

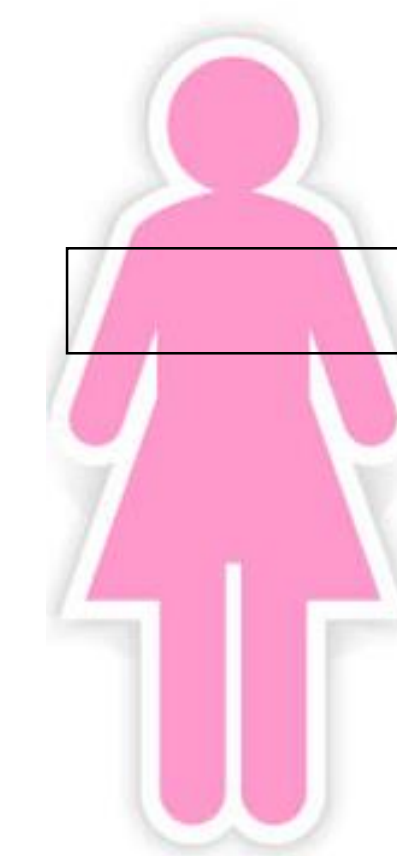
DESAFIOS EM RADIONCOLOGIA: RADIOTERAPIA ADJUVANTE NO CARCINOMA DA MAMA BILATERAL

Cláudia Sousa, A. Neto, J. Barros, M. Henriques, D. Roda, C. Miranda, G. Melo
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil – Serviço de Radioterapia

INTRODUÇÃO

O carcinoma da mama bilateral síncrono (CMBS) corresponde ao diagnóstico de carcinoma da mama bilateral num período de 0-12 meses. A sua incidência representa 3% de todos os casos de cancro da mama. A abordagem terapêutica adjuvante tem em conta o tumor com estágio mais avançado ou com as características histológicas mais agressivas. A radioterapia (RT) adjuvante corresponde à irradiação de toda a mama após cirurgia conservadora ou da parede torácica após mastectomia, com ou sem irradiação ganglionar regional. Frequentemente é um tratamento realizado por técnica 3D conformacional (3DCRT), através do uso de campos de irradiação tangenciais. No caso do CMBS, trata-se de um planeamento dosimétrico mais complexo, pela sobreposição de campos com consequente distribuição de dose heterogénea e superior irradiação dos órgãos de risco. A tomoterapia é uma técnica de radioterapia externa que permite a combinação de IMRT (RT de intensidade modulada) e IGRT (RT guiada por imagem), com irradiação helicoidal de volumes extensos, resultando numa distribuição de dose homogénea, com excelente conformação tendo em conta a produção de altos gradientes de dose, sem sobreposição e elevados índices de cobertura. O objetivo deste trabalho é comparar o planeamento dosimétrico por técnica 3DCRT e IMRT helicoidal e avaliar toxicidades agudas da RT adjuvante numa doente com CMBS tratada em tomoterapia.

