

# Exame Histopatológico das Cicatrizes de Mastectomia nas Reconstruções Tardias de Mama: Existe Relevância Oncológica?

## *Histopathological Analysis of Mastectomy Scars in Delayed Breast Reconstruction: is There Any Oncologic Relevance?*

Telma Carolina Ritter de Gregorio<sup>1</sup>, Juliano Carlos Sbalchiero<sup>2</sup>, Paulo Roberto de Albuquerque Leal<sup>2</sup>

### Resumo

A recorrência local, pós-mastectomia, para doença mamária maligna varia entre 5% e 40%, sendo usualmente detectada ao exame clínico. Os relatos da literatura mostram que as recorrências microscópicas identificadas em cicatrizes de mastectomia, sem suspeita clínica, são raras. Sendo assim, este trabalho avalia a importância da análise histopatológica de rotina das cicatrizes de mastectomia no momento da reconstrução de mama, de maneira a detectar a frequência de recorrência microscópica e o impacto do diagnóstico precoce na sobrevida das pacientes. Em uma série retrospectiva de 261 pacientes assintomáticas, não foi encontrada evidência de malignidade ou recorrência microscópica em nenhuma das cicatrizes avaliadas. Em muitos serviços, é recomendado que todas as cicatrizes de mastectomia sejam submetidas à análise histopatológica na época da reconstrução. Contudo, este estudo sugere não ser necessário este exame de rotina. Os resultados indicam que o exame histopatológico das cicatrizes de mastectomia em pacientes submetidas à reconstrução tardia de mama e em pacientes avaliadas por exame clínico detalhado e a avaliação mamográfica podem não trazer maiores benefícios ao seguimento oncológico dessas pacientes, contudo estudos complementares são necessários.

**Palavras-chave:** Reconstrução mamária, Câncer de mama, Cicatriz, Mastectomia, Recidiva local de neoplasia

<sup>1</sup>Centro de Oncologia e Hematologia de Brasília - Brasília (DF), Brasil

<sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Plástica, Reparadora e Microcirurgia do Instituto Nacional de Câncer (INCA) / MS - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Endereço para correspondência: Telma Carolina Ritter de Gregorio. Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP: 20230-130 - Fone: (21) 2506-6087. E-mail: telmaritter@globo.com

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres brasileiras, tendo o INCA estimado, para o ano de 2005, 49.470 novos casos, com risco de 53 novos casos para 100.000 mulheres. Aproximadamente, uma em cada oito mulheres que atingem os 85 anos pode desenvolver câncer de mama<sup>1</sup>.

As opções de tratamento incluem a mastectomia parcial com dissecação axilar e radioterapia, ou a mastectomia radical modificada. A mastectomia tem sido o padrão-ouro de tratamento do câncer de mama, e ainda é realizada com frequência. Indicações para mastectomia incluem multifocalidade, doença difusa, doença recorrente, tumores grandes em mamas pequenas.

Com o avanço das técnicas reconstrutivas, nos últimos 20 anos, a reconstrução de mama apresentou um grande aumento de prática e popularidade. Ela tem profundo impacto psicológico e emocional nas pacientes mastectomizadas, contudo não pode ser oferecida de rotina a todas as pacientes que necessitam de mastectomia. As principais preocupações com a reconstrução residem no atraso da detecção e tratamento de recorrências locais, que podem ter um impacto negativo na sobrevida. Recentemente, vários estudos analisaram a segurança de reconstruções tardias e imediatas de mama<sup>2-4</sup>. A maioria deles concluiu que a reconstrução não afeta a detecção de recorrência local e não aumenta o risco de recorrência local ou sistêmica. Além disso, a radioterapia adjuvante sobre reconstruções autólogas e com implantes é segura oncológica<sup>5</sup>.

Em geral, as pacientes candidatas à reconstrução tardia de mama são aquelas que terminaram seu tratamento adjuvante e não apresentam evidência de recorrência local ou a distância.

A recorrência local pós-mastectomia para doença mamária maligna varia entre 5% e 40%, sendo usualmente detectada ao exame clínico<sup>6,7</sup>. Os relatos da literatura mostram que as recorrências microscópicas identificadas em cicatrizes de mastectomia sem suspeita clínica são raras<sup>8-10</sup>, com séries pequenas e não-uniformes. A frequência encontrada varia de 0 a 7%, relativamente baixa, já que as pacientes encaminhadas para a reconstrução tardia são aquelas em que já foram excluídas as evidências de recidiva através de exames clínicos e radiológicos. Sendo assim, este trabalho se propõe avaliar a importância da análise histopatológica de rotina das cicatrizes de mastectomia no momento da reconstrução de mama, de maneira a detectar a frequência de recorrência microscópica e o impacto do diagnóstico precoce na sobrevida das pacientes.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários das pacientes operadas no Instituto Nacional de Câncer, cujas cicatrizes de mastectomia foram enviadas para análise histopatológica no momento da reconstrução tardia de mama, no período de março de 1998 a março de 2004. Foram analisados: tipo histopatológico do câncer, estadiamento clínico, intervenção cirúrgica, terapia adjuvante e tempo entre a mastectomia e a reconstrução.

