

# Análise dos Resultados Estéticos da Cirurgia Conservadora para Câncer de Mama

Analysis of Esthetic Results of Breast-conserving Treatment for Breast Cancer

Luciano Antonio Ribeiro Spina, Heitor Ricardo Cosiski Marana, Jurandyr Moreira de Andrade, Hélio Angotti Carrara, Ângelo do Carmo da Silva Mathes, Sérgio Bighetti

## RESUMO

*Objetivos: avaliar os resultados estéticos e a satisfação pessoal das pacientes operadas por cirurgia conservadora para câncer de mama. Foram incluídas 44 pacientes portadoras de câncer de mama, diagnosticado no Ambulatório de Mastologia do HCFMRP-USP, no período de janeiro/90 a dezembro/94 e que preenchem os critérios de inclusão conforme protocolo previamente estabelecido. O estudo consistiu da análise dos resultados estéticos após o tratamento conservador para o câncer de mama e análise do grau de satisfação da paciente, confrontando a morfometria do parênquima mamário restante com a mama normal. Estes resultados foram obtidos por meio de 5 (cinco) parâmetros previamente estabelecidos utilizando o escore de avaliação estética proposto por Westreich<sup>1</sup>.*

*Pacientes e Métodos: das 44 pacientes estudadas, 10 pacientes foram submetidas a quimioterapia (QT) neoadjuvante por apresentarem tumores localmente avançados e 2 outras pacientes por relação tumor/mama desfavorável para cirurgia conservadora. O tempo de seguimento médio foi de 65 meses. Todas as 27 pacientes em seguimento ambulatorial receberam uma carta-convocação voluntária, porém 7 pacientes não responderam à convocação. Para as 20 pacientes que compareceram um questionário de avaliação foi aplicado seguido da mensuração das mamas. Neste grupo 15 pacientes foram submetidas a cirurgia com incisão separada e outras 5 com incisão única.*

*Resultados: a morfometria classificou os resultados como excelentes em 17 casos (85%), como bons em dois casos (10%) e apenas um caso (5%) como ruim, o que é comparável aos resultados encontrados pela avaliação subjetiva das próprias pacientes. Isoladamente, tanto a medida "A" (distância do manúbrio do esterno até o mamilo) como a medida "B" (distância da articulação cranial do apêndice xifóide até o mamilo) apresentaram-se com poder discriminativo maior que as medidas utilizadas em conjunto, pois com essas medidas os casos classificados como ruins pelas pacientes também teriam sido classificados como ruins por estes mesmos critérios isoladamente (A e/ou B).*

*Conclusão: houve diferença significativa entre a qualidade do resultado estético quanto à forma do tratamento cirúrgico com incisão única ou separada, sendo que a incisão separada para o tratamento conservador propicia resultados superiores. Ocorreu uma grande concordância entre a classificação feita pela paciente e pela morfometria por nós utilizada.*

**PALAVRA-CHAVE:** *Mama: câncer. Câncer: diagnóstico e tratamento. Radioterapia. Quimioterapia.*

Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.  
Correspondência:

Luciano Antonio Ribeiro Spina  
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar  
14049-900 - Ribeirão Preto - SP  
Fone: (16) 633-0216 - Fax (16) 633-0946

## Introdução

As pacientes portadoras de câncer de mama foram tratadas durante décadas pela mastectomia radical clássica, através da retirada da mama, de

ambos os músculos peitorais e da dissecação dos linfonodos axilares. A sua finalidade seria controlar a doença local e a disseminação linfática do processo neoplásico<sup>2</sup>.

A adoção de técnicas cirúrgicas conservadoras, com um bom resultado estético e valor curativo equivalente à mastectomia radical, abriu novas perspectivas no seguimento das pacientes portadoras de câncer mamário<sup>3</sup>.

O tratamento conservador baseia-se na excisão do tumor com margens de segurança mais amplas (quadrantectomia) ou mais limitada (tumorectomia), linfadectomia axilar e radioterapia para o parênquima restante. Os resultados em relação à sobrevida são similares quando se comparam os tratamentos radical e conservador, porém com grande vantagem em termos estéticos e psicológicos para este último grupo<sup>4-6</sup>.

