

RELATO DE CASO

Duas técnicas de cirurgia oncoplástica simultaneamente no tratamento de tumor de mama na linha paraesternal direita

Two Oncoplastic techniques for treatment of breast tumor located in the right parasternal line

Luiz Alberto Barcellos Marinho¹, Tayanna Nazario da Cruz²

Descritores

Mama
Neoplasias de Mama
Cirurgia Cosmética
Mamoplastia

Keywords

Breast
Breast Neoplasms
Cosmetic Surgery
Mammaplasty

RESUMO

De maneira geral, a mesma técnica de reconstrução mamária deve ser utilizada nas duas mamas, seguindo os preceitos básicos da oncoplastia. No entanto, o mastologista ou o cirurgião de mamas pode lançar mão de duas técnicas diferentes, em casos de tumores em localizações pouco comuns. O relato de caso se refere a uma mulher com tumor de mama EC: IIIB, localizado na linha paraesternal da mama direita, em uma região chamada, por autores americanos, de “terra de ninguém”. Para conseguir resultado estético satisfatório, os autores deste trabalho usaram duas técnicas de oncoplastia: na mama direita, onde havia tumor, optaram por *Batwing* e, na mama esquerda, sadia, para corrigir a ptose e dar simetria, utilizaram a técnica de *Lejour*. O resultado final motivou a apresentação deste caso clínico.

ABSTRACT

It should be used the same technique of mammary reconstruction in both breasts, in oncoplastic. However, the breast cancer specialist or the breast surgeon can opt for two different surgical techniques, when he/she faced tumor in unusual locations. This case report refers to a woman with breast tumor EC: IIIB, located near sternum bone, in a region called 'no man's land' by American authors. To achieve satisfactory aesthetic result, the authors of this case report used two different oncoplastic techniques. On the right breast, where there was the tumor, they decided for Batwing and, for the other breast, healthy, the choice was Lejour technique. The result led to the publication of this case report.

Introdução

A identificação de tumores malignos na mama pode ocorrer em diferentes locais. Dependendo da localização do tumor, existem diferentes propostas cirúrgicas para se conseguir o melhor resultado estético. Em outras situações, a decisão nem sempre é fácil. Tumores situados em quadrantes superiores e internos, afastados do complexo aréolo-papilar (CAP) e próximos da linha paraesternal, são incomuns e configuram-se como casos cirúrgicos que exigem da equipe cirúrgica maior reflexão quanto à técnica a ser usada. A escolha de uma única técnica cirúrgica de reconstrução mamária, para uma situação especial como esta, pode não ser a melhor opção de abordagem cirúrgica. Quando o mastologista ou o cirurgião da mama se vê diante de

Trabalho realizado no Hospital da Unimed – Chapecó (SC), Brasil.

¹Ambulatório de Mastologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) – Joaçaba (SC), Brasil.

²Ginecologia da Clínica da Mulher, Prefeitura Municipal de Chapecó – Chapecó (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Luiz Alberto Barcellos Marinho – Rua São João, 73/302 – Centro – CEP: 89.801-230 – Chapecó (SC), Brasil. E-mail: lbmarinho@uol.com.br

Conflito de Interesses: nada a declarar.

Recebido em: 02/08/2016. Aceito em: 08/09/2016

localização pouco usual do câncer de mama, como o caso que vamos apresentar, deve-se ter em mente a utilização, simultânea, de mais de uma técnica de reconstrução mamária para alcançar o resultado estético desejado. Dessa maneira, o cirurgião realiza a retirada completa do tumor, ao mesmo tempo em que reconstrói a mama afetada e obtém a simetrização da mama oposta. O conhecimento de diferentes técnicas de cirurgia Oncoplástica é fundamental para alcançar êxito em situações pouco usuais que podem acometer a mama com câncer.

