

TUMORECTOMIA NO CÂNCER MAMÁRIO

DR. ALBERTO COUTINHO *

A tumorectomia no câncer de mama até há poucos anos não focalizada como método de tratamento, vem sendo, ultimamente, motivo de atenção da parte dos cancerologistas. Deve-se a isso o acervo de inúmeras publicações que mostram um resultado satisfatório quando o método é meditadamente indicado. Além do mais, o problema do câncer mamário não está ligado exclusivamente ao tumor primitivo, pois que se assim fôsse, as mastectomias radicais em monobloco deveriam proporcionar resultados percentuais muito mais valiosos que os obtidos nas melhores estatísticas. Os insucessos são devidos à presença de metástases à distância resultantes de processo biológico ainda não inteiramente conhecido. Uma terceira motivação que tem levado ao emprêgo da tumorectomia, é o repúdio das próprias doentes às operações radicais, que além de modificarem grandemente a estética feminina não raro trazem complicações graves de ordem psicológica, em face à dificuldade de adaptação pessoal, familiar, social e conjugal, sem que tal cirurgia ponha a paciente a coberto das manifestações tardias e não raro precoces da

doença metastática da mama. Finalmente, como justificativa médica devemos ressaltar que o conhecimento da patologia do câncer hoje em dia permite maior maleabilidade no domínio da técnica cirúrgica e que a êste fato junta-se a possibilidade irrefutável do emprêgo imediato da radioterapia dentro das modernas indicações, baseadas em longos anos de estudos, de observações e resultados estatísticos. Não esquecer também da contribuição que a quimioterapia vem dando ao arsenal terapêutico em relação ao câncer, contribuindo assim para a proteção das pacientes, proporcionando larga cobertura à tumorectomia.

O primeiro caso da nossa casuística e que nos deu ânimo para enfrentar o problema da tumorectomia, foi de uma doente que operada no Instituto Nacional de Câncer em 1952, tendo sofrido, em ambulatório, uma extirpação de tumor mamário de características clínicas benignas, não mais retornando ao hospital a não ser cinco anos após, sem que houvesse qualquer outra manifestação da doença não obstante o exame histopatológico da peça operatória ter evidenciado carcinoma. Foi revista há cerca

* Chefe da Seção de Mama do I.N.C.

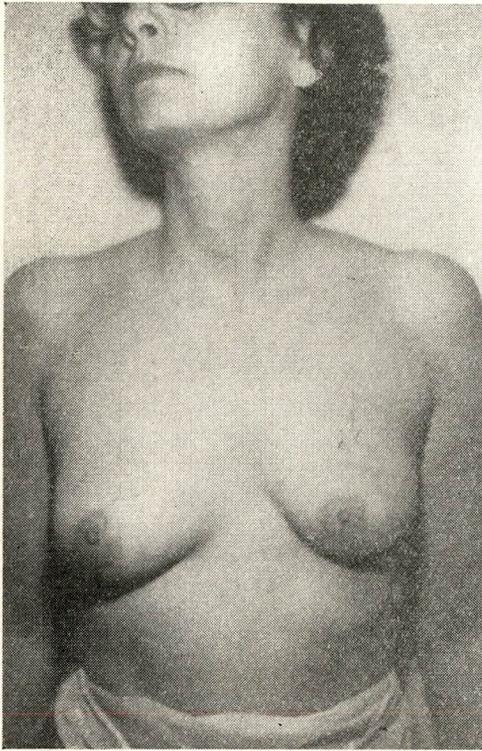


Fig. 1-A

Paciente A. P. portadora de Carcinoma medular da Mama Esquerda, localizado no Quadrante Infero-Interno (Q.I.I.).
Operação: Tumorectomia + Radioterapia complementar. — *Estado atual:* Viva, sem sintomas há 6 anos. — *Vista anterior.*

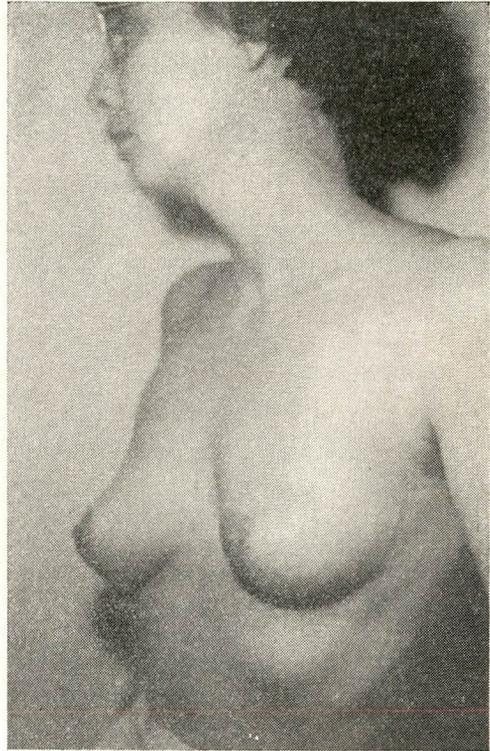


Fig. 1-B

Vista lateral da mesma paciente A. P.

