

## Capítulo 3 – Tratamento convencional no câncer de mama

**Autor: Gabriel Schettini Gouvêa** DOI: 10.59290/978-65-6029-161-4.3

Palavras-chave: Câncer de Mama, Tratamento Conservador, Mastectomia

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença heterogênea, caracterizado pelo crescimento desordenado de células de revestimento do tecido mamário (células ductais). Existem diversos tipos de câncer de mama, sendo os mais comuns o carcinoma ductal infiltrante, seguido em incidência do carcinoma lobular infiltrante. Podem-se manifestar com formas incomuns como o carcinoma inflamatório e o carcinoma triplo-negativo. Felizmente, se tratado adequadamente e em tempo hábil, o câncer de mama tende a ter bom prognóstico<sup>1</sup>.

O número estimado de novos casos de câncer de mama no Brasil para os anos de 2023 a 2025 é de 73.610 casos, o que corresponde a risco estimado de 66,54 novos casos a cada 100 mil mulheres<sup>1</sup>. Ou seja, a incidência do câncer de mama é alta, o que a torna um assunto de grande relevância para a área da saúde.

O câncer de mama possui diversas formas de tratamento, dividindo-se em dois grupos: locoregional que compreende o tratamento cirúrgico e radioterápico, e o tratamento sistêmico que comporta o quimioterápico, hormonioterápico e imunoterápico. No âmbito da cirurgia, o tratamento ainda se ramifica em duas opções, o conservador, que preserva a mama, e a mastectomia, que é radical e há retirada de boa parte da mama, mas ambos são associados à abordagem axilar<sup>2,3</sup>.

Além disso, os diferentes tratamentos podem ser associados, sendo usados no pré-operatório ou no pós-operatório (neoadjuvante e adjuvante), aumentando a efetividade do tratamento e reduzindo as chances de recorrências neoplásicas<sup>2</sup>. Tendo isso em mente os diversos,

essa seção busca explorar e explicar os diferentes tratamentos convencionais no câncer de mama aos quais o paciente pode recorrer.

### DISCUSSÃO

#### **Tratamento conservador (TCCM)**

O tratamento conservador consiste em uma associação de tratamentos locoregionais, normalmente sendo realizada a cirurgia conservadora, seguida de radioterapia adjuvante, porém, na dependência da biologia tumoral podem ser associados tratamentos sistêmicos como a quimioterapia ou o tratamento endócrino. A cirurgia busca a remoção completa e localizada do tumor, com margens livres. Porém, para que haja certeza da eliminação do tumor, é preciso o uso da radioterapia, visando a eliminação de focos residuais da neoplasia<sup>2</sup>.

O principal objetivo do tratamento conservador é fornecer sobrevida equivalente à da mastectomia (cirurgia radical), com a vantagem da preservação estética por não ocorrer a remoção completa da mama e/ou de sua musculatura adjacente. Evidências apontam que o tratamento conservador possui taxas de recorrência local e sobrevida global semelhantes às da mastectomia, entretanto, seus desfechos costumam ser superiores quando se trata do bem-estar e da qualidade de vida da paciente, principalmente no âmbito da saúde mental<sup>2</sup>.

Tendo isso em vista, é preciso analisar em quais casos há indicação do tratamento conservador. Há vários fatores para a elegibilidade do TCCM, mas, em geral, há um principal e mais importante, a relação entre o tamanho do tumor e o tamanho da mama. Para que seja possível o

TCCM, é preciso que o tumor seja pequeno em relação ao volume da mama, para que haja sua excisão completa e com margens de segurança propiciando resultado estético satisfatório. Porém, mesmo que o tamanho do tumor seja desfavorável, isso não é um fator de contraindicação por si só. Nesses casos, há a possibilidade de recorrer-se à quimioterapia neoadjuvante ou à terapia endócrina para a redução do volume tumoral. Dessa forma, a cirurgia conservadora torna-se elegível para a maioria das pacientes<sup>2</sup>.

Além da já citada relação tumor/tamanho mama, devemos levar em consideração fatores como detecção em estágio inicial, localização do tumor (tumores em quadrantes laterais são mais favoráveis para TCCM), comorbidades, tolerância à radioterapia<sup>2</sup>.

### **Mastectomia**

Já se tratando do tratamento radical, ele consiste na exérese cirúrgica do tecido mamário e pele suprajacente, podendo abranger também a musculatura peitoral. O que define o quanto dos tecidos adjacentes será retirado é o tipo de mastectomia. Com o passar do tempo o procedimento cirúrgico da mastectomia foi passando por modificações que permitiam cada vez mais preservação<sup>2</sup>.

O primeiro modelo de mastectomia foi desenvolvido por Halsted, e é denominada mastectomia radical. Esse procedimento consiste na ressecção de um bloco da mama e da musculatura peitoral, com excisão ampla da pele, associado também à linfadenectomia axilar de níveis I, II e III, o que ocasionava frequentemente danos aos nervos torácicos<sup>2</sup>. A mastectomia radical refletia a crença de que, quanto mais radical o procedimento, mais efetivo seria a recuperação<sup>3</sup>.

