

Avaliação da Perda Sanguínea em Paciente Submetida à Cirurgia Oncológica Mamária: Relato de Caso

Blood Loss Assessment in a Patient Undergoing Cancer Surgery: Case Report

Augusto César Mariano da Silva¹, Giovanna Bueno Badan², Rafael da Silva Sá^{3*}

Como citar esse artigo. da Silva, A.C.M.; Badan, G.B.; da Silva Sá, R. Avaliação da Perda Sanguínea em Paciente Submetida à Cirurgia Oncológica Mamária: Relato de Caso. Revista de Saúde 2022 Dez/Mar.; 13 (1): 78-81.

Resumo

No Brasil, estimasse um aumento constante de novos casos de câncer de mama, sendo que o carcinoma invasivo do tipo não especial (CINE) é o tipo histológico mais comum, com cerca de 85% dos casos, podendo apresentar chances de cura de 95% quando diagnosticado e tratado em estado inicial. A depender do tratamento indicado, há riscos de sangramento e necessidade de transfusão sanguínea. Neste jaez, epidemiologicamente o Brasil é considerado o terceiro país com maior número de Testemunhas de Jeová no mundo, religião que possui como crença a não aceitação da transfusão de sangue. No presente relato de caso, através da revisão de prontuários, narra-se o procedimento realizado em uma mulher, Testemunha de Jeová, de 49 anos, que apresentou câncer de mama, sendo submetida à quadrantectomia associado à biopsia de linfonodo sentinela, com volume de 25g de perda sanguínea, apresentando pós-operatório imediato e tardio sem complicações, não necessitando de transfusão sanguínea. Porém, é necessário considerar que todos os profissionais da área da saúde podem se deparar com diagnósticos semelhantes, e uma vez havendo risco de sangramento, torna-se necessário o conhecimento do dilema Cirurgião x Testemunha de Jeová, visando o respeito às normas e resoluções vigentes e oportunizando um tratamento adequado para o paciente nesta situação peculiar.

Palavras-chave: Carcinoma de Mama; Testemunha de Jeová; Transfusão de Sangue.

Abstract

In Brazil, it estimated a constant increase in new cases of breast cancer, and invasive breastfeeding of the non-special type (CINE) is the most common histological type, with about 85% of cases, and may present a 95% cure when diagnosed and treated in an initial state. Depending on the treatment indicated, there are risks of bleeding and need for blood transfusion. In this regard, epidemiologically Brazil is considered the third country with the highest number of Jehovah's Witnesses in the world, a religion that has as a belief the non-acceptance of blood transfusion. In the present case report, through the review of medical records, the procedure performed on a woman, Jehovah's Witness, 49 years old, is narrated, who had breast cancer, being submitted to quadrantectomy associated with sentinel lymph node biopsy, with a volume of 25g of blood loss, presenting immediate and late postoperative without complications, requiring no blood transfusion. However, it is necessary to consider that all health professionals may face similar diagnoses, and once there is a risk of bleeding, it is necessary to know the dilemma Surgeon x Jehovah's Witness, aiming at respecting the norms and resolutions in force and providing adequate treatment for the patient in this peculiar situation.

Keywords: Breast Carcinoma In Situ; Jehovah's Witness; Bloodless Medical and Surgical Procedures.

Introdução

A estimativa de câncer de mama no Brasil em 2020 é de 66.280 novos casos, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Todavia, tumores com diagnóstico inicial (abaixo de 2cm de diâmetro) apresentam taxas de cura de até 95%¹. O Carcinoma invasivo do tipo não especial (CINE) é o tipo histológico de câncer de mama mais comum

correspondendo a 85% dos casos. Sua disseminação após a invasão da membrana basal ocorre principalmente pelo sistema linfático. Os principais sítios de metástases são: ossos, pulmões, fígado e cérebro². O tratamento da neoplasia maligna mamária é individualizado podendo ser utilizado cirurgia, quimioterapia neoadjuvante ou adjuvante, terapia alvo, radioterapia e endocrinoterapia. A cirurgia mamária oncológica engloba mastectomia ou cirurgia conservadora, sendo que ambas possuem risco de sangramento.

Afiliação dos autores:

¹ Discente da Graduação do curso de medicina da Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE/ Faculdade de Medicina Dr. Domingos Leonardo Ceravolo, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4593-8882>.

