrapalha no contexto clínico?” A resposta é nesses contextos: exame mal indicado, exame com problema técnico mal feito, exame mal avaliado e exame que traz dados que não contribuem para a prática clínica.

As melhores indicações são baseadas na alta sensibilidade para a detecção do tumor e valor preditivo negativo com exclusão do tumor, no contexto de lesão que gere neoangiogênese. As piores indicações que podem inclusive atrapalhar a utilização da RM são: substituir as condutas estabelecidas para o BIRADS 3 e 4; substituir a biópsia de lesões definidas como suspeitas (a biópsia é mais barata e o valor preditivo maior); distorção de arquitetura que já se sabe se será realizado biópsia, exceto para confirmar que a lesão existe; e calcificação, se já suspeita, exceto para avaliar realces associados as calcificações. Para rastreamento de população de risco habitual, a relação custo benefício não é favorável. Além de exame de baixa qualidade e impossibilidade de biópsia guiada por RM.

O exame de RM de mama não está indicado por problemas técnicos, como aparelho de baixo campo ou aberto; protocolos inadequados ou muito longos, em que a paciente se mexe; equipe técnica não treinada para produzir um exame adequado de boa qualidade: quando a posição é inadequada da paciente, quando o marcador esta mal posicionado e sem a história clínica da paciente.

Ainda o exame de RM de mama pode atrapalhar quando tenho exame mal avaliado, como fatores que podem afetar a acuracidade da RM: moderado ou acentuado realce de fundo do parênquima, tipo de lesão detectada na RM, a experiência do médico interpretador e a falta de conhecimento do contexto clínico. Por último, quando o achado não traz contribuição clínica e pode atrapalhar.

Além disso, precisa-se falar sobre custo-efetividade, quando o benefício obtido, decisão, impacto melhoraram o prognóstico, é melhor do que o recurso, o tempo e a exposição da paciente. O exame custo-efetivo é aquele que é escolhido, é necessário, seguro e capaz de fornecer resposta exata para tomar a melhor decisão terapêutica evitando desperdício e protegendo a saúde da paciente.

Nesse contexto, existe quatro grupos de exames custo-efetivos: aquele que tem menor custo-efetivo (menor custo e maior efetividade: a biópsia em relação a biópsia cirúrgica), o exame de maior custo mas maior efetividade (RM e tomossíntese), aquele com menor custo e menor efetividade (como exemplo a ecografia, mas excelente para rastreamento da população geral) e aquele com maior custo e menor efetividade (ultrassom com contraste, que ainda não usado).

Mas para ter essa avaliação mais precisa, é necessário subdividir as populações para essa análise, de acordo com os métodos, é preciso separar as indicações para identificar se é custo-efetivo, se estamos falando de rastreamento, de tumor diagnosticado ou de resolução de problema. Ou seja, quando falamos de rastreamento do câncer de mama, precisamos avaliar custo-efetividade, a mamografia é o melhor exame custo-efetividade para a paciente acima dos 50 aos 69 anos na Europa e menor custo-efetividade, mas ainda efetivo para mulheres abaixo dos 50 anos. Ainda a RM demonstrou melhor custo-efetividade para rastreamento das pacientes de alto risco. Quando se fala de impacto e efetividade da RM na avaliação pré-operatória do câncer de mama, existem várias metanálises sobre isso, porém poucos estudos na



28º Congresso Brasileiro de
Mastologia | Goiânia 2026

BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

verdade. Um grupo publicou uma metanálise mostrando um aumento das taxas de mastectomia com redução das taxas de reoperação. Os estudos são os mesmos, as formas de avaliações são diferentes, mostrando resultados diferentes, mas é preciso avaliar se dentro do contexto essa informação é útil ou não. Se tem uma paciente que será submetida a mastectomia ou uma quadrantectomia seguida de radioterapia, muitas vezes não preciso da avaliação da RM. Agora, paciente que será submetida a cirurgia de oncoplastia com simetrização na mama contralateral e precisa avaliar a margem, precisa da informação da RM. Paciente que será submetida a oncoplastia extrema e quimioterapia neoadjuvante é necessário a informação da RM.

