
Exploração da Mama Oposta por Mastoplastia Redutora em Câncer Operacional de Mama ()*

Dr. Jaime de Queiroz Lima (**)

Dra. Maria Auxiliadora Cavalcanti da Silva (***)

I — INTRODUÇÃO

Nas pacientes portadores de tumor maligno de mama é hoje assunto obrigatório o estudo da mama oposta, seja do ponto de vista clínico, radiológico, termográfico, ou mesmo com a realização de biópsias para estudo anátomo-patológico.

Surge, desta maneira, a problemática de obtenção do material glandular para o exame microscópico. Essa colheita depende da localização da área a ser estudada, do tamanho do material a ser ressecado e do volume da própria glândula mamária. A mutilação a que é levada uma paciente pela realização de uma mastectomia é, desse modo, agravada por cicatrizes e deformações impostas à mama restante, como resultado da realização das biópsias já referidas.

A nossa experiência com a técnica de Pitanguy (3) para mastoplastias nos sugeriu a idéia, já posta em prática há anos, de aproveitá-la com a finalidade de obter material representativo para análise histológica da mama oposta e, paralelamente, para permitir a utilização de pró-

teses fixas ou móveis com muito mais facilidade e comodidade para a paciente.

II — OBJETIVO

Numerosos estudos têm sido feitos para demonstrar que pacientes portadoras de câncer mamário unilateral apresentam um alto risco de desenvolverem lesão maligna na mama oposta (mama restante).

Tendo em vista a nossa experiência em mastoplastias redutoras e o bom resultado conseguido, propuzemo-nos a enfatizar a exploração cirúrgica da mama oposta, com a finalidade de identificar a presença de alterações patológicas significativas, principalmente tumor maligno ainda na sua fase subclínica.

III — MATERIAL E MÉTODO

Trinta e quatro (34) pacientes do sexo feminino, portadoras de câncer mamário, atendidas em clínica privada, constituem o material para este trabalho.

(*) (Trabalho realizado na Clínica privada do Dr. Jaime de Queiroz Lima)

(**) Chefe do Departamento de Patologia Mamária do Hospital de Câncer de Pernambuco

(***) Estagiária do Departamento de Patologia Mamária do Hospital de Câncer de Pernambuco

Essas pacientes apresentavam anormalidades clínicas ou radiológicas na mama contralateral de significação variável, ou apenas pertenciam ao grupo considerado de alto risco. A idade variou de 34 a 70 anos, predominando o grupo etário de 41 a 50 anos (31,76%). Em todos os casos houve estudo anatômico-patológico dos espécimes de biópsia e das respectivas peças cirúrgicas.

Todas as pacientes eram portadoras de carcinoma infiltrante, o que motivou a

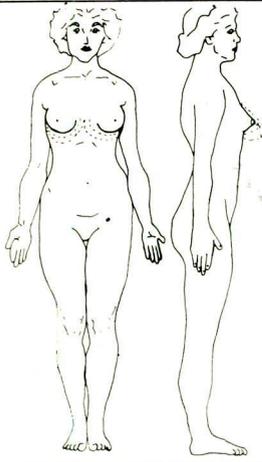
mastectomia.

Realizamos a mastoplastia redutora (pe-la técnica de Pitanguy) na mama contralateral, simultaneamente à mastectomia (em 19 casos = 55,88%) ou em outra sessão operatória após a mastectomia (em 15 casos = 44,12%).

Os achados principais estão referidos sumariamente no Quadro I e resumidos no Quadro II.

A figura 1 mostra a ficha utilizada para resumo dos casos.