Para a indicação do tratamento cirúrgico conservador do câncer da mama alguns princípios devem ser observados, principalmente a relação favorável entre o volume da mama e o tamanho do tumor, o que significa risco reduzido de recidiva local. Outros fatores importantes são o desejo da paciente e a possibilidade de se conseguirem bons resultados estéticos. Assim, o sucesso do tratamento conservador depende primariamente da correta seleção das pacientes a fim de se reduzir ao máximo o risco de recidivas locais<sup>7</sup>, que podem ter algum impacto sobre a sobrevida destas pacientes, pois funcionam como um marcador de doença local em atividade<sup>8</sup>. Nas pacientes com câncer de mama nos estadios I e II, a taxa de recidiva local varia entre 0,3<sup>9</sup> a 9%<sup>10</sup>, após cinco anos do tratamento conservador e da radioterapia complementar.

A idéia de um tratamento conservador efetivo está vinculada a uma abordagem cirúrgica local mais agressiva, com o intuito de diminuir a probabilidade de recidivas. Assim, mesmo se tratando de cirurgias conservadoras, muitas são as formas de tratamento local, podendo variar de uma simples nodulectomia, passando pela setorectomia (segmentectomia) até realização de uma quadrantectomia. Esta diversidade na abordagem local, associada à utilização de incisões únicas ou separadas para a dissecação axilar e à remoção da fáscia profunda da mama sobre o músculo peitoral, pode proporcionar resultados estéticos diferentes.

O uso do tratamento conservador só se justifica quando o resultado for satisfatório para a paciente do ponto de vista estético. Poucos trabalhos abordam este tema<sup>11</sup> e a abordagem sempre se faz em relação à satisfação subjetiva da paciente<sup>6</sup>.

A avaliação estética com critérios objetivos

não encontra precedentes na literatura. Desta forma, o objetivo deste estudo foi desenvolver e aplicar um conjunto de mensurações que permitissem a avaliação do resultado da cirurgia estética do ponto de vista da forma, simetria e tamanho da mama operada. Também investigamos se a aceitação do resultado final pela paciente se correlacionava aos resultados numéricos obtidos.

## Pacientes e Métodos

Foram analisados retrospectivamente os prontuários de 130 pacientes com câncer de mama tratadas no Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1994.

Estas pacientes foram selecionadas por meio de um protocolo de seleção para cirurgia conservadora de acordo com o qual só seriam incluídas nesta modalidade de tratamento as que apresentassem tumor com diâmetro máximo de 4 cm e uma relação favorável entre volume mamário e o tamanho tumoral.

Pacientes com lesões localizadas em região subareolar ou que apresentassem lesões com caráter inflamatório, lesões associadas à gravidez ou, ainda, se recusassem o tratamento conservador foram excluídas deste estudo.

Após a aplicação dos critérios de seleção, 44 pacientes foram incluídas no grupo de cirurgia conservadora. Estas pacientes foram submetidas a anamnese e exame físico detalhados, seguido por exames subsidiários como mamografia, punção biópsia por agulha fina (PBA) e biópsia incisional. O estadiamento foi realizado conforme classificação TNM, adotada pela União Internacional Contra o Câncer<sup>11</sup> (UICC) e pela “American Joint Committee on Cancer”<sup>12</sup> (AJCC).

Deste grupo, 10 pacientes foram submetidas à quimioterapia (QT) neoadjuvante com FEC (5-fluoracil - 600 mg/m<sup>2</sup>; epirrubicina - 50 mg/m<sup>2</sup>; ciclofosfamida - 600 mg/m<sup>2</sup>) por apresentarem tumores não elegíveis para a cirurgia como tratamento inicial. Outras 2 pacientes no estadio IIa também foram submetidas a QT neoadjuvante pois as mesmas tinham a relação tumor/mama desfavorável para a cirurgia conservadora.

O tratamento cirúrgico conservador constituiu-se na exérese do tumor com margem de segurança confirmada pela análise intra-operatória e esvaziamento axilar completo. A cirurgia era seguida de radioterapia adjuvante do parênquima restante da mama, realizada por meio de acelerador linear com sessões diárias fracionadas em 200

cGy, totalizando dose de 4000 cGy. A complementação no leito tumoral ("boost") era feita com doses fracionadas de 200 cGy, num total de 1000 cGy. A quimioterapia adjuvante constou de 6 ciclos de CMF (ciclofosfamida – 600 mg/m<sup>2</sup>; metotrexato – 50 mg/m<sup>2</sup>; 5-fluoracil - 600 mg/m<sup>2</sup>) a cada 3 semanas para as pacientes no menacme e perimenopausa (28 pacientes). Nas pacientes com mais de 5 anos de menopausa (13 pacientes) foi preconizado o uso de hormonioterapia com tamoxifeno (20 mg/d) por 5 anos. As pacientes com mais de 3 linfonodos comprometidos na axila foram submetidas à radioterapia na região da fossa supra-clavicular (16 pacientes).