Portanto, Dra Linei interroga: “Quais são os paradoxos atuais da RM das mamas?” São dois: 1) É a tirania da alta sensibilidade e menor valor preditivo positivo, ou seja uma sensibilidade que se identifica tudo mas não tem como saber o que é. O maior desafio hoje, não é encontrar a lesão, mas saber quando valorizar essa lesão no contexto clínico. 2) É a tirania da interpretação dos achados: quando pode-se utilizar ultrassom direcionado para tentativa de realizar a biópsia e importante a equipe multidisciplinar que entenda o contexto clínico da paciente, que agregue e que esteja junto com todos os profissionais, para trazer informações que seja significativa para a paciente.

Finalizando, quando a RM de mama atrapalha? Quando mal indicada, mal realizada tecnicamente, mal interpretada e quando as informações não trazem benefícios para a paciente. E como fazer para que a RM de mamas nos auxilie? Conhecendo a paciente, examinando, sabendo seu perfil epidemiológico; ter cuidado com a técnica utilizada e coleta das informações. Ter acesso aos exames anteriores e informações clínicas e ter conhecimento da fisiopatologia da RM, seus potenciais (carcinoma invasor e in situ de alto grau) e suas limitações (ca in situ de baixo grau). E palestrante conclui que a “Qualidade não é um ato, é um hábito” e precisamos cultivar isso no dia-dia.



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

MITOS E VERDADES: DA TESTOSTERONA AOS IMPLANTES DE GESTRINOMA

Palestrante: Dr. João Bosco

Autora: Dra. Rebeca Heinzen – Vice-presidente da Diretoria da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2026 – 2028.

“Nosso papel como médicos destas mulheres que são submetidas aos chips hormonais é acolher e orientar, tentando fazê-las entender o mal e o risco que estão sendo submetidas.”

A gestrinona é descrita como uma substância que carece de evidência científica de alta qualidade para as finalidades com que é frequentemente prescrita no Brasil.

- **Impacto Metabólico e Cardiovascular:** Seu uso provoca alterações preocupantes no perfil lipídico, incluindo a diminuição do HDL, o aumento do LDL e da apolipoproteína B. Além disso, ela reduz o SHBG o que resulta em um leve aumento da testosterona livre.
- **Falta de Estudos de Longo Prazo:** Atualmente, não existem dados que garantam a segurança do seu uso a longo prazo em relação à saúde óssea e ao risco cardiovascular. As revisões sistemáticas disponíveis são classificadas como de “baixa ou muito baixa evidência”.
- **Efeitos de Masculinização e Câncer:** o uso está associado à resistência insulínica, dislipidemia, aumento do clitóris e potencial aumento do risco de câncer de mama, ovário e fígado.
- **Crítica à Estética:** Seu uso para atingir um “corpo ideal” é um equívoco, pois promove um físico masculinizado que não é sinônimo de saúde. A substância é, inclusive, proibida pela WADA para atletas.

Com relação a testosterona, diferente do que o senso comum sugere, ela não é isenta de riscos oncológicos significativos para as mulheres.

- **Mecanismo de Aromatização:** Um ponto crucial é que a testosterona pode ser aromatizada em estrogênio no organismo. Em pacientes que não possuem receptores de androgênio, essa conversão resulta em uma ação estrogênica que pode estimular o crescimento de tumores.
- **Associação com Câncer:** Estudos epidemiológicos e prospectivos mostram uma associação positiva entre níveis elevados de testosterona circulante e o maior risco de câncer de mama.
- **O limite de uso:** Não existem dados de segurança para o uso de testosterona por períodos superiores



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

a 2 anos. O uso transdérmico em curto prazo parece não aumentar a densidade mamográfica, mas os dados para uso prolongado são insuficientes.

- Uso Pós-Câncer: Em sobreviventes de câncer de mama (especialmente tumores RH positivos), a testosterona é considerada relativamente contraindicada devido ao risco de recorrência.
- Efeitos colaterais potencialmente graves: IAM, tromboembolismo, AVC, complicações renais, hepáticas e musculares, infecções associadas ao implante.