Fig. 1

DR. JAÍME DE QUEIROZ LIMA			
EXPLORAÇÃO DA MAMA OPOSTA POR MASTOPLASTIA REDUTORA EM CÂNCER OPERÁVEL DA MAMA.			
REG. Nº _____	IDADE _____		
SIMULTÂNEA DATA _____	PEÇA OPERATÓRIA _____		
NÃO SIMULTÂNEA _____	MASTECTOMIA gr. _____		
1ª OP. DATA _____	MASTOPLASTIA gr. _____		
2ª OP. DATA _____	PERCENTUAL % _____		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> A. P. <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> </div>			
OBSERVAÇÕES			

IV — COMENTÁRIOS

Os estudos sobre grupos de alto risco de câncer mamário enfatizam o problema da mama contralateral.

O risco de aparecimento de carcinoma na mama contralateral da paciente portadora de câncer de mama é muito alto, conforme mostra a literatura:

= URIBURU (6) — cita a experiência de diversos autores, no que diz respeito à incidência de câncer mamário bilateral:

- GESCHICTER = 7% das pacientes operadas apresentaram, mais adiante, invasão na outra mama;
- KILGORE = 7,5%;
- HARTMANN = 9%;
- JUDD = mais de 10%;

OBS: Estes casos foram simultâneos ou não si-

multâneos, variando o intervalo de meses a 10 anos.

- BRACHETTO — BRIAN, MOGUILEVSKY e ITRE = 7,5% sendo 4,8% detectados na primeira consulta, isto é, simultâneos, e os 2,7% com períodos variáveis após a mastectomia radical;
- DE CHOLNOKY = 5% em mulheres abaixo de 30 anos;
- HARRINGTON = em 6.559 casos, encontrou 0,9% simultâneos e 3,2% não simultâneos;
- CAROL e SHIELDS (estatística reunindo vários autores) — em 19.698 casos de câncer de mama, 1.059 (5,3%) eram bilaterais. Considerando os operados, 1,4% foram simultâ-

- neoss e 3,3% não simultâneos.
- LEWIS e RIENHOFF, no Johns Hopkins Hospital — 1,5% simultâneo e 4% não simultâneo;
 - O próprio URIBURU encontrou 4%;
 - BRANNON HUBBARD — em 16 mastectomias contralaterais profiláticas encontrou na mama aparentemente sadia, ao mesmo tempo da mastectomia, câncer não demonstrável clinicamente em dois (2) casos, onde foi realizado exame cuidadoso da peça operatória em cortes seriados;
 - PACK — encontrou na mama oposta, desde lesões displásicas (várias) até carcinoma incipiente.

Desse modo, parece essencial que se dêem cuidados especiais à mama aparentemente sadia, ou à mama displásica da portadora de câncer em uma das mamas. Numerosas abordagens a esse problema têm sido propostas, baseadas, principalmente, no minucioso exame clínico, na mamografia e na termografia.

Nós achamos que com as técnicas de mastoplastia, especialmente com a de Pitanguy (3), pode-se estudar a mama restante de um modo mais minucioso e preciso, mediante a obtenção de uma generosa amostra de tecido mamário, para exame anatomopatológico

Nos 34 casos tratados pela nossa conduta, encontramos 2 (dois) casos de carcinoma, isto é, 5,88%. (Quadro II)

Quanto mais pacientes com tumores diagnosticados precocemente são tratados com sucesso, mais se nota um aumento nas que apresentam sobrevida mais longa, com maiores chances de terem um novo câncer na mama restante.

A detecção precoce do segundo tumor primário pode ser difícil. Muitas pacientes tratadas com sucesso inicialmente de um câncer de mama, com um prognósti-

co favorável, eventualmente têm perdido a oportunidade de diagnosticar um novo caso de câncer primário no mesmo instante, enquanto ele é ainda inicial (4).

Muitos desses casos chegam a esta situação em virtude da negligência da paciente no "follow-up"; outros, devido à incapacidade do médico em reconhecer a segunda lesão pelo exame físico ou mamografia (4).

Uma biópsia ampla (cirúrgica) feita na mama oposta, ao mesmo tempo da mastectomia por câncer de mama, representa uma conduta prática no que se refere ao problema do câncer de mama bilateral. Um número significativo de câncer oculto na mama contralateral tem sido detectado por esse procedimento (4).