O tempo de seguimento médio foi de 65 meses, variando de 49 a 96 meses. Neste período ocorreram 9 óbitos decorrentes de neoplasia mamária; 4 pacientes faleceram por patologias não-relacionadas à mama; 2 pacientes abandonaram o tratamento e, finalmente, 2 pacientes optaram por terminar o tratamento em outros serviços. As outras 27 pacientes estão em seguimento ambulatorial regular.

No seguimento clínico destas pacientes foram empregados exames de imagem, tais como: mamografia, ultra-sonografia abdominal (com ênfase na região hepática), radiografia de tórax em duas incidências e  $\gamma$ -cintilografia óssea. Outros exames complementares foram realizados conforme a queixa da paciente no momento da consulta.

Em relação ao diagnóstico das recorrências, estas deviam ser suspeitadas através da queixa e exame físico das pacientes e confirmadas por exames de rastreamento. Para a avaliação das recorrências foram analisados fatores de risco como idade, *status* hormonal, tamanho do tumor, comprometimento linfático axilar, número de linfonodos dissecados em cada nível, comprometimento da margem, estadiamento clínico (TNM), tipo histológico e uso de quimioterapia neoadjuvante/adjuvante, hormonioterapia e radioterapia.

As recidivas ósseas foram tratadas com radioterapia local quando afetavam o esqueleto axial (coluna, bacia e fêmur) associada a hormonioterapia ou analgésicos, e bisfosfonatos. As metástases viscerais foram tratadas basicamente com quimioterapia (QT) enquanto se obtinha resposta mensurável e qualidade de vida aceitável.

Todas as 27 pacientes em seguimento ambulatorial receberam uma carta-convocação, porém 7 destas pacientes (25%) não responderam à convocação. As pacientes avaliadas foram submetidas a um questionário estruturado seguido da mensuração morfométrica das mamas e de um exame físico de rotina.

No período de julho a setembro de 1998 estas 20 pacientes que atenderam à convocação e

que estão em seguimento ambulatorial regular foram submetidas a uma avaliação morfológica da mama. Esta avaliação foi realizada por meio de medidas que permitissem a avaliação da simetria e dos contornos mamários descritos abaixo:

A medida "A" é a distância entre o manúbrio do esterno e o mamilo; a medida "B" é a linha que une a articulação cranial do apêndice xifóide até o mamilo; a medida "C" inicia-se no sulco intermamário estendendo-se até o mamilo; a medida "D" tem início na linha hemi-axilar e vai até o mamilo e a medida "E" (linha XYW) começa na linha hemi-axilar terminando no sulco intermamário (Figura 1).

Na ocasião do exame foi aplicado um questionário que incluía uma avaliação do resultado final, feita pela própria paciente em termos de satisfação pessoal, classificando-o nas categorias: ruim, bom ou excelente.

Consideramos como padrão a média das mesmas medidas obtidas com a morfometria da mama do lado não-operado, para simular as medidas ideais de uma mama normal para este grupo em estudo. Um resultado era considerado excelente quando a diferença entre estes valores não excedia a um desvio padrão. Os resultados foram classificados ainda como bons quando este valor oscilou entre 1 e 1,5 desvios padrões e ruim quando maior que 1,5 desvio padrão.

As diferenças entre as medidas "A" indicam a existência ou não de assimetria em relação ao complexo aréolo-mamilar (CAM); as medidas "B" e "C" estão relacionadas com a simetria do conjunto mamário, ao passo que as medidas "D e E" avaliam indiretamente o tamanho final das mamas. No conjunto, a presença concomitante de excelentes resultados em relação à simetria e ao tamanho das mamas foi considerada como resultado final excelente, conforme pode ser visto na Figura 2.