No laboratório de patologia, os espécimes foram inicialmente analisados macroscopicamente. Para o exame microscópico, após fixação em formol, as peças foram seccionadas em múltiplos cortes ao longo do eixo longitudinal da cicatriz e processadas da maneira usual, com inclusão de parafina, coradas por hematoxilina e eosina e analisadas por microscopia óptica em aumentos de 4 e 40 vezes.

## RESULTADOS

Foi submetido à reconstrução tardia de mama com estudo histopatológico da cicatriz da mastectomia um total de 261 pacientes, entre 1998 e 2004. Nenhuma paciente apresentava sinais clínicos que sugerissem recidiva local e todas estavam livres de doença do ponto de vista oncológico. As pacientes tinham idade média de 47 anos. Os resultados quanto a terapias adjuvantes estão expressos na Tabela 1. Os tipos histológicos dos tumores das pacientes analisadas estão indicados na Tabela 2. As pacientes foram estadiadas segundo a classificação TNM, e os resultados estão apresentados na Figura 1; as cirurgias realizadas são apresentadas na Tabela 3.

O intervalo médio entre a mastectomia e a reconstrução foi de 2 anos e meio, variando de 1 ano e meio a 7 anos.

**Tabela 1.** Distribuição das pacientes segundo a terapia adjuvante realizada

Terapia adjuvante	Número de pacientes	%
Quimioterapia + Radioterapia + Hormonioterapia	151	57,85
Quimioterapia	50	19,16
Radioterapia	8	3,07
Hormonioterapia	18	6,90
Nenhum tratamento	34	13,03
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>100</b>

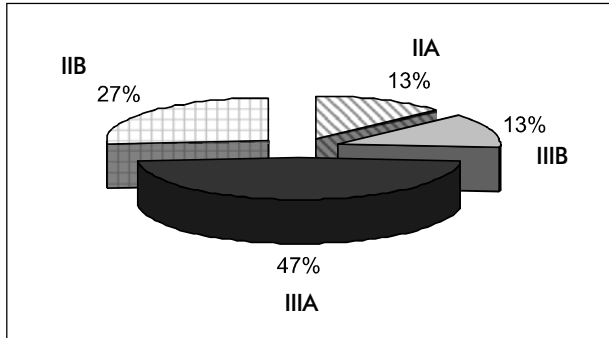


Figura 1. Distribuição das pacientes conforme estadiamento TNM

Tabela 2. Distribuição das pacientes segundo o tipo histológico do tumor

Tipo histológico	Número de pacientes	%
Carcinoma ductal infiltrante	197	75,48
Carcinoma lobular infiltrante	11	4,25
Carcinoma tubular infiltrante	22	8,42
Carcinoma papilífero	12	4,59
Cistossarcoma filóide	6	2,29
Carcinoma ductal <i>in situ</i>	13	4,98
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>100</b>

Tabela 3. Distribuição das pacientes segundo o tipo de reconstrução empregada

Tipo de reconstrução	Número de pacientes	%
TRAM monopediculado	191	73,18
TRAM bipediculado	11	4,21
Grande Dorsal	38	14,5
Expansor	10	3,83
TRAM microcirúrgico	11	4,21
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>100</b>

TRAM=retalho transverso do reto abdominal; TRAM microcirúrgico=retalho livre, *supercharged* ou *turbocharged*

Em nenhuma das 261 cicatrizes analisadas foram encontradas evidências de neoplasia e recorrência microscópica.

Dois pacientes (7,7%) apresentaram recidiva local após a reconstrução, contudo a análise prévia de suas cicatrizes não evidenciou sinais de recorrência microscópica (Figura 2).

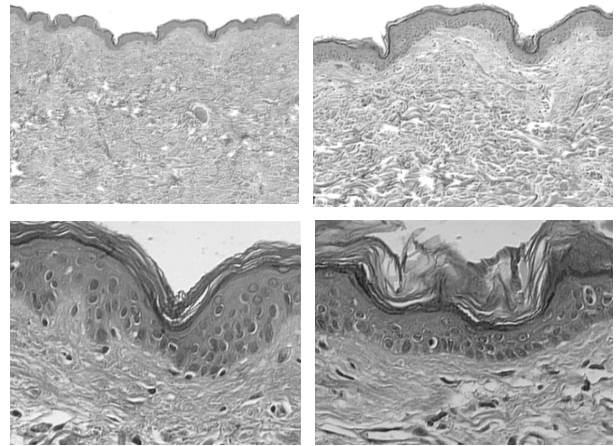


Figura 2. Aspecto microscópico de cicatriz de mastectomia, corada por hematoxilina e eosina, em aumento de 4X e 40X. Observa-se ausência de neoplasia e infiltrado inflamatório crônico

## DISCUSSÃO

Em muitos serviços, é recomendado que todas as cicatrizes de mastectomia sejam submetidas à análise histopatológica na época da reconstrução. Este estudo sugere, entretanto, não ser necessário este exame de rotina. Em nenhuma das pacientes analisadas havia achados sugestivos de malignidade nas cicatrizes, assim como relatado em outro trabalho recente<sup>8</sup>.