As fontes reforçam que a testosterona não deve ser usada para tratar fadiga ou para fins estéticos, pois não há evidências que apoiem esses benefícios. Sua única indicação aprovada pelo consenso entre sociedades como a FEBRASGO e a Endocrine Society é para mulheres na pós-menopausa com baixa função sexual.

- Protocolo de vigilância: Para as pacientes que optam pelo tratamento, é obrigatório:
 1. O uso de doses baixas por pouco tempo.
 2. A assinatura de TCLE informado, detalhando os riscos de câncer e efeitos colaterais.
 3. Monitoramento clínico a cada 6 meses e controle radiológico/imaginológico anual das mamas.
- Inexistência de Ensaios Clínicos: Não existem ensaios clínicos randomizados que comprovem a segurança da testosterona em mulheres na pré-menopausa ou para a melhora da qualidade de vida geral.

O NCCN afirma explicitamente que há dados insuficientes sobre o uso da testosterona e seu risco e impacto de câncer de mama neste momento.

Desta forma, a testosterona pode ser usada em dose baixa, por pouco tempo, com consentimento assinada e apenas para mulheres na pós menopausa com baixa função sexual. Após o câncer de mama ela não é aconselhada.



BBCS
BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

GLP-1 E CÂNCER DE MAMA: COMO UTILIZAR A NOSSO FAVOR?

Palestrante: Dr. Giacomo Montagna

Autor: Dr. Gustavo Ozol – Membro da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2026-2028.

A palestra abordou as evidências atuais sobre o uso de agonistas do receptor de GLP-1 no contexto do câncer de mama, enfatizando a relação entre obesidade, risco oncológico e possíveis impactos dessas medicações em pacientes saudáveis e sobreviventes de câncer de mama.

Inicialmente destacou-se que a obesidade é atualmente um dos principais fatores modificáveis associados ao câncer. Dados epidemiológicos norte-americanos demonstram que aproximadamente 10% de todos os cânceres podem ser atribuídos ao excesso de peso corporal, sendo o impacto mais relevante nas mulheres em razão da associação com neoplasias ginecológicas e câncer de mama pós-menopausa. Segundo a Sociedade Americana do Câncer, cerca de 11% dos casos de câncer de mama e 12% das mortes relacionadas à doença são atribuíveis à obesidade.

As projeções epidemiológicas são preocupantes: estima-se que até 2030 metade da população adulta dos Estados Unidos será obesa; no Brasil, projeções apontam que aproximadamente 30% dos adultos serão obesos e quase 70% estarão acima do peso.

No cenário do câncer de mama, a obesidade mostrou associação consistente com pior prognóstico. Meta-análises demonstram relação não linear entre IMC elevado e aumento do risco de câncer de mama receptor hormonal positivo em mulheres pós-menopausa. Além disso, estudos populacionais identificaram a obesidade como fator prognóstico independente para recorrência metastática, embora sem impacto significativo na recorrência locorregional.

Também foi discutido o ganho ponderal após o diagnóstico de câncer de mama, especialmente em pacientes submetidas à terapia endócrina. Embora o aumento de peso acima de 5% tenha sido associado a maior mortalidade global, não houve aumento específico na mortalidade por câncer de mama.

Em mulheres sem diagnóstico prévio de câncer, a perda de peso sustentada mostrou associação com redução do risco de câncer de mama, particularmente em pacientes pós-menopausa sem uso de terapia hormonal. A cirurgia bariátrica apresentou resultados expressivos, com redução significativa tanto na incidência de cânceres relacionados à obesidade (32%) quanto na mortalidade por câncer (48%). Estudos específicos também demonstraram redução do risco de câncer de mama pós-menopausa após cirurgia bariátrica.



