

LINFADENECTOMIA AXILAR NO CÂNCER DE MAMA E A IMPORTÂNCIA DO LINFONODO SENTINELA

AXILLARY LYMPHADENECTOMY IN BREAST CANCER AND THE IMPORTANCE OF SENTINEL NODE

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 no 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, para avaliar a indicação ou não da terapia adjuvante pós-operatória (químio ou hormonioterapia), além de representar um importante fator 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 o estadiamento clínico (TNM-N) e histopatológico da axila. Assim, existe grande controvérsia em estabelecer quais os casos onde este esvaziamento deve ser mais radical ou mais conservador e, muitas vezes, ser até mesmo evitado.

Sabemos muito bem as complicações imediatas e tardias causadas pela linfadenectomia axilar, que poderiam ser contornadas se a mesma não fosse realizada. Mas o risco de deixarmos um tumor residual (metástase) nesta região não nos permite até agora abandonar completamente esta técnica de abordagem terapêutica.

O esvaziamento axilar sempre deverá ser indicado nas axilas clinicamente metastáticas (N1b ou N2a), independente do tamanho do tumor primário, devido à alta taxa de comprometimento histológico verificado: tumores T0 N1b apresentaram 83,3% de positividade histológica; tumores T1b N1b com 100% de positividade; tumores T1c N1b com 79,0% de positividade e tumores T2 N1b com 81,9% de positividade axilar entre os nossos casos.

Da mesma maneira, 64% dos casos com tumores medindo até 2 centímetros de diâmetro e 42,3% dos casos com tumores entre 2 a 5 centímetros de diâmetro, apresentaram axila histologicamente negativa, independentemente do estadiamento clínico da mesma. Seriam esses casos que nos dariam a possibilidade de conservar a axila 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. 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, com axila clinicamente negativa.

Ao nosso ver, nenhum caso de câncer mamário invasivo deve ficar sem a avaliação do estado da axila, seja através da linfadenectomia, da amostragem axilar ou da pesquisa do linfonodo sentinela. Muitos outros fatores poderão nos auxiliar quanto à possibilidade de limitar o esvaziamento da axila. 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.

Em nossos estudos, observamos que entre 471 casos de tumores classificados como T1c, a axila estava positiva histologicamente em 25,7% dos casos N0, em 30,3% dos casos N1a e em 79,0% dos casos N1b.

Da mesma maneira, entre 653 casos de tumores classificados como T2, a axila estava comprometida em 34,5% dos casos N0, em 42,2% dos casos N1a e em 81,9% dos casos N1b. Daí a importância de voltarmos a classificar a axila em N0, N1a e N1b. Mas outros fatores, além do tamanho do tumor primário e da avaliação axilar, deverão nos orientar na indicação da linfadenectomia: idade da paciente, grau de diferenciação celular, invasão angiolinfática peritumoral presente, a dosagem dos receptores hormonais, a ploidia celular e mesmo a resposta à quimioterapia neoadjuvante. Por esse motivo, torna-se cada vez mais importante a avaliação clínica da axila por mastologista experiente para não se cometer erros no estadiamento clínico, levando-se a uma indicação inadequada da abordagem axilar.

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 microinvasão (T1 mic), T1a em pacientes idosas 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-negativo axilar (29 casos), os linfonodos metastáticos estavam presentes apenas nos níveis I e II de drenagem, sem a presença de "skip" metástases. O mesmo não foi observado no estágio clínico II com nível I positivo, onde o risco de metástases nos níveis superiores (II, III e Rotter) foi de respectivamente: 31,4%, 22,5% e 28,4%.

Baseados 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 clínico I da moléstia, quando a linfadenectomia está indicada (por exemplo, com linfonodo sentinela histologicamente positivo).

O mesmo não é considerado no estágio clínico II com nível I histologicamente comprometido, onde é indicado o esvaziamento de todos os níveis de drenagem, já que o risco de comprometimento não é desprezível; a mesma linfadenectomia completa está indicada nos casos de axila clinicamente metastática (N1b ou N2a), independente do tamanho do tumor primário da mama.

Através de informações obtidas pelo estudo do Linfonodo Sentinela será possível limitar nossa abordagem sobre a axila

(realizando o esvaziamento apenas do nível I ou a “amostragem” axilar) ou mesmo contra-indicar a linfadenectomia axilar.



Unimed 35 anos.
Isso tudo, foi você quem fez.

ANS - nº 34829-5
Médico Responsável:
Dr. Willy Harold G. Figueira - CRM 61.108

Integra

Em 4 de junho de 1971, um sonho uniu a medicina e começou a sair do papel. Hoje, 35 anos depois, a realidade construída por mais de 700 médicos foi muito além do que se imaginou. Uma realização que se tornou referência em tecnologia, qualidade, carinho e responsabilidade. 35 anos Unimed Sorocaba. Isso tudo, foi você quem fez.

www.unimedSOROCABA.com.br

35 ANOS
Unimed SOROCABA