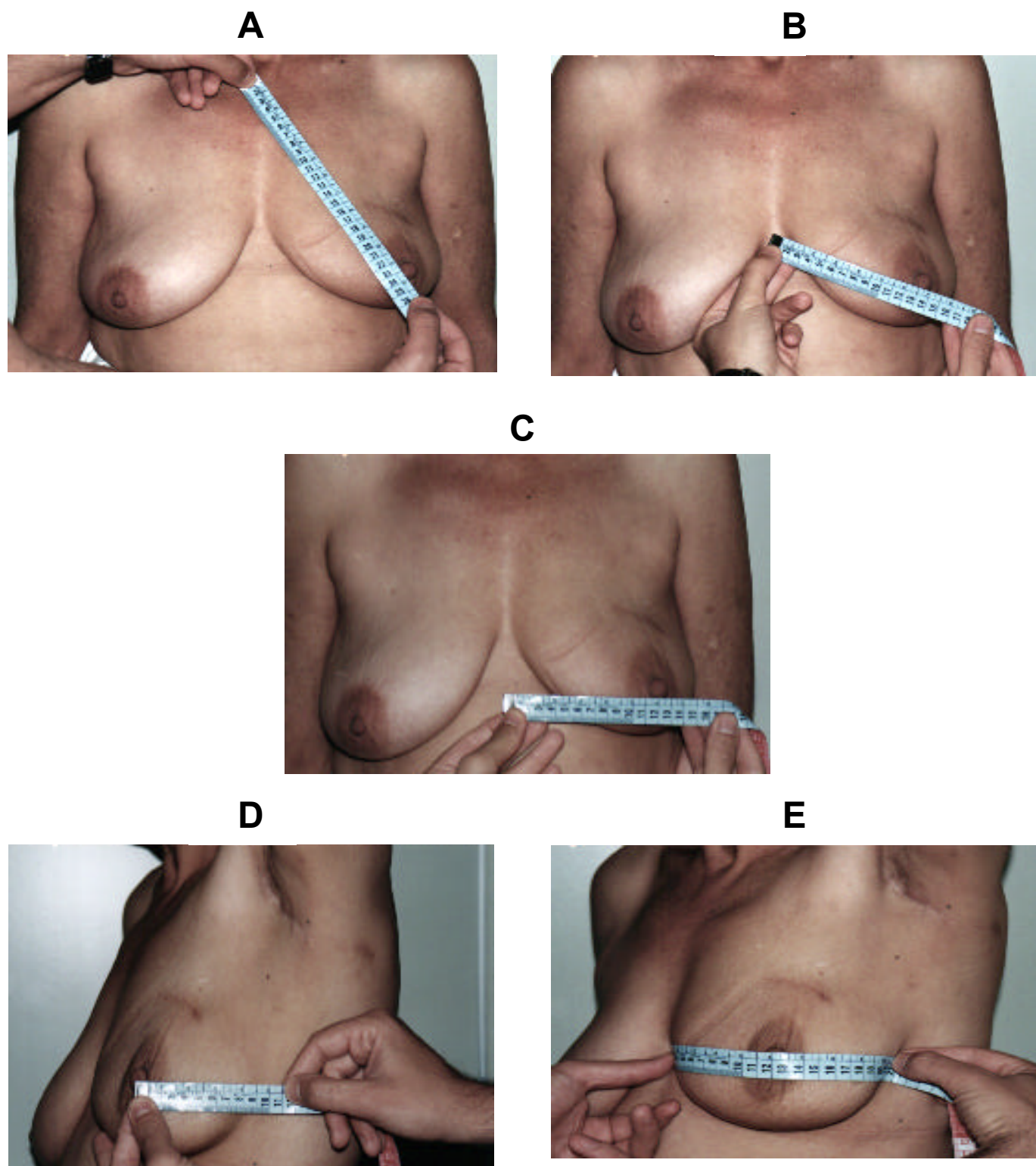
A existência de um resultado isolado classificado como bom ou ruim em relação ao complexo aréolo-mamilar (medida A), à simetria (medidas B e C) ou tamanho (medidas D e E) classificou o resultado final como sendo bom, conforme a Figura 3. As demais combinações levaram à classificação final dos casos como ruim.

## Resultados

Das 44 pacientes incluídas, 26 pacientes (41%) encontravam-se no menacme e 18 pacientes (59%) eram menopausadas. O local da mama mais freqüentemente acometido foi o quadrante superior lateral com 65% dos casos, seguido pelo

quadrante superior medial com 20% e os demais com cifras inferiores a 10%. A mama direita foi o sítio de lesão em 59% dos casos. Sete pacientes (16%) apresentaram margem profunda da peça ci-

rúrgica comprometida. Nenhuma das pacientes foi submetida a reexploração cirúrgica, mas tratadas com radioterapia adjuvante no parênquima restante associada ao reforço (“boost”) no leito operatório.



**Figura 1** - Demonstração das medidas para avaliação morfológica das mamas das pacientes submetidas a tratamento conservador. Medida A – distância entre o manúbrio do esterno até o mamilo; B – distância da articulação cranial do apêndice xifóide até o mamilo; C – distância que inicia do sulco intermamário estendendo até o mamilo; D – distância que tem início na linha hemi-axilar até o mamilo; E – (linha XYW) iniciando na linha hemi-axilar até o sulco intermamário passando pelo mamilo.