Algum tempo depois, Patey desenvolveu um novo procedimento baseado na mastectomia radical de Halsted, no qual há a preservação

do músculo peitoral maior. Após isso, surgiu outra modificação, dessa vez desenvolvida por Madden. Associada às terapias adjuvantes, essa técnica permite que haja a preservação de ambos os músculos peitorais, o maior e o menor.

Contudo, em contraponto à mastectomia radical, surgiu a mastectomia total (ou simples), que se caracteriza pela retirada de todo o tecido glandular mamário, do envelope de pele e do complexo areolopapilar (CAP). Entretanto, essa técnica exclui a linfadenectomia axilar total. Nesse procedimento, para a avaliação do status axilar, é realizada a biópsia do linfonodo sentinela. Se ele se encontrar livre de neoplasias, o restante do tecido linfático é preservado.

Há ainda a mastectomia preservadora de pele, proposta por Toth e Lappert, a qual consiste na retirada do tecido glandular e do CAP, mas preservando o envelope cutâneo. Essa técnica permitiu a reconstrução mamária imediata, produzindo então procedimentos estéticos mais satisfatórios<sup>2</sup>.

Por fim, há também a mastectomia preservadora de pele e do complexo areolopapilar, realizada primeiramente por Hinton. Inicialmente havia dúvidas sobre sua eficiência por receio de recorrências neoplásicas. Contudo, foi demonstrado que esse procedimento é seguro em pacientes com tumores localizados distantes do CAP, sendo considerada a técnica ideal para mastectomia com reconstrução de mama.

### **Radioterapia**

A radioterapia é um tratamento sistêmico muito comum no pós-operatório, como no caso já citado do TCCM, eliminando os resíduos neoplásicos. A radioterapia consiste, basicamente, na irradiação do tecido neoplásico, causando instabilidade sobre as células, ionizando átomos e formando radicais livres. Dessa forma, o ciclo celular é interrompido, privando a célula de sua capacidade reprodutiva ou entrando em

apoptose. A medida utilizada na radioterapia é o Gray (Gy), que representa a energia de radiação ionizante absorvida pela quantidade de massa, em joules por quilograma.

### **Quimioterapia**

A quimioterapia é um procedimento que pode ser realizado antes ou após a cirurgia (neoadjuvante e adjuvante, respectivamente). A vantagem da utilização do tratamento neoadjuvante é a possibilidade de redução do estágio do tumor e a melhoria das taxas de ressecabilidade, tornando tumores antes inoperáveis elegíveis para a cirurgia conservadora.

Apesar de muito útil, a quimioterapia não é indicada a todas as mulheres. Em geral, ela é indicada para mulheres com câncer de mama localmente avançado ou inoperável, incluindo os casos de câncer inflamatório. Também é recomendado para mulheres com doença nodal ganglionar regional N2 e N3 e tumores T4.

### **Hormonioterapia**

A hormonioterapia, assim como a quimioterapia, pode ser realizada como neoadjuvante ou adjuvante. A neoadjuvante tem função similar à quimioterapia, ou seja, visa a redução do tumor antes da cirurgia, mas, além disso, também pode atuar de maneira precoce em micrometástases desconhecidas. Dito isso, a terapia adjuvante exerce a função de tratar possíveis micrometástases após a cirurgia, ou seja, eliminar os remanescentes neoplásicos.

A terapia neoadjuvante é recomendada para o tratamento de tumores localmente avançados e sem metástases à distância. Além disso, ela é

uma alternativa para pacientes com contra-indicações à quimioterapia. Já a terapia adjuvante é indicada para a redução de recidivas em todas as pacientes com receptor hormonal-positivo.

### **Imunoterapia**

Terapêutica relativamente recente, que objetiva um aumento exponencial da resposta imunológica da paciente contra o carcinoma. Tem como alvo receptores ou antígenos da célula tumoral ou do sistema imunológico potencializando a resposta imune. À princípio os tumores triplo negativos são os eleitos para esta modalidade de tratamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O tratamento do câncer de mama, como visto nesta seção, é uma associação de terapêuticas, incluindo o tratamento do sítio tumoral e de possível doença sistêmica, cada qual com suas particularidades, sempre tendo em vista a individualização e a múltipla gama de fatores que influenciam na decisão terapêutica, desde aspectos da biologia tumoral até a vontade da paciente.

Por fim, é importante frisar que o conhecimento científico está sempre se atualizando e, com isso, novos tratamentos vão surgindo. Nenhum tratamento é absoluto, então mesmo os que aqui foram apresentados podem, com o tempo, se tornarem obsoletos. Com isso em mente, é preciso que o médico esteja a par de novos conhecimentos, visando sempre o melhor atendimento ao paciente.

## REFERÊNCIAS

- 1- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 01 de set. 2023.
- 2- LUCENA, C.E.M. *et al.* Mastologia: do diagnóstico ao tratamento. 1. ed.: MedBook; Rio de Janeiro; 2023. p.151 - 185.
- 3- BASTOS, M. C. S. *et al.* Early breast cancer: concept and therapeutic review. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992), v. 69, n. suppl 1, 2023. doi.org/10.1590/1806-9282.2023s114.