Caso clínico

Paciente M.R., 35 anos — duas gestações, dois partos normais, nenhum aborto, nenhuma cesárea — sendo o último parto há dois anos. Ela ainda amamentava a criança com leite materno, quando notou nódulo em mama direita sem sinais inflamatórios. Inicialmente, atribuiu o aparecimento do nódulo ao fato de ainda amamentar. Como o nódulo não desapareceu com o passar do tempo, a paciente decidiu procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, onde foi examinada por médico, mas não soube dizer qual era a especialidade dele. O diagnóstico inicial foi de mastite. A paciente foi medicada com antibiótico (Cefalexina), mas não houve mudança do quadro clínico. Retornou à mesma UBS e foi atendida por outro médico que solicitou o exame de ultrassom das mamas (Figura 1).

O US-Mama mostrou área tumoral irregular que recebeu a classificação BI-RADS 5. Diante desse resultado, a paciente foi encaminhada para a realização de *Core-Biopsy*. O resultado da análise do material colhido da área tumoral foi: carcinoma ductal invasivo. A partir desse resultado, foi agendada uma consulta na Clínica da Mulher — ambulatório médico da Prefeitura Municipal de Chapecó, para avaliação e conduta por um dos mastologistas do serviço.

A avaliação clínica da paciente mostrou que o tumor produzia certo grau de retração da pele local. Era uma área endurecida típica de tumores malignos, medindo aproximadamente 2,5 cm no maior diâmetro. Ao exame clínico da axila direita não foram identificados linfonodos. Inicialmente, o estágio da paciente foi II-A, mas, posteriormente, foi mudado para III-B, quando ficou demonstrado que o tumor atingia a borda anterior do músculo grande peitoral. Os exames pré-operatórios foram normais. O exame de mamografia realizado (Figura 2) teve o objetivo de pesquisar se não havia outros focos de câncer na mama afetada. Finalmente, a paciente compareceu à consulta antes da cirurgia, onde foi estabelecida a melhor estratégia cirúrgica para alcançar o objetivo — tratamento adequado com reconstrução da mama acometida por câncer.

A localização do tumor não era favorável à aplicação de técnicas de reconstrução usuais, como pedículo inferior ou *round-block* (Figura 3).

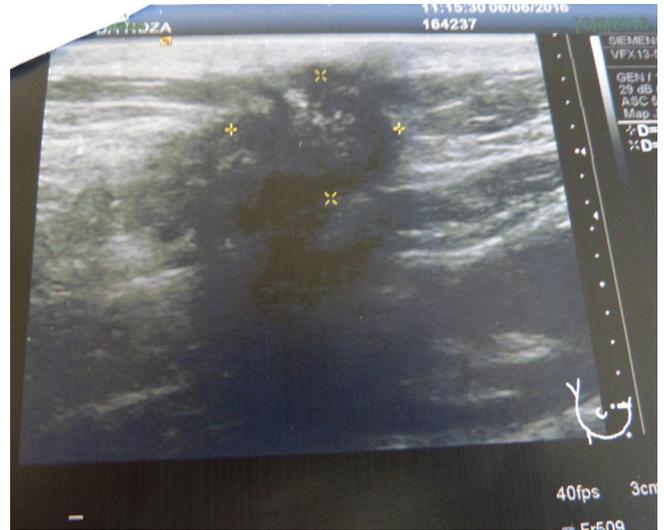


Figura 1. Imagem da área tumoral no exame de Ultrassom de Mama.

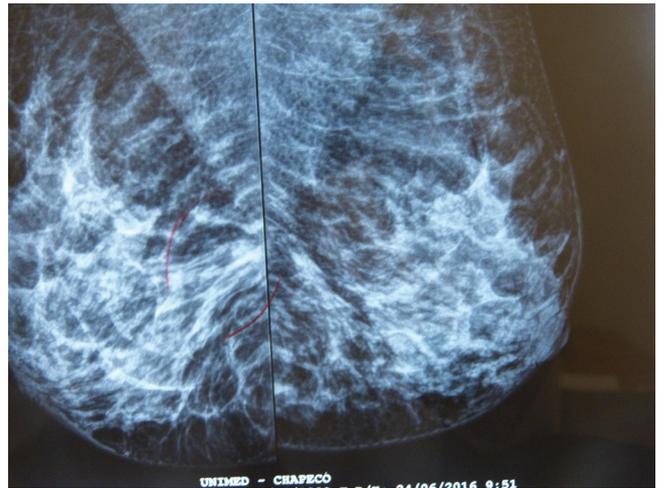


Figura 2. Exame de Mamografia – presença de assimetria correspondente à área do tumor.