**Figura 2** - Paciente tratada com cirurgia conservadora com resultado final considerado excelente de acordo com os critérios de morfometria aplicados. A avaliação subjetiva da paciente coincidiu com os critérios. (Caso N° 02) - Paciente com tumor mamário com diâmetro de 4 cm, localizado no QSE, tratada conservadoramente com incisões separadas.



**Figura 3** - Paciente tratada com cirurgia conservadora com resultado final classificado como bom pelos critérios apresentados quanto a morfometria. A avaliação subjetiva da paciente foi excelente. (Caso N° 16) - Paciente com nódulo de 2,5 cm de diâmetro, localizado no QSI, tratada com incisões separadas. Note uma discreta diminuição do tamanho mamário devido à radioterapia adjuvante e discreto desvio do complexo aréolo-mamilar (CAM).

Em relação ao estadiamento das pacientes estudadas, na Tabela 1 podemos observar as características do grupo estudado com associação do estadiamento clínico, sua distribuição percentual e correlação com a classificação TNM<sup>11</sup>. Ressaltamos que aproximadamente um terço destas pacientes tinham inicialmente tumores localmente avançados para os quais foi realizada a quimioterapia neoadjuvante com boa resposta local permitindo a cirurgia conservadora.

Quanto aos tipos histológicos, ocorreram 39 casos de carcinoma ductal infiltrante, sendo 1 caso de cada subtipo: medular e lobular, além de três com carcinoma intraductal. Nestes 5 casos os tumores eram bem diferenciados, assim como outros 2 casos do tipo ductal infiltrante (15,9%). Outros 5 casos (11,4%) foram classificados como pouco diferenciados e 23 casos (52,3%), moderadamente diferenciados. Nove casos não foram classificados quanto ao grau de diferenciação (20,4%).

**Tabela 1** - Estadiamento clínico TNM em 44 pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico conservador.

T N M	n (%)	Estádio Clínico
Tis	03 (6,9)	0
T1N0M0	11 (25)	I
T1N1M0	03 (07)	
T2N0M0	13 (29,4)	IIa
TXN0M0	02 (4,6)	
T2N1M0	05 (11)	IIb*
T3N0M0	01 (2,3)	
T2N2M0	02 (4,6)	IIIa*
T4N0M0	02 (4,6)	IIIb*
T4N1M0	02 (4,6)	
TOTAL	44 (100)	

\* Pacientes que foram submetidas a quimioterapia neoadjuvante, além de outras duas do grupo de estágio IIa, que apresentaram relação tamanho tumoral entre volume da mama desfavorável para cirurgia conservadora como tratamento inicial.

Em relação ao tipo de abordagem cirúrgica, 33 pacientes (75%) foram tratadas com incisões separadas para a nodulectomia e dissecação axilar (incisões mamária e axilar, respectivamente) e 11 pacientes (25%) com incisão única. A avaliação do comprometimento axilar foi demonstrada por meio da média do número de linfonodos dissecados: 5; 4,2 e 4,5, respectivamente dos níveis I, II e III, sendo a média geral para todo o grupo das pacientes de 15,1 linfonodos/paciente. A média de linfonodos comprometidos foi de 2,5 linfonodos/paciente. O nível I foi o mais acometido, com um total de 48 linfonodos representando 43,63% dos linfonodos comprometidos.

No período de seguimento pós-tratamento ocorreram recidivas locais em dois casos (9,3%), ambos de pacientes pré-menopausadas e em uma delas a margem cirúrgica era comprometida. O tratamento das recidivas foi realizado com ressecção cirúrgica. Oito pacientes (18%) apresentaram metástases ósseas, das quais uma faleceu

em razão de infarto agudo do miocárdio (IAM). Os casos que apresentaram recidivas viscerais totalizaram 8 casos (18%) e todas faleceram.

O resultado da morfometria das mamas pode ser visto na Tabela 2 que demonstra os quatro casos em que houve discrepância entre os resultados estéticos objetivos e subjetivos e também o único caso em que ambos os resultados foram classificados como ruins.

A avaliação subjetiva do resultado estético das cirurgias conservadoras revelou que 16 pacientes (80%) avaliaram os resultados como excelentes, ao passo que 1 caso (5%) foi considerado bom e três casos (15%), ruins.

Utilizando o escore de avaliação estética proposto por Westreich<sup>1</sup>, a morfometria classificou os resultados como excelentes em 17 casos (85%), como bons em dois casos (10%) e apenas um caso (5%) como ruim, o que é comparável aos resultados encontrados pela avaliação subjetiva das próprias pacientes, conforme Tabela 2.

**Tabela 2** - Avaliação da morfometria estética mamária, as medidas A, B, C, D e E, representam a diferença da mama operada com a mama normal, medidas em centímetro e distribuição dos casos conforme os tipos de incisões, nos quais o resultado objetivo foi diferente do subjetivo ou obtivemos resultado ruim.