28º Congresso Brasileiro de
Mastologia | Goiânia 2026

BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

Na sequência, foram discutidos os agonistas do receptor de GLP-1, atualmente amplamente utilizados no tratamento da obesidade e diabetes tipo 2. Apesar da eficácia expressiva na redução de peso, os dados atuais ainda não demonstram redução consistente do risco de câncer de mama. Grandes estudos retrospectivos identificaram redução global de cânceres relacionados à obesidade entre usuários dessas medicações, porém os principais benefícios pareceram ocorrer em neoplasias como câncer colorretal, endometrial e ovariano, sem impacto significativo sobre câncer de mama.

Quanto à segurança em sobreviventes de câncer de mama, os dados disponíveis até o momento são considerados tranquilizadores. Estudos retrospectivos de grandes bases institucionais e multicêntricas não demonstraram piora da sobrevida livre de doença entre usuárias de GLP-1 após tratamento do câncer de mama. Algumas análises inclusive sugeriram melhora em sobrevida global e redução de recorrência, embora os resultados devam ser interpretados com cautela devido às limitações metodológicas inerentes aos estudos retrospectivos.

Por fim, foram apresentados dados preliminares sugerindo possível efeito benéfico dos agonistas de GLP-1 sobre linfedema relacionado ao tratamento do câncer de mama. Em análise retrospectiva conduzida no Memorial Sloan Kettering, pacientes usuárias dessas medicações apresentaram taxas significativamente menores de linfedema (6,6% contra 28,5%), hipótese possivelmente relacionada à modulação inflamatória promovida pela perda de peso e pelos efeitos metabólicos dos GLP-1.

Como conclusão, a palestra reforçou que:

- a obesidade continua sendo importante fator de risco e pior prognóstico no câncer de mama;
- os agonistas de GLP-1 representam estratégia altamente eficaz para perda ponderal;
- ainda não existem evidências robustas de redução do risco de câncer de mama com essas medicações;
- os dados atuais não demonstram prejuízo oncológico em sobreviventes de câncer de mama;
- há necessidade urgente de ensaios clínicos prospectivos para definição de diretrizes seguras e baseadas em evidências.



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

ESTRATÉGIAS PARA CONCILIAR A RADIOTERAPIA E A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

Palestrante: Dr. Nicola Rocco

Autora: Dra. Fernanda Werner - Membro da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2026-2028.

O cirurgião italiano Nicola Rocco abordou os principais desafios da associação entre radioterapia e reconstrução mamária, destacando o aumento da morbidade relacionado com qualquer tipo de reconstrução em pacientes submetidas à radioterapia. O dano tecidual induzido pela radiação inicia-se entre duas e três semanas após o tratamento, manifestando-se inicialmente por inflamação, descamação e eritema e evoluindo posteriormente para fibrose, lesão vascular e atrofia tecidual.

Apesar dos efeitos adversos, os benefícios da radioterapia são amplamente conhecidos e avanços nas técnicas radioterápicas minimizam os efeitos colaterais. Neste contexto, a reconstrução com implante na vigência da radioterapia pós mastectomia ainda é uma opção viável para estas pacientes. Tradicionalmente, optava-se pela reconstrução em dois tempos, com expansor seguido de prótese definitiva; entretanto, estudos recentes não demonstraram diferenças significativas nos desfechos clínicos e estéticos em comparação à reconstrução direta com implante definitivo.

Nos últimos anos a reconstrução pré peitoral ganhou destaque, especialmente por apresentar menores taxas de contratura capsular quando comparada à técnica retromuscular. É fundamental notar que a contratura capsular clínica é frequentemente exacerbada pela fibrose do músculo peitoral maior, e não apenas da cápsula peri-implante, resultando em distorções anatômicas como o enrugamento do envelope tecidual e achatamento de polo inferior. Estudos realizados com Matrizes Dérmicas Acelulares (ADMs) mostraram diminuição de contratura em reconstruções pré peitorais e o enxerto de gordura pode melhorar alguns efeitos adversos.

Em relação ao tipo de implante utilizado na reconstrução, Dr. Rocco mostrou um estudo (PRExRT) apresentado recentemente em uma conferência em Barcelona, que comparou pacientes que realizaram reconstrução mamária com implante de poliuretano versus outros tipos de próteses e que foram submetidas à radioterapia. Dados preliminares sugerem menores taxas de contratura capsular, reoperações, infecção e perda de implante em mulheres reconstruídas com próteses de poliuretano.

