

VALOR DO ESVAZIAMENTO AXILAR NOS CARCINOMAS INICIAIS DA MAMA

Luiz Antonio Guimarães Brondi*

A dissecação axilar completa, com a retirada dos três níveis de drenagem e, muitas vezes, também do grupo interpeitoral de Rotter, sempre fez parte do tratamento cirúrgico do carcinoma invasivo da mama, em monobloco ou não com a mastectomia ou a quadrantectomia. Continua sendo o melhor método para tratar a axila quando histologicamente comprometida para estadiá-la cirurgicamente, avaliar a indicação ou não da terapia adjuvante pós-operatória (químico ou hormonoterápica), além de representar um importante fator de prognóstico da doença.

Com a melhoria das técnicas mamográficas para a detecção precoce do tumor mamário, possibilitando a realização de cirurgias mais conservadoras sobre a mama - como a quadrantectomia e a setorectomia -, devemos também reavaliar a extensão da linfadenectomia axilar, levando-se em conta principalmente o estadiamento clínico da moléstia. Assim, grande controvérsia existe em estabelecer quais os casos onde ela deve ser mais radical ou mais conservadora e, muitas vezes, até mesmo evitada.

Sabemos muito bem das complicações imediatas ou tardias causadas pela linfadenectomia axilar, as quais poderiam ser contornadas se a mesma não fosse realizada. Mas o risco de deixarmos um tumor residual (metástase) nessa região não nos permite, até agora, abandonarmos essa abordagem terapêutica.

O esvaziamento axilar sempre deverá ser indicado nas axilas clinicamente comprometidas, independentemente do tamanho do tumor primário (axila N1b). Segundo nossa casuística, poderíamos não realizá-la em, aproximadamente, 50% dos casos, ou seja, em 81,8% dos casos T0, em 83,0% dos casos T1a, em 72,7% dos casos T1b, em 61,2% dos casos T1c e em 43,0% dos casos T2. Da mesma maneira, 63,2% dos casos com tumores medindo até 2 cm de diâmetro e 43% dos casos com tumores de 2 a 5 cm de diâmetro apresentaram axila histologicamente negativa, independentemente do estadiamento clínico da mesma. Seriam esses casos que nos dariam a possibilidade de conservar o conteúdo

axilar no tratamento cirúrgico do câncer mamário. Por outro lado, essas axilas não nos dariam nenhuma informação prognóstica nem nos forneceriam dados para a indicação ou não de uma terapia adjuvante. Além do que, é impossível sabermos com antecedência o verdadeiro estado histológico de uma axila sem antes abordá-la cirurgicamente de uma forma radical ou conservadora. Daí, o grande auxílio que nos é fornecido hoje pelo estudo do linfonodo sentinela, indicando ou não o esvaziamento axilar, principalmente, naqueles casos de tumores iniciais da mama.

Em nosso ponto de vista, nenhum caso de câncer mamário invasivo deve ficar sem a avaliação do estado da axila, seja através da linfadenectomia, da amostragem ou da pesquisa do linfonodo sentinela. Muitos outros fatores poderão nos auxiliar quanto à possibilidade de limitar o esvaziamento axilar. Assim, no próprio estadiamento da moléstia, podemos observar que os casos com axila N0 apresentam menor incidência de metástases que aqueles casos N1a ou N1b.

Entre 273 casos de tumores mamários estudados pelo autor e classificados como T1c, a axila estava positiva histologicamente em 25% dos casos N0, em 32,2% dos casos N1a e em 88,3% dos casos N1b. Da mesma maneira, entre 435 casos de tumores classificados como T2, a axila estava comprometida em 38,8% dos casos N0, em 42,6% dos casos N1a e em 75,3% dos casos N1b. Daí, a importância de voltarmos a classificar novamente a axila em N0, N1a e N1b (Classificação TNM-UICC anterior a 1988: N0 = ausência de linfonodos axilares clinicamente palpáveis; N1a = linfonodos axilares palpáveis clinicamente negativos; N1b = linfonodos axilares móveis clinicamente comprometidos). Mas outros fatores além do tamanho do tumor e da avaliação axilar deverão nos orientar futuramente na indicação da linfadenectomia: idade da paciente, grau de diferenciação celular, invasão angiolinfática

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 1, p. 68-69, 2003

* Professor Titular do Depto. de Cirurgia da Disciplina de Ginecologia - CCMB/PUC-SP.

peri-tumoral presente, a dosagem dos receptores hormonais, a ploidia celular e mesmo a resposta à quimioterapia neo-adjuvante.

Permanece ainda a pergunta: o esvaziamento axilar poderá ser evitado? Segundo vários autores, em alguns casos “sim” - no carcinoma ductal *in situ* não extenso, em pequenas áreas de micro-invasão (T1mic) e T1a e nos carcinomas tubulares puros menores que 1,0 cm de diâmetro.

Entre nossos casos no estágio clínico I, não observamos comprometimento do nível III e do grupo interpeitoral de Rotter mesmo quando os níveis I e II estavam histologicamente positivos. Entre 97 casos de carcinomas mamários no estágio clínico I (T1 N0 N1a), onde realizamos a linfadenectomia axilar completa com 30% de falso-negativos (29 casos), os linfonodos metastáticos estavam presentes apenas nos níveis I e II de drenagem, sem a presença de *skip* metástases.

Baseado nesses achados, acreditamos que a remoção dos linfonodos localizados nos níveis I e II de drenagem é o procedimento ideal para se tratar a axila no estágio I da doença, o que permite realizar um estadiamento cirúrgico adequado e obter um excelente controle local da moléstia sem necessidade de radioterapia pós-operatória sobre a axila.

Quando durante o ato cirúrgico são identificados linfonodos suspeitos, a retirada do nível III e, muitas vezes, do grupo interpeitoral de Rotter se faz necessário. Mesmo assim, é extremamente importante uma nova reavaliação dos casos de tumores classificados como T0, T1mic, T1a, T1b e T1c, através das informações obtidas pelo exame do linfonodo sentinela, o que poderá limitar ainda mais nossa abordagem sobre a axila (esvaziamento apenas do nível I ou “amostragem” axilar) ou mesmo contra-indicar o esvaziamento axilar.

As opiniões expressas nesta sessão representam o ponto de vista de seu Autor e não, necessariamente, o da Revista.