CASO CLÍNICO

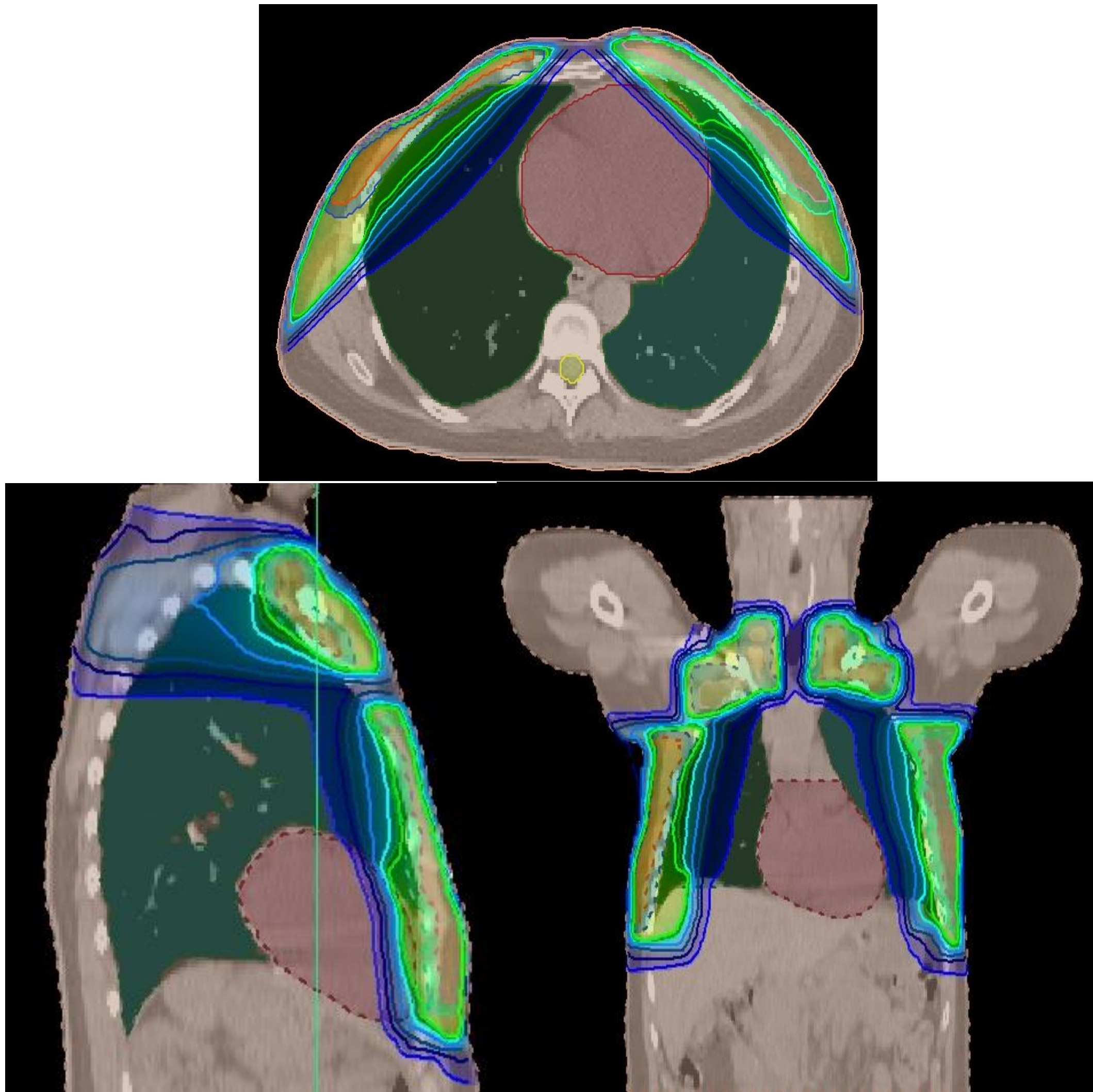


F46 anos
Mama esquerda: carcinoma lobular invasivo, G1.
➤ cT2(m)N0M0
Mama direita: carcinoma lobular invasivo, G2
➤ cT1bN0M0
CA15.3 e CEA sem alterações