No cenário da reconstrução imediata com retalhos autólogos, a radioterapia também produz efeitos locais



28º Congresso Brasileiro de
Mastologia | Goiânia 2026

BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

como fibrose, necrose gordurosa e retração do retalho. Já nas reconstruções tardias com retalhos, embora sejam usualmente consideradas como padrão-ouro, o tempo de realização do procedimento após a radioterapia ainda é controverso entre os estudos.

Ao questionar a escolha entre o uso de implantes ou retalhos, o palestrante nos traz informações importantes de um estudo de 2017, demonstrando que pacientes irradiadas submetidas à reconstrução imediata com próteses apresentam risco duas vezes maior de complicações e até onze vezes maior de falha reconstrutiva quando comparadas às reconstruções com retalhos autólogos. Porém, ele também questiona: o cenário da reconstrução com retalho é viável de ponto de vista de tempo cirúrgico e custos? Será realmente necessário?

Como mensagem final para responder estas perguntas, Dr. Rocco mostra que uma adequada seleção de pacientes, identificação de fatores de risco, técnica cirúrgica com preservação dos limites anatômicos e escolha criteriosa dos implantes permitem reduzir significativamente complicações e a perda das próteses, mesmo em pacientes irradiadas. Embora ainda não existam recomendações definitivas sobre a melhor estratégia reconstrutiva após radioterapia, os avanços das técnicas cirúrgicas e radioterápicas tornaram a reconstrução imediata com prótese uma possibilidade segura e factível, reforçando a importância da atuação multidisciplinar para aliar controle oncológico e resultados estéticos satisfatórios.



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

OMISSÃO DE RADIOTERAPIA APÓS RESPOSTA COMPLETA: POR QUE AINDA NÃO IMPLANTAMOS O B-51?

Palestrante: Dr. Terry Mamounas

Autor: Dr. Carlos Gustavo Crippa – Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2026 – 2028.

Há perguntas que a gente já sabe a resposta, mas ainda não tem coragem de praticar. O NSABP B-51 é exatamente esse caso. Terry Mamounas dedicou boa parte dessa aula a explicar o quanto o tema ainda gera resistência — porque um ensaio randomizado bem conduzido, publicado no NEJM, ainda não mudou a rotina da maioria dos serviços.

O desenho do B-51 é simples de entender: pacientes com N1 clínico comprovado por biópsia, que após quimioterapia neoadjuvante converteram para ypN0, foram randomizadas para receber ou não radioterapia regional. Resultado em 5 anos: nenhuma diferença significativa — nem no desfecho primário, nem nos secundários. A diferença absoluta foi de 0,9%. Mamounas foi honesto: o estudo ainda não atingiu o número de eventos pré-especificado para a análise orientada por eventos, o que reduz o poder estatístico atual. Mas o que chama atenção não é o resultado em si — é a reação a ele.

As diretrizes do NCCN, atualizadas em 2026, incorporaram os dados — mas com um asterisco generoso. O comentário oficial alerta sobre “risco de subtratamento” e lista fatores que justificariam manter a irradiação: idade jovem, tumor ER positivo, doença residual na mama. Mamounas não ignora esses pontos, mas chama atenção para algo importante: nenhum desses subgrupos mostrou interação estatisticamente significativa com o benefício da radioterapia. O único subgrupo com interação real foi o subtipo molecular — e aí a lógica inverteu. Para triplo-negativo, a radioterapia regional foi associada a pior desfecho. Para ER positivo/HER2 negativo, há um sinal de benefício que justifica cautela, especialmente porque são tumores com recorrência tardia e seguimento ainda curto.

O argumento de que mastectomizadas teriam mais a ganhar — já que não recebem nenhuma irradiação sem PMRT — foi discutido com honestidade: o hazard ratio foi de 0,72, numericamente favorável à radioterapia, mas sem significância. E a implicação de que a radioterapia de mama inteira já cobre a axila na cirurgia conservadora também foi colocada em perspectiva: se fosse assim, estudos como o MA.20 não teriam mostrado benefício da irradiação regional adicional em pacientes com linfonodos positivos.