A média de cura clínica para pacientes tratadas pela mastectomia bilateral simultânea, por câncer de mama bilateral detectado desta forma, é compatível com os resultados obtidos para as pacientes com câncer mamário unilateral.

A biópsia negativa da mama restante não elimina a possibilidade de um eventual aparecimento de um novo câncer muito mais adiante.

Todas as pacientes tratadas com êxito, de um tumor primário, devem ser seguidas rigorosamente com especial atenção para a mama restante.

A redução do volume mamário pela mastoplastia torna mais simples o uso de prótese móvel, que poderá ser menos volumosa e, conseqüentemente, mais cômoda, como também pode amenizar ou sanar os problemas de coluna vertebral impostos pelo desequilíbrio de peso (Figs. 2 e 3).

Na conduta por nós utilizada, a média de peso do material obtido da mama contralateral para exame anatomopatológico é de 36,22%, em relação ao peso do espécime de mastectomia. Comparativamente, URBAN (4) em seu trabalho, consegue com biópsia em vários quadrantes, 20% de parênquima para estudo.

Fig. 2

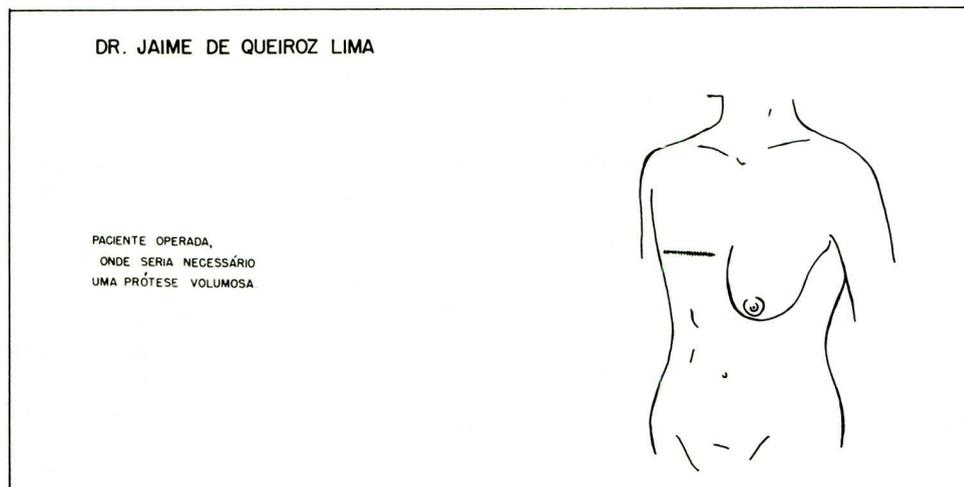
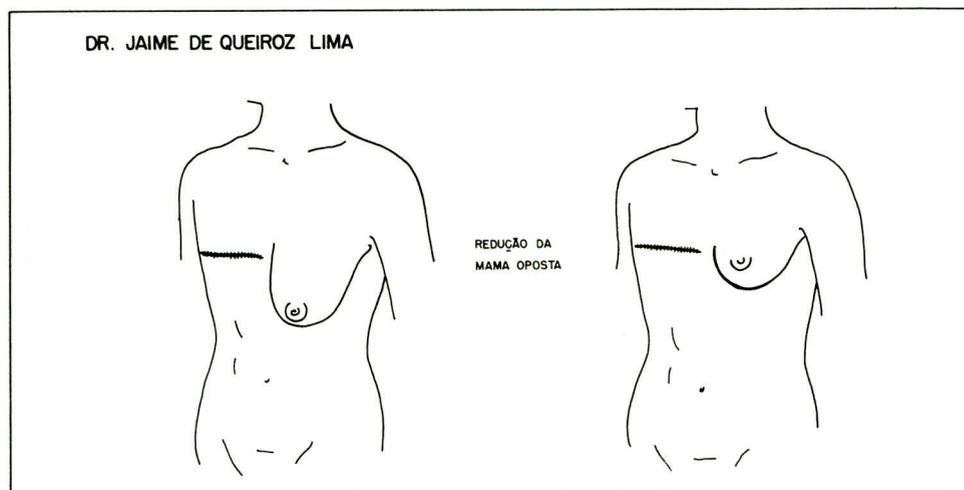