Casos	Tipo incisão	A	B	C	D	E	Resultado objetivo	Resultado subjetivo
5	U	10	5	10	7	15	R	R
7	U	12	6	2,5	3	7	B	R
9	S	5	2	3	5	7	B	E
11	U	9	9	7	2	7	B	R
14	S	4	5	4	0	7	B	E

A diferença das medidas dos grupos de incisão única e separadas foi estatisticamente significante ( $p \leq 0,01$ ). Na coluna do tipo de incisões: - S - separadas e U - únicas, e na colunas do resultado objetivo e subjetivo: E - excelente; B - bom e R - ruim.

## Discussão

O primeiro tratamento padronizado na literatura para o câncer de mama foi a mastectomia radical, baseado nos princípios de Halsted segundo os quais o câncer de mama era uma doença locorregional em suas fases iniciais<sup>13</sup>. Na década de 70 os trabalhos de Fisher e Slack<sup>14</sup> apresentavam o conceito de que a neoplasia de mama é uma doença sistêmica, disseminada e deveria ser tratada primariamente pela quimioterapia (QT). Desta forma, abriu-se um espaço para um tratamento local menos agressivo, com aparecimento e desenvolvimento de várias abordagens diferentes para o tratamento do câncer de mama de uma maneira mais conservadora<sup>9</sup>.

Sarrazin et al.<sup>15</sup> e Veronesi et al.<sup>16</sup>, entre outros, realizaram estudos em que compararam a mastectomia com a tumorectomia, sempre as-

sociados ao esvaziamento da axila e radioterapia para pacientes com tumores com até 2 cm de diâmetro (EC I). Os resultados não mostraram diferença quanto ao intervalo livre de doença e sobrevida global, com seguimento a longo prazo.

Posto que a cirurgia conservadora não altera a sobrevida, ganha importância a avaliação estética dos resultados obtidos com esta técnica. Neste estudo analisamos a avaliação pessoal das pacientes, a morfometria das mamas operadas e os resultados estéticos em 20 pacientes. Estes resultados demonstraram que a cirurgia conservadora foi de grande valor para a preservação da auto-imagem das pacientes, pois cerca de 91% delas estavam satisfeitas com o resultado estético, como previamente avaliado por Omne-Pontén et al.<sup>4</sup>. Em nosso estudo, ao aplicarmos alguns critérios de avaliação morfométrica estabelecidos por Westreich<sup>1</sup>, encontramos três quartos dos

casos classificados como excelentes, os demais classificados como bons e apenas um caso como ruim.

Na avaliação subjetiva feita pela paciente, tivemos três casos classificados como ruins, sendo que destes, apenas um caso foi classificado como ruim pelos critérios objetivos por nós empregados. É interessante notar que as outras duas pacientes que classificaram o resultado final como ruim eram jovens e por isso menos tolerantes na avaliação da auto-imagem. Nestes dois casos os resultados objetivos obtidos pela morfometria foram classificados como bons. O caso ruim se deveu fundamentalmente a alterações actínicas e ao uso de incisão única para tumorectomia e esvaziamento axilar, o que predispõe a retração e deformações locais<sup>17</sup>.

Ao analisarmos mais detalhadamente os resultados obtidos com as medidas de morfometria mamária, pudemos constatar que isoladamente tanto a medida "A" (manúbrio até mamilo) como a "B" (processo xifóide até ao mamilo) apresentaram-se com poder discriminativo maior que as medidas utilizadas em conjunto, pois com essas medidas os casos classificados como ruins pelas pacientes também teriam sido classificados como ruins por estes mesmos critérios isoladamente (A e/ou B).

O tratamento conservador não está indicado em vários grupos de pacientes, como: portadoras de colagenoses, pacientes grávidas ou em aleitamento (por não terem condições de complementar o tratamento com radioterapia), pela presença de tumores multicêntricos (doença multifocal macroscópica ou microcalcificações difusas na mamografia), pacientes com tumores grandes em relação ao volume da mama, lesões em quadrantes centrais com ou sem doença de Paget e câncer de mama inflamatório. Nestes casos, sabe-se que os fatores de risco aumentam as possibilidades de recidiva local<sup>18</sup>. A recidiva local é conceituada como o aparecimento do tumor em uma mama previamente tratada, antes do desenvolvimento de metástases à distância. A porcentagem de recidivas locais está em torno de 10% para as pacientes tratadas de forma conservadora<sup>19</sup>. Em nossos resultados encontramos dois casos (4,5%), sendo que neste grupo, 16 pacientes haviam sido submetidas a quimioterapia neoadjuvante por apresentarem carcinoma localmente avançado. Assim, apesar desta peculiaridade do nosso grupo de estudo, não encontramos aumento na taxa de recidivas locais, indicando ser possível o uso da quimioterapia neoadjuvante para redução do diâmetro do tumor nas cirurgias conservadoras de

mama.