O que ficou mais claro ao longo da aula foi algo que raramente é dito de forma tão direta: a resistência à implementação do B-51 não é só científica. É institucional. É sobre mover o ponteiro de práticas conso-



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

lidadas com base em dados de seguimento ainda curto — especialmente quando os eventos demoram a aparecer justamente porque os tratamentos sistêmicos melhoraram tanto. Mamounas citou estudos prospectivos de Milão e Amsterdam com taxas de recorrência axilar menores que 1% em pacientes selecionadas sem irradiação regional dentro da mesma perspectiva do Trial B51. Números que não deixam muito espaço para argumentação.

No final, a mensagem foi clara: para triplo-negativo, já há dados suficientes. Para HER2 positivo, idem. Para ER positivo, vale esperar os dados de 8 anos — mas com o olhar aberto. E para todos os casos, uma avaliação axilar cuidadosa, com remoção de pelo menos dois linfonodos sentinelas, é insubstituível. A aula terminou com uma provocação justa: se continuarmos irradiando todo mundo com base no benefício histórico de uma era pré-imunoterapia e pré terapias anti-HER atuais, estaremos deslocando recursos de radioterapia de pacientes que talvez precisem mais. Isso também é uma decisão clínica.



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

CARCINOMA INFLAMATÓRIO COM RESPOSTA CLÍNICA COMPLETA: É POSSÍVEL DIMINUIR A CIRURGIA?

Palestrante: Dr. Idam de Oliveira Junior

Autor: Dr. Guilherme Gamba - Membro da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2026-2028.

Dr. Idam iniciou a aula abordando os achados clínicos clássicos do carcinoma inflamatório de mama, caracterizados por hiperemia cutânea acometendo mais de um terço da mama, aspecto em peau d'orange e edema cutâneo difuso. Relembrou ainda que aproximadamente 30% das pacientes já apresentam doença metastática ao diagnóstico, além de elevada mortalidade quando comparadas aos carcinomas não inflamatórios. A idade média ao diagnóstico é semelhante à observada nos demais subtipos de câncer de mama, sem associação bem estabelecida com predisposição hereditária. Até o momento, a obesidade permanece como o principal fator de risco conhecido. Do ponto de vista biológico, esses tumores apresentam, com frequência, baixa expressão de receptores hormonais.

A abordagem terapêutica do carcinoma inflamatório evoluiu significativamente ao longo dos anos, até que o tratamento trimodal — composto por terapia sistêmica neoadjuvante, cirurgia e radioterapia — se consolidou como padrão-ouro, promovendo ganho de sobrevida global nesse grupo de pacientes. Atualmente, porém, surge o questionamento sobre a possibilidade de preservação mamária em casos de excelente resposta ao tratamento sistêmico inicial.

Entretanto, a taxa de resposta patológica completa nesses tumores permanece inferior à observada nos carcinomas localmente avançados não inflamatórios, sugerindo um comportamento biológico distinto, aspecto que deve ser considerado na tomada de decisão terapêutica.

A indicação clássica de mastectomia fundamenta-se principalmente no extenso comprometimento dos linfáticos dérmicos, associado a maior risco de metástases à distância e ulceração cutânea. Além disso, grande parte das pacientes apresenta doença difusa e multicêntrica na mama, o que dificulta a realização de tratamento conservador com segurança oncológica adequada.

Em uma publicação baseada no banco de dados SEER, com quase 3.400 pacientes avaliadas, apenas 4% foram submetidas à cirurgia conservadora. Ao final, não houve diferença significativa de sobrevida entre os grupos. Contudo, os dados do SEER apresentam limitações importantes, pois não contemplam informações fundamentais, como resposta clínica ao tratamento, extensão do comprometimento cutâneo e



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

status de margens cirúrgicas, fatores indispensáveis para adequada interpretação dos resultados.