Fig. 3



V — CONCLUSÃO

Desse trabalho conclui-se que a nossa experiência tem sido satisfatória, pelo que recomendamos a exploração cirúrgica para exame anatomopatológico da mama oposta, em portadoras de câncer mamário unilateral.

Assim, se obtém maior quantidade de material para estudo, com maiores chances de identificação de câncer mamário na fase pré-clínica.

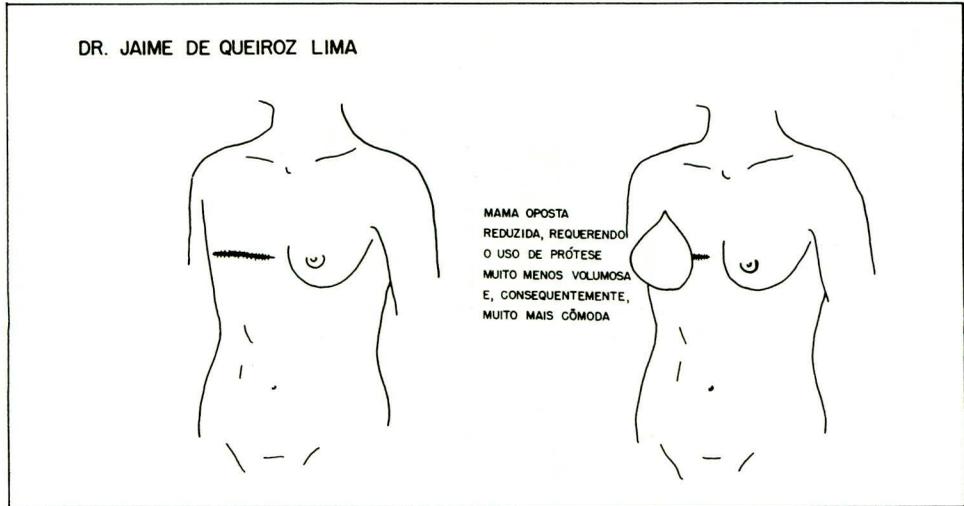
O resultado estético com a mastoplastia redutora é incomparavelmente melhor, também criando melhores condições de

conforto para a paciente, ante o uso de prótese (fig. 4).

São elegíveis para o presente projeto:

- 1.º — Mamas grandes e/ou pêndulas, independente de processo patológico;
- 2.º — Mamas que apresentem processo patológico (evidência clínica ou radiológica), independente de volume ou conformação;
- 3.º — Mamas de pacientes pertencentes ao grupo considerado de alto risco.

Fig. 4



VI — SUMÁRIO

O autor usa e propõe uma mastoplastia contralateral (técnica de Pitanguy) para pacientes com câncer de mama, como um complemento para mastectomia. Como a mama contralateral é um alto risco de câncer, o proposto método fornece uma amostra generosa de tecido para exame anatomopatológico sem deformação da mama contralateral.

SUMMARY

The author uses and proposes a contralateral mamoplasty (Pitanguy Technique) for patients with breast cancer as a complement to mastectomy. As the contralateral breast is a high risk spot, the proposed approach provides a generous sample of tissue for pathologic examination without deformation of the contralateral breast.