de dois anos (1961) sem sinais da doença. A partir desse caso começamos a estudar as indicações possíveis da tumorectomia antes de empregá-la de modo rotineiro, quer na clínica quer no serviço hospitalar. Lógicamente a indicação primordial é para tumores pequenos, móveis e sem a presença de adenopatias (T₁N₀M₀) localizados preferentemente no Q.S.E. A operação consiste na retirada ampla do tumor dando-se uma larga margem de segurança que poderá ser comprovada por um exame histopatoló-

gico imediato. Naturalmente se houver qualquer indício de aderência do tumor ao tecido celular subcutâneo e ao tegumento é mister que se proceda a ressecção da pele sobreposta ao tumor. Em casos de processos tumorosos malignos localizados no quadrante supero-externo sem adenopatia axilar ou com pequenos gânglios, nós temos realizados a tumorectomia com o esvaziamento axilo-subclávio com a conservação integral da musculatura de cobertura torácica. Teoricamente a grande indicação da tumorectomia seria a de tumores do estágio I da classificação clínica da União Internacional Contra o Câncer (T₁N₀M₀ e

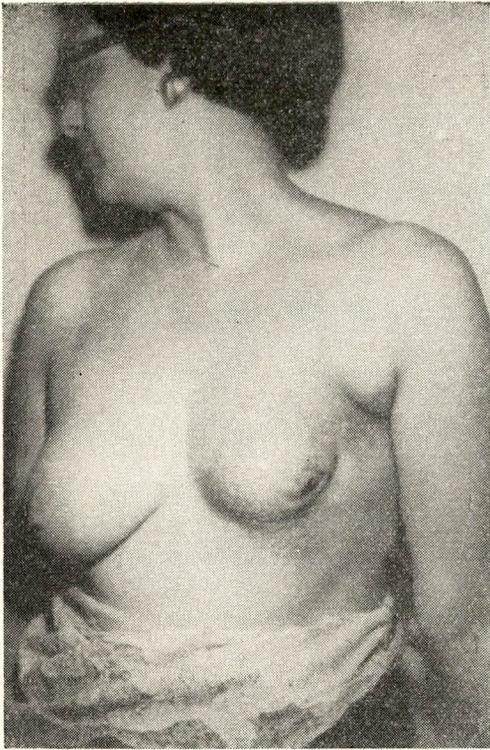


Fig. 2
Paciente C. R. portadora de Carcinoma indiferenciado do quadrante supero-externo (Q.S.E.) da mama esquerda (M.E.). — *Operação*: Tumorectomia + Radioterapia complementar. — *Estado atual*: Viva, sem sintomas, há 7 anos.

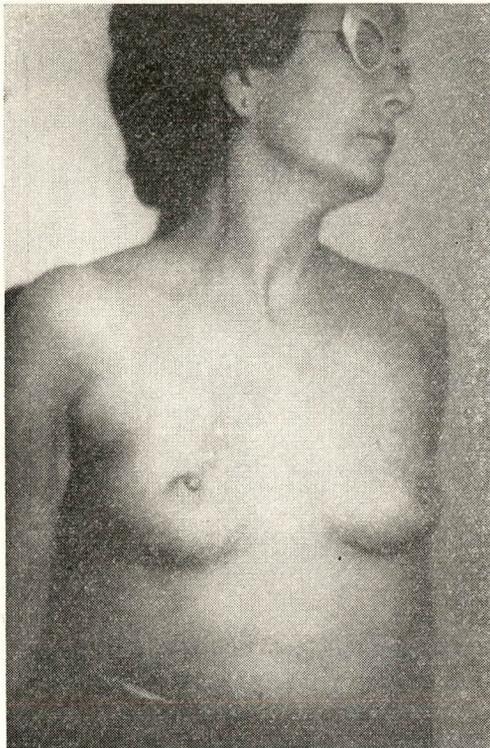


Fig. 3-A
Paciente M. C. C. C. portadora de Adenocarcinoma localizado no Q.S.I. da Mama D. — *Operação*: Tumorectomia + Radioterapia complementar. — *Estado atual*: Viva, sem sintomas há 6 anos e meio.

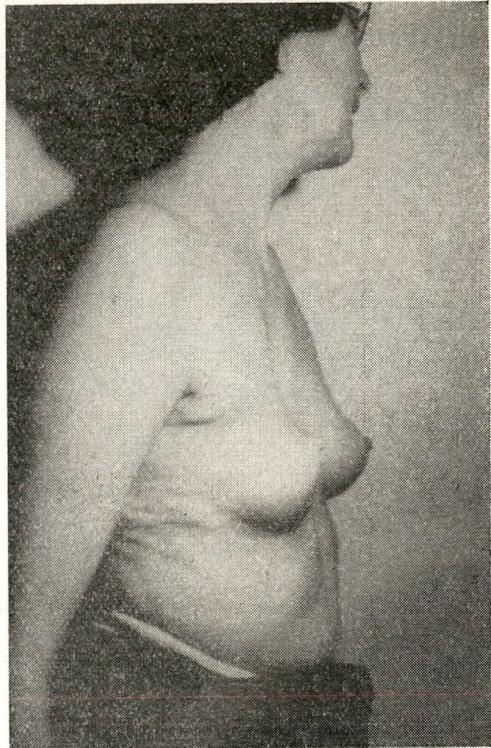


Fig. 3-B
Mesma paciente M. C. C. C. em vista de perfil.