Outra série de casos incluiu 37 pacientes que apresentaram excelente resposta clínica e foram submetidas à cirurgia conservadora. Os resultados mostraram desfechos superiores aos encontrados historicamente com a estratégia trimodal convencional. Entretanto, na análise dos subgrupos, observou-se que a maioria das pacientes apresentava tumores com média de 3,4 cm ao diagnóstico, doença predominantemente unifocal e cerca de 40% de linfonodos negativos. Esses dados contrastam com o perfil clássico do carcinoma inflamatório descrito na literatura, sugerindo importante viés de seleção e limitando a aplicabilidade prática desses resultados.

Em uma revisão sistemática envolvendo aproximadamente 150 pacientes, foram identificados apenas sete casos submetidos à cirurgia conservadora, também sem diferença significativa de sobrevida. Ainda assim, tratam-se de estudos retrospectivos, com pequeno número de pacientes e baixo nível de evidência. Atualmente, encontra-se em andamento o estudo CONSIBREC, iniciado em 2024, porém ainda sem resultados disponíveis.

Diante de evidências frágeis, baseadas em estudos retrospectivos e populações reduzidas, associadas às elevadas taxas de margens comprometidas, recorrência locorregional e mortalidade, grandes instituições seguem não recomendando a cirurgia conservadora para carcinoma inflamatório de mama, mantendo a mastectomia como tratamento padrão-ouro. Essa recomendação também é sustentada por análises do SEER envolvendo quase 8.000 pacientes, nas quais a cirurgia conservadora esteve associada a pior sobrevida.

Em relação à abordagem axilar, surge outro importante questionamento: seria possível descalonar o tratamento cirúrgico nesse cenário?

Ao analisarmos os estudos que avaliaram a aplicação do linfonodo sentinela em pacientes com carcinoma inflamatório, observam-se taxas de identificação insatisfatórias, em torno de 81,2%, associadas a taxa de falso-negativo de aproximadamente 21,8%, valores considerados inaceitáveis na prática clínica. Soma-se a isso a dificuldade em prever com segurança a resposta patológica completa axilar, tanto por exame físico quanto por métodos de imagem. Por esse motivo, os principais guidelines ainda não recomendam rotineiramente a realização de linfonodo sentinela nesse grupo de pacientes.

Entretanto, uma publicação de 2024 trouxe resultados promissores. Nesse estudo, 92 pacientes com carcinoma inflamatório foram incluídas, das quais 62 apresentavam linfonodos previamente comprometidos e clipados. Após tratamento neoadjuvante, as pacientes foram submetidas à mastectomia, ressecção do linfonodo clipado e posterior linfadenectomia axilar. Observou-se taxa de detecção do linfonodo clipado de 90% e taxa de falso-negativo de apenas 4%, resultados que reacendem a discussão sobre possível descalonamento cirúrgico da axila em casos selecionados.

Um ponto alarmante destacado durante a aula foi o fato de que, apesar das evidências atuais sustentarem o tratamento trimodal como padrão-ouro, o descalonamento terapêutico já vem sendo aplicado na



28º Congresso Brasileiro de
Mastologia | Goiânia 2026

BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

prática clínica sem respaldo científico robusto. Dados envolvendo quase 7.000 pacientes demonstraram que apenas 25% receberam tratamento trimodal completo; cerca de 20% não foram submetidas à linfadenectomia axilar, e 36,7% apresentaram omissão ou protocolos inadequados de radioterapia. Essa situação foi descrita como preocupante, principalmente pela ausência de evidências sólidas que sustentem tais condutas no momento atual.

Por fim, conclui-se que a axila talvez represente o primeiro território plausível para futuras estratégias de descalonamento no carcinoma inflamatório de mama. Contudo, até o presente momento, ainda não existem dados suficientemente robustos para incorporar essa conduta à prática clínica rotineira. Assim, eventuais casos selecionados devem ser discutidos de forma extremamente criteriosa e multidisciplinar, visando evitar prejuízos oncológicos às pacientes.



BBCS BRAZILIAN BREAST CANCER SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

QUANDO PODEMOS OMITIR O ESVAZIAMENTO AXILAR?