Figura 3. Marcação cirúrgica para as duas técnicas de reconstrução mamária.

Alguns autores consideram que tumores localizados muito próximos à linha paraesternal estariam na chamada “terra de ninguém”¹. Outros autores consideram que essa localização é a de maior dificuldade para se conseguir bom resultado estético na reconstrução mamária².

Após análise do local onde estava o tumor, os autores tiveram como proposta cirúrgica a realização de duas técnicas de Oncoplastia diferentes, para chegar ao melhor resultado possível. A cirurgia realizada foi a que os autores idealizaram como melhor solução para a paciente. A decisão foi apresentada para a paciente para que também pudesse opinar quanto à proposta cirúrgica que os autores tinham escolhido. Na mama direita, foi realizada a marcação na pele da mama para realização da técnica chamada *Batwing* (asa de morcego). E, para a simetria da mama esquerda, eles optaram pela realização da técnica de *Lejour*.

A cirurgia ocorreu como planejada. A avaliação cirúrgica da axila mostrou que não havia nenhum linfonodo comprometido por células neoplásicas e a paciente teve alta hospitalar após dois dias. A paciente retornou para a primeira avaliação após 15 dias da operação. Os drenos de porto-vac já haviam sido retirados no oitavo dia após a cirurgia. Os resultados da cicatriz cirúrgica na mama que tinha lesão neoplásica maligna, e a simetria da mama oposta foram considerados adequadas pelos autores. A paciente também se declarou satisfeita com o resultado final (Figura 4).



Figura 4. Paciente no 15º dia após a cirurgia mamária: *Batwing* na mama direita e *Lejour* na mama esquerda.

Discussão

Atualmente, é quase impossível pensar em tratamento de câncer de mama sem levar em consideração o aspecto estético e a qualidade de vida, em todas as fases do tratamento^{3,4}. Há muito tempo a Oncoplastia deixou de ser uma proposta futurista de tratamento para mulheres com câncer de mama. Inicialmente, a cirurgia era vista com ceticismo por pessoas que acreditavam ser a Oncoplastia um modismo passageiro defendido por uma minoria de especialistas sonhadores. A Oncoplastia ocupa, atualmente, posição de destaque em todos os eventos científicos que tratam da questão do câncer de mama. Desde que Audretsch et al. apresentaram o trabalho de reconstrução mamária, no II Congresso Europeu de Mama, em Viena⁵, em 1994, muitas pesquisas sobre o assunto e resultados têm sido veiculados, tanto em revistas científicas, seminários, simpósios e jornadas de Mastologia. Hoje, a Oncoplastia não é mais uma promessa e sim uma realidade, que conquistou o devido lugar dentro do conceito de saúde, o qual inclui o bem estar físico, mental e social, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Contudo, é necessário mais treinamentos de cirurgiões de mama e mastologistas, em diferentes partes do país, para que mais mulheres sejam beneficiadas por técnicas de reconstrução mamária. Mesmo em países mais desenvolvidos, como o Canadá, a falta de experiência em técnicas de Oncoplastia é a principal barreira para que as mulheres não consigam a reconstrução das mamas⁶.

O conhecimento de diferentes técnicas de cirurgia Oncoplástica se faz necessário para que o cirurgião de mama consiga reverter situações especiais, quando a localização tumoral dificulta a remoção do mesmo, sem deixar um resultado final insatisfatório na superfície da glândula mamária. Defeitos nos quadrantes internos da mama são mais difíceis de serem reparados². Nesta apresentação, os autores optaram pela realização da técnica conhecida como *Batwing* (asa de morcego) para a mama com câncer, uma vez que essa técnica é indicada para a retirada de tumores mais internos da mama. Essa localização foi rotulada como “terra de ninguém” por Sanidas¹.