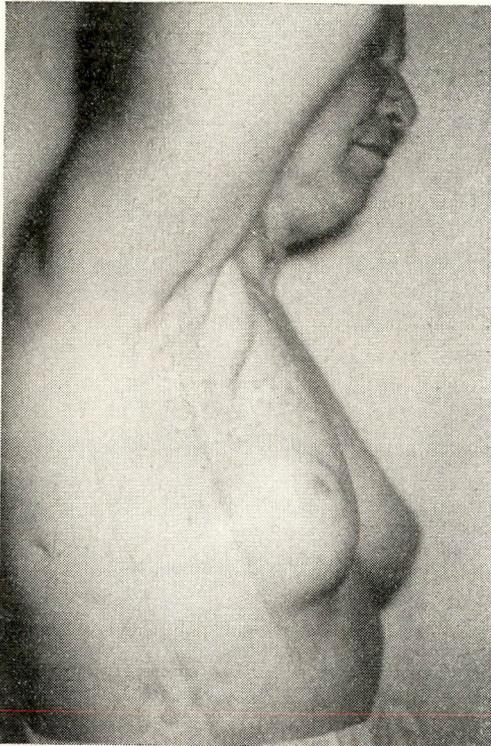


Fig. 4-A

Paciente C. A. portadora de Adenocarcinoma localizado no Q.S.E. da mama D. *Operação:* Tumorectomia + Radioterapia complementar. — *Estado atual:* Viva, sem sintomas há 6 anos. — *Vista de perfil.*

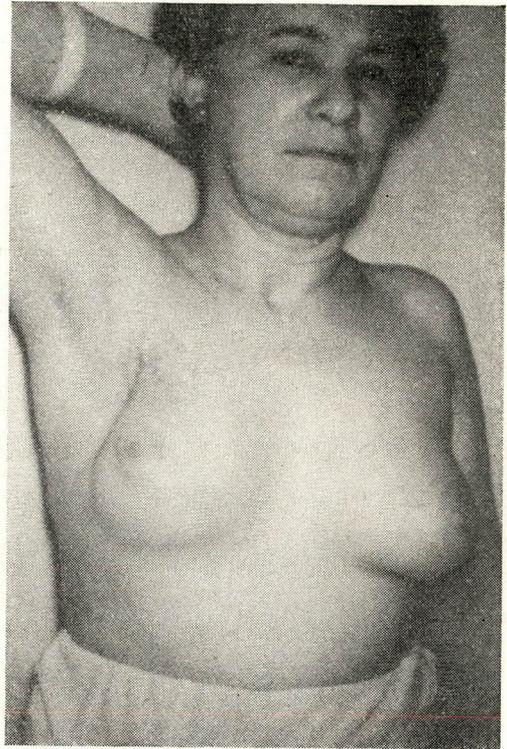


Fig. 4-B

Mesma paciente C. A. em vista anterior.

T₂N₀M₀) e catalogados sob o ponto de vista histopatológico como tumores não infiltrantes. Realizamos a operação sob anestesia geral quer procedamos ou não o esvaziamento axilar.

Fazemos questão de realçar que tôdas as nossas pacientes têm sido irradiadas no pós-operatório imediato abrangendo a irradiação não só o campo operatório como também as áreas linfáticas. Ainda não possuímos elementos para dispensarmos a terapêutica irradiante pós-operatória à qual recorreremos compulsória-

mente. A nossa estatística, ainda de poucos casos, ascende a cinqüenta pacientes com resultados que julgamos satisfatórios pois que possuímos doentes clinicamente curados há vários anos (5, 6 e 9 anos). Temos o ensejo de compartilhar com alguns cirurgiões nacionais que procedem técnica semelhante no Rio de Janeiro e em São Paulo e preconizam o método dentro de rígidas indicações. Neste particular achamos que em face da responsabilidade do emprêgo do método que requer muita interpretação da patologia e da terapêutica do câncer, êle só deve ser praticado em circunstâncias especiais e por profissional de longa experiência em oncologia.

RESUMO

O A. propõe a tumorectomia para câncer mamário, uma vez que o problema de sua terapêutica não é exclusivamente dependente do tumor primitivo, porque se assim fôsse, as mastectomias radicais deveriam dar resultados percentuais muito mais valiosos. Os insucessos são devidos à metástase à distância, resultantes de processo biológico ainda não inteiramente conhecido.

Outra motivação que tem influenciado na simpatia pela tumorectomia é o repúdio das enfermas às operações radicais. Apresenta 4 casos de evolução de 5, 6 e até 9 anos de cura clínica com o processo da tumorectomia seguida sempre da radioterapia complementar. Já conta com 50 casos tratados.

A tumorectomia só deve ser praticada em casos especiais e por profissional com longa experiência em cancerologia, porque a responsabilidade do emprêgo do método requer perfeita interpretação da patologia e da terapêutica do câncer.