Palestrante: Dr. Giacomo Montagna

Autor: Dr. Marcelo Rodrigues Prade - Membro da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2026-2028.

O Dr. Giacomo Montagna, cirurgião do Memorial Sloan Kettering Cancer Center e um dos principais pesquisadores do Oncoplastic Breast Consortium (OPBC), apresentou uma aula sobre quando podemos omitir o esvaziamento axilar (EA) em pacientes com doença nodal residual após quimioterapia neoadjuvante?

O ponto de partida foi claro: as diretrizes da ESMO e do NCCN ainda recomendam o EA para todas as pacientes com doença axilar residual após quimioterapia neoadjuvante, independentemente do volume de metástase, pois essas pacientes nunca foram incluídas nos ensaios clássicos de desescalonamento axilar. Porém, Montagna mostrou que na prática os cirurgiões têm optado apenas pelo BLS e não o EA em até 69% das pacientes com micrometástases residuais e 42% das com macrometástases.

Essa conduta dos cirurgiões tem sido cada vez mais frequente entre os cirurgiões quando se comparam as posturas de St Gallen de 2021 e 2025 sobre o tema.

Como argumento foi mostrado (através de dados pré-clínicos do CREATE-X) que não há diferença no tipo ou na quantidade de quimioterapia pós-neoadjuvante prescrita entre as pacientes que realizaram ou não o EA, o que questiona seu papel como ferramenta decisória nesse contexto.

Para sustentar a possibilidade de omissão, Montagna apresentou dois estudos que ele liderou dentro do OPBC.

1. O estudo ICARO (com 583 pacientes com células tumorais isoladas (ITCs) residuais) mostrou que embora 30% das pacientes submetidas ao EA tenham apresentado linfonodos adicionais positivos, apenas 5% tinham macrometástases. A taxa de recorrência axilar isolada em 5 anos foi equivalente entre os grupos com e sem EA (1,1% vs. 1,7%). Com 77% das pacientes recebendo radioterapia axilar. Os resultados permitem concluir que a omissão do EA é adequada para pacientes com ypN0(i+).
2. O estudo microNAC (com quase 1.600 pacientes com micrometástases residuais) chegou a conclusões semelhantes para a coorte geral, sem diferença na recorrência axilar entre os grupos.



BBCS BRAZILIAN
BREAST CANCER
SYMPOSIUM 2026

RESUMO DE AULAS DO 28º CONGRESSO
BRASILEIRO DE MASTOLOGIA DE 2026

Montagna destacou uma exceção relevante: as pacientes com câncer de mama triplo-negativo. Nesse subgrupo, a taxa de recorrência axilar em 5 anos foi de 9% sem EA versus 4% com EA, diferença estatisticamente significativa mesmo com 75% das pacientes recebendo radioterapia. Não houve, no entanto, diferença na recorrência sistêmica entre os grupos, o que sugere um problema predominantemente local/regional. Ainda não temos dados suficientes para confirmar se a intensificação da radioterapia poderia compensar a omissão do EA nesse subgrupo.

Para as macrometástases, Montagna foi criterioso. Os ensaios Alliance A011202 e TAXIS ainda não foram publicados, mas já sabemos que eles incluíram pacientes com tumores RH+/HER2 negativos (70-80%) e com uma taxa de 46-60% de linfonodos adicionais positivos. Esse cenário é bastante diferente do das micrometástases e a recomendação é aguardar os resultados definitivos dos ensaios antes de qualquer mudança de conduta nesse grupo.

Para preencher a lacuna dos subtipos HER2-positivo e triplo-negativo, sub-representados nesses ensaios, o OPBC iniciou o estudo macroNAC. Um estudo retrospectivo de mundo real que já conta com mais de 130 centros em 44 países. (inclusive que ainda está em fase de recrutamento)

A mensagem final da apresentação resume bem o estado atual do conhecimento: a omissão do EA parece segura para a maioria das pacientes com doença residual de baixo volume, com ressalva para as triplo-negativas com micrometástases, e deve ser encarada com cautela nas pacientes com macrometástases até que os ensaios randomizados reportem seus resultados.