O comprometimento axilar foi expressivo, totalizando 18% das pacientes avaliadas, sendo que 11% dessas pacientes tinham até 3 gânglios axilares positivos e 7% apresentavam mais de 3 gânglios positivos. Estas características enquadram o nosso grupo como sendo de alto risco para recorrência local e a distância, devido ao número de linfonodos comprometidos, tamanho do tumor e ao comprometimento das margens cirúrgicas. As recidivas viscerais e ósseas foram responsáveis por uma morbidade importante no grupo, com 8 casos cada uma. Todas as pacientes com recidivas viscerais morreram da doença no período de seguimento.

A abordagem cirúrgica para tratamento conservador pode ser feita por meio de uma ou duas incisões. Aparentemente, os melhores resultados estéticos são obtidos com incisões separadas, pois assim se evitam as retrações e o desvio do complexo aréolo-mamilar. Em nossa casuística 11 casos foram tratados com o uso de incisões únicas. Estas pacientes apresentavam tumores nos quadrantes superiores laterais. Entre estas a análise morfométrica revelou os piores resultados, incluindo-se aqui os 3 casos nas quais a avaliação subjetiva foi classificada como ruim. Na literatura que compara as incisões separadas e únicas, descreveu-se que os piores resultados são associados às incisões únicas, com a exceção de cirurgia para tumores pequenos localizados no prolongamento axilar. Em nossas pacientes a média das medidas "A" e "B" foi 9,25 cm e 5,37 cm respectivamente, sendo que para as quais utilizaram-se incisões separadas, foi de 2,62 cm e 1,46 cm para os valores "A" ( $p < 0,0001$ ) e "B" ( $p < 0,0004$ ) respectivamente. As medidas "A" e "B" isoladamente parecem ter portanto uma correlação direta na avaliação estética objetiva e subjetiva melhor do que o conjunto das medidas aplicadas por Westreich<sup>1</sup>. Este autor analisou a forma, o volume, a posição relativa da mama em relação ao tronco e à mama contralateral, o grau de ptose e a projeção mamária, porém com a preocupação de evidenciar as medidas significantes em relação à proporcionalidade entre a mama e biotipo corporal. Em nosso estudo aproveitamos alguns dos parâmetros empregados por esse autor, como: projeção da mama, distância do mamilo até o sulco intermamário e distância do manúbrio até o mamilo. Adaptamos essas medidas para nossa avaliação pós-cirurgia estética, e na literatura não encontramos nenhum estudo em que se analisa o resultado do tratamento cirúrgico conservador para câncer de

mama comparando-se com a mama contralateral com medidas objetivas.

## SUMMARY

*Purpose: to assess the esthetic results and personal satisfaction of patients submitted to conservative surgery for cancer of the breast. The study was conducted on 44 patients with breast cancer diagnosed at the Mastology Outpatient Clinic of HCFMRP-USP from January 1990 to December 1994, who fulfilled inclusion criteria according to a previously established protocol. The study consisted of analysis of the esthetic results after conservative treatment of breast cancer and analysis of the degree of patient satisfaction, with a comparison of the morphometry of the treated breast to that of the normal breast. The results were obtained on the basis of five previously established parameters using the esthetic evaluation score proposed by Westreich<sup>1</sup>.*

*Methods: of the 44 patients studied, 10 had been submitted to neoadjuvant chemotherapy (CT) because they presented locally advanced tumors, and 2 because of an unfavorable tumor/breast ratio for conservative treatment. Mean follow-up time was 65 months. All 27 patients followed-up at the outpatient clinic received a convocation letter. An evaluation questionnaire was applied to the 20 patients who came to the clinic, followed by breast measurement. Fifteen of these patients had been submitted to surgery with separate incisions and 5 to surgery with a single incision.*

*Results: according to morphometry, the results were classified as excellent in 17 cases (85%), as good in two (10%), and as poor in only one case (5%), an evaluation comparable to the subjective evaluation made by the patients themselves. Considered separately, both measurement "A" (distance from the manubrium of the sternum to the nipple) and measurement "B" (distance from the cranial articulation of the xyphoid appendix to the nipple) showed a greater discriminative power than the measurements as a whole, since with these measurements the cases classified as poor by the patients would have also been classified as poor according to these same criteria separately (A and/or B).*