A paciente tinha um tumor exatamente nesse local da mama direita. A princípio, foi diagnosticado como processo inflamatório da mama. O tumor causava depressão na pele, sem comprometimento da mesma. E na porção posterior, estava muito próximo ao músculo grande peitoral. Com a técnica *Batwing*, foi removido todo o tumor, incluindo parte do músculo peitoral, que tinha sido alcançado pela lesão, de maneira que as margens foram consideradas livres de neoplasia. O retalho da mama, incluindo a lesão, pesou 177,5 g. Como a paciente havia expressado o desejo de corrigir também a outra mama, a qual não tinha tumor, porém era “caída” (sic), ela não quis fazer a correção em outro tempo cirúrgico. Para corrigir a ptose da mama sadia, os autores

decidiram pela utilização da cirurgia de *Lejour*, que poderia ser a solução para o que a paciente desejava. Como não havia necessidade de retirada de muito tecido mamário na mama esquerda, foi apresentada a proposta para a paciente, que concordou com a decisão dos autores por outra técnica cirúrgica, diferente para a mama sadia, na tentativa de chegar à melhor simetria possível.

Os autores sabem que sempre que possível, deve-se usar a mesma técnica de Oncoplastia para as duas mamas. Contudo, como havia uma localização pouco comum do tumor na mama direita, a utilização de duas técnicas diferentes poderia proporcionar o resultado esperado pela paciente. Depois das marcações cirúrgicas, realizadas três horas antes da cirurgia, a paciente foi submetida à operação que havia sido previamente estabelecida.

Conclusão

A busca pela melhor técnica cirúrgica, que possibilite o resultado mais satisfatório para a reconstrução da mama acometida por câncer, deve ser o alvo de todos os médicos que se dedicam à especialidade. Contudo, aquele que se propõe a realizar procedimentos de cirurgia Oncoplástica deve ter conhecimento técnico e versatilidade técnica suficiente para poder resolver os casos pouco comuns referentes à localização do câncer de mama. Aquele que faz reconstrução mamária deve ter conhecimento de diferentes técnicas

cirúrgicas para utilizar em casos onde a lesão atinge áreas da mama pouco usuais.

Referências

1. Sanidas EE. Hemibatwing No Man's Land. *In: Oncoplastic Breast Surgery*. Viena: Springer Verlag Vienna, 2015. p. 27.
2. Iwuchukwu, OC, Harvey, JR, Dordea, M, Critchley, AC, Drew, PJ. The role of oncoplastic therapeutic mammoplasty in breast cancer surgery – A review. *Surgical Oncology*. 2012;21(2):133-41.
3. Grabsch B, Clarke DM, Love A, McKenzie DP, Snyder RD, Bloch S, et al. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care*. 2006;4(1):47-56.
4. Freitas-Silva R, Conde DM, de Freitas-Júnior R, Martinez EZ. Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder-arm morbidity in breast cancer survivors, submitted to breast-conserving therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction. *Clinics* 2010;65(8):781-7.
5. Audretsch W, Rezaei M, Kolotas C, Zamboglou N, Schnabel TH, Bojar H. Onco-plastic surgery: "Target" volume reduction (BCT-mastopexy), lumpectomy, reconstruction (BCT-reconstruction), and flap-supported operability in breast cancer. *In: Proceedings 2nd European Congress on Senology; 1994 October 2-6; Vienna, Austria; Bologna, Italy*. 1994. p. 139-57.
6. Maxwell, J, Roberts, A, Cil, T, Somogyi, R, Osman, F. Understanding Current Practices and Barriers to the integration of Oncoplastic Breast Surgery: A Canadian Perspective. *In: The American Society of Breast Surgeons: Official Proceedings XVII*, 2016 Abr. 13-17; Dallas, Estados Unidos. Dallas; 2016. p.104..