O exame clínico cuidadoso da paciente pelo cirurgião plástico antes da reconstrução é importante para identificar sinais de recorrência local ou metástases a distância. Qualquer suspeita de doença recorrente deve ser prontamente investigada e tratada antes da reconstrução. A baixa frequência de recorrência pós-reconstrução (7,7%) desta série parece ser devido ao longo intervalo entre a mastectomia e a reconstrução. Se a descoberta de recorrência microscópica na cicatriz é benéfica para as pacientes, trata-se de uma questão de difícil resposta. Em teoria, poderia promover terapêutica mais precoce, porém trata-se de achado raro e esta e outras séries são insuficientes para estudar este fenômeno.

## CONCLUSÃO

Este estudo sugere que o exame histopatológico das cicatrizes de mastectomia em pacientes submetidas à reconstrução tardia de mama que foram avaliadas por exame clínico detalhado e mamografia parece não trazer maiores benefícios no seu seguimento. Contudo, estudos adicionais são necessários para afirmar que a análise histopatológica de rotina das cicatrizes seja abandonada.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Luiz Claudio Santos Thuler, Editor Científico desta revista, pelas sugestões e revisão do artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência de câncer no Brasil - 2005. Rio de Janeiro: INCA; 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005>>
2. Kroll SS, Khoo A, Singletary SE, Ames FC, Wang BG, Reece GP, et al. Local recurrence risk after skin-sparing and conventional mastectomy: a 6-year follow-up. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(2):421-25.
3. Murphy Jr RX, Wahhab S, Rovito PF, Harper G, Kimmel SR, Kleinman LC, et al. Impact of immediate reconstruction on the local recurrence of breast cancer after mastectomy. *Ann Plast Surg.* 2003;50(4):333-38.
4. Murphy RX, Wahhab S, Rovito P, Harper G, Kimmel SR, Kleinman LC, et al. Impact of reconstruction on the local recurrence of breast cancer after mastectomy. *Ann Plast Surg.* 2003;50:333-38.
5. Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK, Kroll SS, Ames FC, Ross MI, et al. Presentation, treatment, and outcome of local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction. *Ann Surg Onc.* 1998;5:620-26.
6. Cox CE, Greenberg H, Fleisher D, Clark R, Berman C, Nicosia S, et al. Natural history and clinical evaluation of the lumpectomy scar. *Am Surg.* 1993;59:55-59.
7. Malberger E, Edoute Y, Toledano O, Sapir D. Fine-needle aspiration and cytologic findings of surgical scar lesions in women with breast cancer. *Cancer.* 1992;69:148-52.
8. Soldin MG, Grob M, Dawson A, Cooper MAC. Routine histological examination of the mastectomy scar at the time of breast reconstruction: important oncological surveillance? *Br J Plast Surg.* 2004;57:143-45.
9. Mokbel K, Price RK, Mostafa A, Williams N, Wells CA, Perry N, et al. Radial scar and carcinoma of the breast: microscopic findings in 32 cases. *Breast.* 1999;8(6):339-42.
10. Zambacos GJ, Wilson PA, Mimimas D, Morris RJ. Routine histological examination of the mastectomy scar at the time of breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2005;58:122.

## Abstract

Local recurrence following mastectomy or wide local excision of malignant breast disease is reported as ranging from 5 to 40% and is usually detected at clinical screening. There are few reports in the literature in which microscopic recurrence has been identified in mastectomy scars in the absence of clinical suspicion. We assessed the importance of routine mastectomy scar histology at the time of breast reconstruction for detecting microscopic recurrence and the impact of early diagnosis on patient survival. In a retrospective series of 261 asymptomatic patients, we found no evidence of malignancy or microscopic recurrence in any of the scars examined. Many oncology services recommend that all mastectomy scars be submitted to histological examination at the time of breast reconstruction. However, our results suggest that this routine exam may not be necessary. We believe that histological examination of mastectomy scars in late breast reconstruction in patients with comprehensive clinical examination and mammography may provide no additional benefit in the oncologic follow-up of these patients.

**Key words:** Breast reconstruction, Breast cancer, Scar, Mastectomy, Recurrence