*Conclusion: there was a significant difference in esthetic results between surgical treatment with a single incision or separate incisions, with the separate incision providing better results. There was high agreement between the classification made by the patients and the morphometric results obtained by us.*

**KEY WORDS:** Breast cancer. Cancer: diagnosis and treatment. Radiotherapy. Chemotherapy.

## Referências

1. Westreich M. Anthropomorphic breast measurement: Protocol and results in 50 women with aesthetically perfect breasts and clinical application. *Plastic Reconstr Surg* 1997;100: 468-79.
2. Halsted WS. The results of radical operations for the cure of carcinoma of breast. *Ann Surg* 1907; 46:1-19.
3. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M, Banfi A, Clemente C, De Lena M, et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1981;305: 6-11.
4. Omne-Pontén M, Holmberg L, Sjodén PO. Psychosocial adjustment among women with breast cancer stages I and II: Six-year follow-up of consecutive patients. *J Clin Oncol* 1994;12: 1778-82.
5. Arán MR, Zahar S, Delgado PGG, Souza CM, Cabral CPS, Viegas M. Representações de pacientes mastectomizadas sobre doenças e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45: 633-9.
6. Moyer A. Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychol* 1997; 16: 284-98.
7. Van Limbergen E, Van der Bogaert W, Van der Schueren E, Rijnders A. Tumor excision and radiotherapy as primary treatment of breast cancer analysis of patient and treatment parameters and local control. *Radiother Oncol* 1987;8: 1-9.
8. Macmillan RD, Purushotham AD, George WD. Local recurrence after breast-conserving surgery for breast cancer. *Br J Surg* 1996;83:149-55.
9. Veronesi U, Banfi A, Del Vecchio M, Saccozzi R, Clemente C, Greco M, et al. Comparison of Halsted mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in early breast cancer long-term results. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1986; 22: 1085-9.
10. Schnitt SJ, Connolly JL, Recht A, Silver B, Harris JR. Breast relapse following primary radiation therapy for early breast cancer. II. Detection, pathologic features and prognostic significance. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1985;11: 1277-84.
11. UICC. Union Internationale Contre le Cancer. Atlas TNM – Tumores de mama. Guia ilustrado para classificação de tumores malignos. 1ª ed. São Paulo: FOSP; 1993. p. 185-95.
12. American Joint Committee on Cancer (AJCC). Manual for staging of cancer. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 1992. p.149-54.



13. Halsted, WS. The results of operations for the cure of cancer the breast performed at John Hopkins Hospital. John Hopkins Hosp Bull 1894;4: 497-512.
14. Fisher B, Slack NH. Number of lymph nodes examined and prognosis of breast cancer. Surg Gynecol Obstet 1970;131: 79-88.
15. Sarrazin D, Lê M, Rouésse J, Contesso G, Petit JY, Lacour J, et al. Conservative treatment versus mastectomy in breast cancer tumors with macroscopic diameter of 20 millimeters or less: The experience of the Institut Gustave-Roussy. Cancer 1984;53: 1209-13.
16. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, Banfi A, Zucali R, Del Vecchio M, et al. Conservative treatment of early breast cancer. Long-term results of 1232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy. Ann Surg 1990;211: 250-9.
17. Freitas Júnior R, Giraldo PC, Souza GA. Tratamento cirúrgico do câncer de mama estadio I e II. Femina 1991;19: 58-62.
18. Paszternak T, Costa CRA, Villela ACO. Revisão bibliográfica do tratamento conservador do câncer de mama. Rev Bras. Cancerol 1994;40: 91-6.
19. Paszternak T, Costa CRA, Villela ACO. Estudo preliminar do estado atual das pacientes submetidas ao tratamento conservador do câncer de mama do Centro de Ginecologia Luiza Gomes de Lemos-CGLGL- INCa. Rev Bras Cancerol 1994;40: 201-5.

## **COMUNICADO AOS ASSOCIADOS E LEITORES**

# **FEBRASGO na Internet**

**Para informações e consultas temos à disposição quatro endereços eletrônicos:**

**[febrasgopresiden@uol.com.br](mailto:febrasgopresiden@uol.com.br)  
[secretaria\\_executiva@febrasgo.org.br](mailto:secretaria_executiva@febrasgo.org.br)  
[publicacoes@febrasgo.org.br](mailto:publicacoes@febrasgo.org.br)  
[tego\\_habilitacao@febrasgo.org.br](mailto:tego_habilitacao@febrasgo.org.br)**

**Home page: [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)**