QUADRO I — A

CA- SO	RE- GIS- TRO	INI- CIAIS	IDA- DE	EST. CI- VIL	COR	MAMA COM CÂNCER	PESO g.	EST. LATERAL	MASTOPLAS- TIA CONTRA- LATERAL	PESO g.	%	ACHADOS HISTOLÓGICOS NA MAMA CONTRALATERAL
01	1815	MVC	38	C	B	Esq.	750	I	Simultânea	235	31,33	— Fibroesclerose, adenose, cistificação, proliferação epitelial regular.
02	1539	LSR	36	C	B	Dir.	1200	I	Não Sim.	400	33,33	— Fibroesclerose, cistos simples, pilares.
03	3041	GPM	49	C	B	Dir.	425	I	Simultânea	200	47,06	— Displasia mamária caracterizada por fibroesclerose e cistificação.
04	3189	ZGL	53	C	B	Esq.	1240	I	Simultânea	620	50,00	— Fibroesclerose e microcistificação.
05	1412	CSL	42	C	B	Dir.	1300	II	Não Sim.	470	36,15	— Displasia mamária benigna caracterizada por fibroesclerose.
06	3853	LBD	48	C	B	Esq.	1080	II	Simultânea	395	36,57	— Adiposidade mamária, alterações atróficas do parênquima
07	4108	OFS	39	C	B	Esq.	1010	II	Simultânea	275	27,29	— Displasia mamária benigna caracterizada por fibroesclerose.
08	4212	EPO	61	C	B	Dir.	1495	II	Simultânea	520	34,78	— Displasia benigna com fibroesclerose e ectasia de ductos.
09	2614	HGS	47	C	B	Dir.	640	I	Não Sim.	230	35,94	— Displasia benigna com fibroesclerose e ectasia de ductos.
10	2223	ICCS	45	C	B	Esq.	1850	I	Não Sim.	560	30,27	— Microfibroadenoma, adiposidade mamária, alterações displásicas com focos de adenose.
11	4518	NLR	57	C	B	Esq.	2040	II	Simultânea	800	39,22	— Alterações de caráter atrófico.

QUADRO I — B

CA- SO	RE - GIS- TRO	INI - CIAIS	IDA - DE	EST. CI - VIL	COR	MAMA COM CÂNCER	PESO g.	EST. I	MASTOPLAS- TIA CONTRA- LATERAL	PESO g.	%	ACHADOS HISTÓLOGICOS NA MAMA CONTRALATERAL
12	4581	AVM	70	C	B	Dir.	1250	I	Simultânea	437	34,96	— Adiposidade mamária.
13	4637	AMRN	45	C	B	Dir.	900	I	Simultânea	170	18,89	— Displasia mamária com focos múltiplos de carcinoma intra-ductal.
14	3423	AMS	61	C	B	Dir.	1035	III	Não Sim.	271	26,18	— Displasia mamária benigna com fibroesclerose, ectasia e cistificação simples de ductos, associada a papiloma intra-cístico.
15	4678	JMS	58	C	B	Esq.	633	I	Simultânea	250	39,49	— Sem alterações significativas.
16	2120	IAM	42	S	B	Dir.	535	I	Simultânea	230	39,32	— Displasia mamária caracterizada por fibroesclerose, adenose, focos de proliferação atípica em lóbulos e cistificação.
17	4384	MSLB	40	C	B	Dir.	806	II	Simultânea	285	35,36	— Displasia mamária benigna caracterizada por adenose.
18	4561	ETB	66	S	B	Esq.	722	I	Não Sim.	286	39,61	— Displasia mamária caracterizada por fibroesclerose e microfocos de proliferação epitelial típica em lóbulos.
19	2712	LSA	56	S	B	Dir.	*	*	Não Sim.	485	*	— Displasia mamária caracterizada por focos de proliferação epitelial típica em ductos, focos de papilomatose intra-ductal.
20	3753	ICS	59	V	B	Dir.	1400	II	Simultânea	540	38,57	— Alterações de caráter atrófico.
21	2074	JFN	69	V	B	Dir.	900	I	Não Sim.	250	27,78	— Carcinoma bem diferenciado, intra-ductal multifocal.
22	4834	VMC	63	C	B	Dir.	590	I	Não Sim.	460	77,97	— Tecido adiposo, fragmentos de estrutura tecidual mamária dentro os limites da normalidade microscópica