² Discente da Graduação do curso de medicina da Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE/ Faculdade de Medicina Dr. Domingos Leonardo Ceravolo, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5546-7834>.

³ Docente do Curso de medicina da Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE/ Faculdade de Medicina Dr. Domingos Leonardo Ceravolo, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil, Mestre em Ciências de Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6166-4201>.

*Email de correspondência: rafasamed@hotmail.com

Recebido em: 30/08/2021. Aceito em: 06/12/2021.

O Brasil é o terceiro país com maior número de Testemunhas de Jeová, que acreditam que a Bíblia proíbe a ingestão de sangue. A crença é baseada em uma interpretação da escritura que difere de outras denominações cristãs. Segundo os seguidores da Lei Divina, a crença é baseada em pelos menos três trechos da Bíblia Sagrada: Em Gênesis 9:4., Deus disse a Noé: “*Somente a carne com a sua alma — seu sangue — não deveis comer.*” Deus disse a Noé que não deveis comer a carne com a sua alma e seu sangue, e para eles isso se aplica a todos os humanos, porque todos são descendentes de Noé³. Deste modo, o tratamento de sangue para os adeptos dessa religião é uma problemática que envolve diferentes paradigmas.

O objetivo do presente relato foi o de reportar a perda sanguínea de paciente Testemunha de Jeová submetida à cirurgia conservadora para tratamento locoregional do câncer de mama, além de discutir o dilema da transfusão sanguínea e a religião Testemunha de Jeová, tendo em vista que com o aumento da incidência de novos diagnósticos de câncer de mama no Brasil e no mundo, é provável que os cirurgiões se deparem com situações semelhantes, tornando-se necessário o estudo para se evitar e reduzir a necessidade de hemotransfusão e todo o imbróglio causado na relação médico-paciente durante o pré-operatório.

Metodologia

As informações que constam no presente estudo foram obtidas através de revisão de prontuário da paciente E.P.S. do Hospital Regional de Presidente Prudente-SP, através da avaliação de resultado dos exames complementares aos quais a paciente foi submetida: hemograma, mamografia, ultrassonografia, análise anatomopatológica e imunohistoquímica. O estudo foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Universidade do Oeste Paulista sob o protocolo n. 6504.

Resultados e Discussão

Paciente sexo e gênero feminino, testemunha de Jeová, 49 anos, em estado pós menopausa, portadora de artrite reumatóide, apresentou nódulo palpável endurecido e imóvel localizado na união dos quadrantes superiores da mama esquerda medindo 3cm, axila negativa, Estadiamento clínico T2N0M0 - Estádio IIA. A Mamografia e ultrassonografia, revelaram nódulo irregular e margens espiculadas, às 12h da mama esquerda medindo 30 x 24 x 24 mm, produtora de discreta sombra acústica posterior, classificadas como BI-RADS 5, sendo submetida à *core biopsy* guiado por US. O exame anatomopatológico revelou tecido

mamário apresentando neoplasia epitelial de crescimento infiltrativo, constituído por células anaplásicas, dispostas em pequenos blocos, raras vezes esboçando ductos. As células neoplásicas tem citoplasmas eosinófilos, e os núcleos são pleomórficos, hiper cromáticos, com escassas figuras de mitoses, sendo classificado como CINE grau 3. Imunohistoquímica Luminal B (Receptor Estrogênio +, Receptor Progestágeno +, HER 2 -, Ki67 30%).

A conduta cirúrgica indicada foi a quadrantectomia associada à técnica da biópsia do linfonodo sentinela (figura 1), que foi realizada no dia 12 de fevereiro de 2020 com duração de 37 minutos. No pré-operatório a

