

Ginecologia

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DA MASTOPLASTIA REDUTORA NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER OCULTO E NA REDUÇÃO DE RISCO PARA CÂNCER DE MAMA FUTURO

Até a década de 90, os estudos sobre mastoplastia só abordavam as repercussões estéticas do procedimento. A partir de então, a literatura tem mostrado interessantes estudos observacionais^{1,2,3} que avaliaram seu impacto sobre o diagnóstico e prevenção do câncer de mama.

Comentário

Baasch et al¹. foram pioneiros ao se preocuparem com o tema; assim, ao avaliarem na Dinamarca 1240 mulheres submetidas a mastoplastia, notaram proteção quanto ao risco câncer de mama (RR:0,6, com intervalo de confiança de 95%, 0,42-0,86).

Brinton et al²., por sua vez, constataram outro achado interessante, qual seja, a relação entre o volume mamário ressecado e a intensidade da queda no risco para o câncer (reduções superiores a 800g promoviam maior redução de risco). Todavia, outros autores, como Boice et al³. observaram que a eficácia só ocorria em mulheres submetidas a mastoplastia após os 50 anos, e naquelas com idade inferior a 40 anos o risco relativo era semelhante à população-controle.

Outro aspecto importante analisado foi o impacto da mastoplastia em mulheres com câncer de mama prévio, em face do significativo risco oncológico na mama contralateral; de fato, alguns estudos relatam incidência entre 1% a 12%, sendo que o risco é muito maior nas jovens.

Nesse sentido, Ricci et al⁴. avaliaram 249 mulheres com câncer de mama submetidas à reconstrução mamária; constataram que naquelas submetidas à mastoplastia contralateral o diagnóstico de carcinoma invasivo foi de 1,8% e o in situ de 2,6%.

No seguimento em longo prazo, as submetidas a mastoplastia da mama contralateral apresentaram incidência de 1,8% de câncer, contra 6,7% do grupo não submetido ao procedimento cirúrgico; entretanto, apesar do maior número de casos de câncer ter sido notado neste último grupo, a análise estatística não demonstrou significância ($p = 0,094$).

Do exposto fica evidente que a redução do volume mamário associa-se a um menor risco para o câncer de mama, pois a retirada de tecido glandular resultará num menor número de células susceptíveis aos fatores promotores para o câncer.

Entretanto, estudos adicionais controlados são necessários para avaliar o impacto da mastoplastia em pacientes com alto

risco para câncer de mama, como as com antecedentes familiares, mutação dos genes BRCA-1 e 2 e lesões proliferativas atípicas.

ALEXANDRE MENDONÇA MUNHOZ

CLÁUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI

JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. Baasch M, Nielsen SF, Engholm G, Lund K. Breast cancer incidence subsequent to surgical reduction of the female breast. Br J Cancer 1996; 73:961.
2. Brinton LA, Persson I, Boice JD, McLaughlin JK, Fraumeni JF Jr. Breast cancer risk in relation to amount of tissue removed during breast reduction operations in Sweden. Cancer 2001;91:478, 2001.
3. Boice, J. D., Persson, I., Brinton, L., et al. Breast cancer following breast reduction surgery in Sweden. Plast. Reconstr. Surg. 106: 755, 2000.
4. Ricci, M.D. Impacto da mamoplastia redutora contralateral em pacientes com câncer de mama, na detecção de carcinoma oculto sincrônico e diminuição no risco de carcinoma metacrônico (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004. 131p.

Medicina Baseada em Evidências

DIVULGAÇÃO DA INFORMAÇÃO CIENTÍFICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E CENTRADA NO PACIENTE

Em 29 de dezembro de 2005 o jornal britânico *The Times* publicou uma crítica às autoridades de saúde da Inglaterra (NICE), quanto ao atraso na liberação para uso de novas tecnologias (inibidores da aromatase de 3ª geração), no tratamento do câncer de mama. Argumentam que o sistema de saúde escocês não faz as mesmas restrições, que mulheres com câncer de mama (32.000 novos casos/ano) irão morrer aguardando as decisões do NICE e lança mão de declarações de especialistas a favor da prescrição dessas drogas. No contraponto, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) explica que não há restrição à prescrição dessas medicações no país, em detrimento de não haver guias clínicas regulando o uso, e que as organizações locais do *National Health System* (NHS) devem avaliar os dados científicos disponíveis, antes de tomar qualquer decisão¹.

A reportagem se sustenta, ainda, no Ensaio Clínico BIG, em andamento, o qual compara o tratamento, com tamoxifeno ou inibidor da aromatase, de 8010 mulheres menopausadas, portadoras de câncer de mama invasivo, hormônio-dependente. Apesar de o protocolo estabelecer seguimento de cinco anos, foi divulgado resultado de análise interina, após seguimento médio de 25,8 meses².

Entre os benefícios relatados, nessa análise, encontram-se aqueles relativos à sobrevida livre de doença (tempo a partir da randomização até a ocorrência de um dos seguintes eventos: recorrência local, regional ou à distância; câncer na mama contralateral; câncer diferente de mama ou morte sem um evento de câncer prévio). O hazard ratio estimado desses eventos foi de 0,81 (IC: 0,7 – 0,93; $p=0,003$), induzindo ao conceito de benefício de 19%.