QUADRO I — C

CA - SO	RE - GIS - TRO	INI - CIAIS	IDA - DE	EST. CI - VIL	COR	MAMA COM CÂNCER	PESO g	EST.	MASTOPLAS - TIA CONTRA - LATERAL	PESO g.	%	ACHADOS HISTOLÓGICOS NA MAMA CONTRALATERAL
23	2474	MRM	37	C	B	Esq.	660	II	Não Sim.	230	34,85	— Alterações hipotróficas do lóbulo, discreta ectasia ductal.
24	4964	ZAG	50	S	B	Dir.	*	II	Não Sim.	290	*	— Alterações atróficas do parênquima com microcistificação, fibroesclerose.
25	3407	EPR	57	C	B	Dir.	*	I	Não Sim.	570	*	— Displasia mamária caracterizada por ectasia ductal.
26	6044	GDD	44	C	B	Dir.	2750	III	Simultânea	850	30,91	— Adiposidade mamária, alterações displásicas mínimas, microfibrilomas.
27	6043	MOL	44	C	B	Esq.	583	I	Simultânea	230	39,45	— Displasia mamária, alterações acen tuadas caracterizadas por adenose, cistificação e proliferação epitelial regular típica em lóbulos e ductos.
28	6194	BSA	66	C	B	Dir.	1100	I	Simultânea	292	26,55	Alterações displásicas, adenose, fibroesclerose.
29	6265	MDBC	52	C	B	Esq.	870	III	Simultânea	230	26,44	— Alterações de caráter hipotrófico com eventual microcistificação.
30	2608	HFM	48	C	B	Esq.	1120	I	Não Sim.	575	51,34	— Alterações atróficas do parênquima
31	6287	RFC	51	C	B	Esq.	520	I	Simultânea	165	31,73	— Alterações de caráter hipotrófico.
32	6308	VPM	34	C	B	Dir.	1080	III	Simultânea	310	28,70	— Ectasia ductal.
33	6307	DQL	66	V	B	Esq.	590	I	Simultânea	243	41,19	— Alterações de caráter displásico representadas por cistificação e metaplasia apócrina. Alterações hipotróficas dos lóbulos.
34	6355	NTA	43	C	B	Dir.	1740	I	Simultânea	547	31,44	— Discretos fenômenos hipotróficos dos lóbulos com ectasia dos ductos terminais.

(*) Operadas fora da Clínica — sem os dados necessários.

QUADRO II

MAMA CONTRALATERAL

ACHADOS HISTOLÓGICOS	Nº	%
Normais	8	23,53
Patologias benignas	24	70,59
Patologias malignas	2	5,88
Total de casos	34	100,00

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GALLAGER, H.S. e MARTIN, J.E.: An orientation to concept of minimed breast cancer. **Cancer** 28: 1505 — 1507, 1971.
2. KING, R.E., TERZ, J.J. e LAWRENCE JR., W.: Experience with opposite breast biopsy in patients with operable Breast Cancer. **Cancer** 37: 43 — 45, 1976.
3. PITANGUY, I., CANSANÇÃO, A., RAMOS, N. e ARAUJO, M.: Mamoplastia. **Rev. Bras. Cir.**, 61: 227-236, 1971.
4. URBAN, J.A.: Bilateral breast cancer in Year Book Medical Publishers: **Breast Cancer — Early and Late**: 263 — 270, Chicago, 1970.
5. URBAN, J.A.: Biopsy of the normal breast in treating breast cancer. **Surg. Clin. North Am.** 49: 291, 1969.
6. URIBURU, J.V.: Cancer Bilateral in Uriburu, J.V.: **La Mama**: 442 — 445, Editorial Cientfica, Buenos Ayres, 1957.