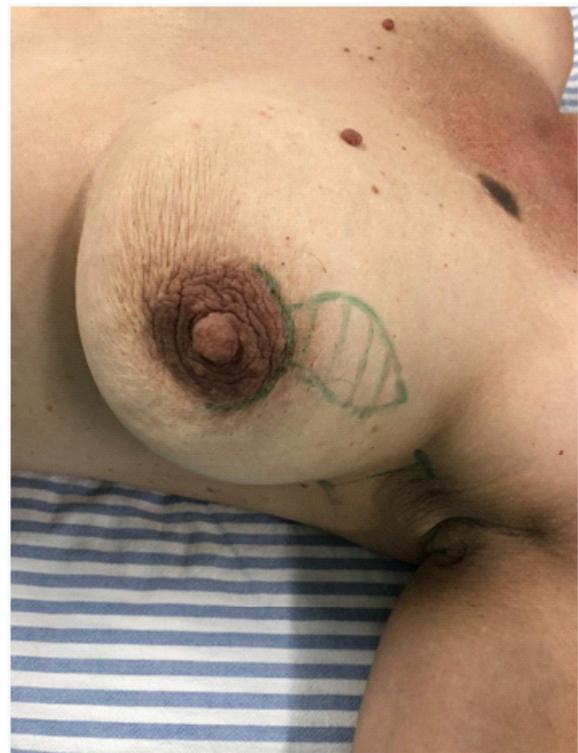


Figura 1. Marcação da incisão mamária em topografia da lesão mamária.

Fonte: Autores.

paciente apresentava concentração de Hemoglobina (Hb) de 12,7 g/dl e no primeiro dia pós-operatório manteve-se estável (13,0 g/dl). No decorrer da cirurgia foram utilizadas compressas para hemostasia previamente marcadas, que após o fim do procedimento cirúrgico aferiu o peso de 25g (descontado o pesos da compressa seca), considerado como o volume de perda sanguínea. O laudo da cirurgia mamária confirmou o carcinoma invasivo do tipo não especial, com as seguintes características: escore histológico de Nottingham grau 3, alto grau. (escore total 8, diferenciação glandular 3, pleomorfismo nuclear 3, índice mitótico

2). Carcinoma ductal “IN SITU” presente, alto grau. Presença de microcalcificação distrófica, necrose presente focal, presença de desmoplasia, presença de infiltrado inflamatório intramural. A neoplasia mediu cerca de 30mm de extensão máxima e os 2 linfonodos não apresentam metástase. Estadiamento patológico pT2pN0 - Estádio IIA (figura 2). A paciente apresentou



Figura 2. Quadrante mamário com margens de segurança (peça maior) e linfonodo sentinela (peça menor).

Fonte: Autores.

pós-operatório imediato e tardio sem complicações. Realizou adjuvância com quimioterapia 4 ciclos de Adriamicina + Ciclofosfamida e 12 ciclos de Paclitaxel e radioterapia (28 sessões + Boost - dose total 5040 cGy). No momento, encontra-se estável, em uso de tamoxifeno (endocrinoterapia).

O objetivo do relato deste caso é de reportar a perda sanguínea de paciente Testemunha de Jeová submetida à cirurgia conservadora para tratamento locoregional do câncer de mama, além de discutir o dilema da transfusão sanguínea e a religião Testemunha de Jeová. Neste caso, a paciente não teve perda sanguínea importante. Entretanto, todo procedimento cirúrgico apresenta riscos do choque hipovolêmico e a necessidade de reposição de cristaloides e coloides, entre eles o concentrado de hemácias.

A literatura das Testemunhas de Jeová ensina que a recusa de transfusões de sangue é total ou de seus quatro

componentes principais - glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas e plasma - uma posição religiosa inegociável, onde aqueles que respeitam a vida como um presente de Deus não sustentam a vida tomando sangue, mesmo em uma emergência. Testemunhas aprendem que o uso de frações como albumina, imunoglobulinas e preparações hemofílicas “não são absolutamente proibidas” e, ao contrário, são uma questão de escolha pessoal⁴. Em Levítico 17:14., Deus diz que não deveis de comer o sangue de qualquer tipo de carne, porque a alma de qualquer tipo de carne é o sangue, e, quem comer será decepado da vida. Embora essa lei tenha sido dada apenas à nação de Israel, para Deus, dentro da crença dos Testemunhas de Jeová, a alma, ou vida, está no sangue e pertence a Deus³. Em Atos dos Apóstolos 15:20., Deus diz para se abster do sangue. A passagem mostra que os primeiros cristãos não consumiam sangue, nem mesmo para fins medicinais, este e outros textos do novo testamento provam que a abstenção de sangue era seguida por Jesus e seus discípulos, que não foi só uma lei dada ao povo de Israel³.