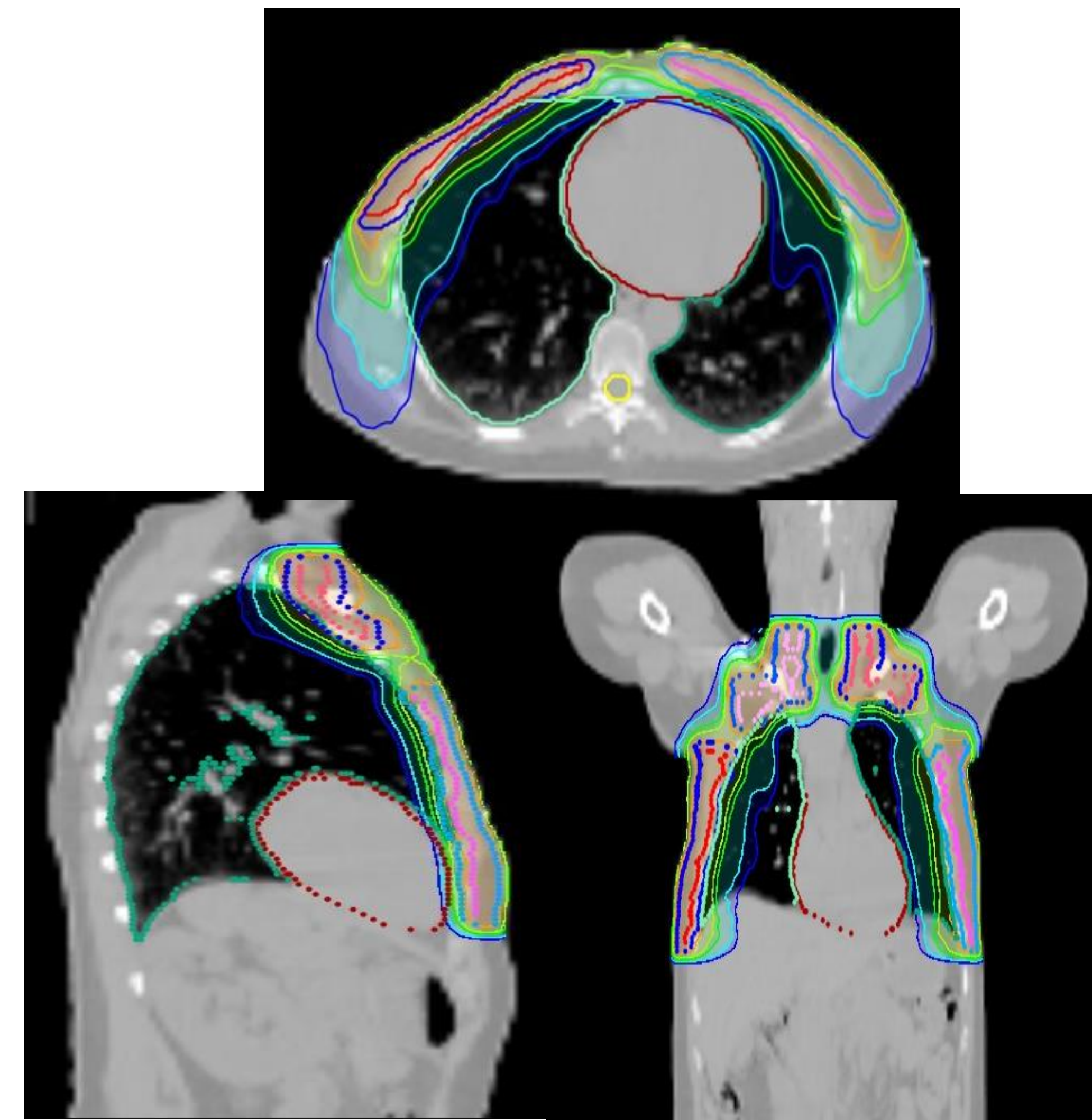
1) Mastectomia bilateral
PGS (+) → Esvaziamento axilar bilateral
➤ pT2(m)N1a
2) Quimioterapia adjuvante
3) Hormonoterapia adjuvante

4) Radioterapia adjuvante
▪ 50Gy/25frações/5semanas sobre a parede torácica bilateral e região supraclavicular bilateral

RESULTADOS



3DCRT
Pulmão esquerdo: V25Gy=25.2%, V20Gy=27,8%
Pulmão direito: V25Gy=25,8%, V20Gy=28,9%
Coração: V20Gy=5,3% , V5Gy=25,8%, Dmédia=6,2Gy
Medula Espinhal: Dmáxima=9,3Gy



IMRT
Pulmão esquerdo: V25Gy=22,9%, V20Gy=32,8%
Pulmão direito: V25Gy=25,4%, V20Gy=35,2%
Coração: V20Gy=0,9%, V5Gy=72,2%, Dmédia=6,64Gy
Medula Espinhal: Dmáxima=12Gy

CONCLUSÕES

Atendendo à extensão e complexidade técnica, a RT adjuvante no CMBS é um grande desafio. Com a análise deste caso clínico, verificamos que um tratamento personalizado passa por assegurar a técnica que melhor se adequa aos objetivos pretendidos e com a tomoterapia, é possível produzir uma boa cobertura, com excelente conformação e proteção dos órgãos de risco, apesar da maior dispersão de baixas doses pelo pulmão e coração, comparativamente ao que seria expectável com a utilização da técnica 3DCRT. Contrariamente à toxicidade aguda, um período de tempo superior é necessário para avaliação da toxicidade tardia, bem como do impacto prognóstico da doente.