Até setembro de 2019 vigorava a Resolução nº 1021/80 do Conselho Federal de Medicina, e, em sua conclusão mencionava que havendo recusa em permitir a transfusão de sangue, o médico deveria observar a seguinte conduta: Não havendo perigo de vida, o médico deveria respeitar a vontade do paciente e seus responsáveis, no entanto, havendo perigo iminente de vida, o médico deveria praticar a transfusão independentemente do consentimento do paciente⁵. Atualmente, com o advento da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.232/2019 foi possível notar um abrandamento na conduta do médico, sendo assegurado ao paciente no momento da decisão, o direito de se recusar à transfusão em tratamentos eletivos, desde que o paciente seja maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, podendo o médico oferecer outro tratamento disponível, se assim houver⁶. No entanto, em casos de risco relevante à saúde, o médico não deverá aceitar a recusa terapêutica de pacientes menores de idade e de adultos que não estejam em pleno uso das faculdades mentais, independente de representação⁶.

A partir de setembro de 2019, data do advento desta Resolução, passou a ser permitido em casos de risco relevante à saúde, através de uma interpretação a *contrário sensu*, que o médico aceite a recusa terapêutica do paciente, desde que este seja maior e capaz. Outrossim, há que se ressaltar o artigo 11 da mesma Resolução que prevê a conduta que o médico deve adotar em casos de urgência e emergência, isto é, o médico deverá adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independente da recusa terapêutica⁶. Com efeito,

o direito à recusa terapêutica do paciente deve ser respeitado pelo médico, desde que o paciente seja maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente de todos os riscos e consequências previsíveis da sua conduta de recusar, expostas pelo médico, no momento da decisão. Com exceção das situações de urgência e emergência que caracterizem iminente perigo de morte, em que o médico deverá adotar todas as medidas possíveis para preservar a vida do paciente.

Conclusão

Na cirurgia da paciente relatada não houve perdas sanguíneas significativas assim como grande parte dos procedimentos oncológicos mamários, reduzindo a necessidade da hemotransfusão e todo o estresse gerado na relação médico-paciente durante o pré-operatório. Com a elevação constante da incidência do diagnóstico de câncer de mama, é provável que todos profissionais da saúde irão se deparar com situações semelhantes. O caso é peculiar, pois pode acarretar riscos administrativos e judiciais à classe prestadora de serviço, caso a conduta tomada não seja a determinada por lei, tornando necessário o conhecimento do dilema cirurgião x Testemunha de Jeová.

Referências

1. Instituto Nacional De Câncer [homepage na internet]. Câncer de mama. 2020. [acesso em 06 mar 2020] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>.
2. Instituto Oncoguia [homepage na internet]. Câncer de mama invasivo. 2014. [acesso em 04 mar 2020] Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-mama-invasivo/1387/34/>
3. Castro FJJP. Bíblia sagrada. 215ª.ed. São Paulo: Ave Maria; 2010.
4. Be Guided, by the Living God. [homepage na internet]. The Watchtower. Jun. 2004, p.22. [acesso em 20 fev 2020] Disponível em: <https://wol.jw.org/en/wol/d/r1/lp-e/2004445>.
5. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1021, de 22 de outubro de 1980. Adota os fundamentos do parecer no processo CFM n.º 21/80, como interpretação autêntica dos dispositivos deontológicos referentes à recusa em permitir a transfusão de sangue, em casos de iminente perigo de vida. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 22 out 1980 [acesso em 07 mar 2020]; Seção 1, (parte II). Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1980/1021>.
6. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2232, de 16 de setembro de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 16 set 2019 [acesso em 07 mar 2020]; Seção I, (113-4). Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>.
7. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Recomendação nº 1, de 21 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. [recomendação na internet]. [acesso em 07 mar 2020]. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf
8. Conselho Nacional da Saúde (Brasil). Resolução nº 466 de 12 de dezembro

de 2012. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 16 jul 2018 [acesso em 07 mar 2020]; Seção I, (55). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

9. American Cancer Society [homepage na internet]. Invasive Breast Cancer (IDC/ILC). [acesso em 01 mar 2020] Disponível em: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/cancer-invasivo-del-seno.html>.

10. França GV. Direito Médico. 14 ed. Rio de Janeiro: Forense; 2017

11. França ISX, Baptista RS, Brito VRS. Dilemas éticos na hemotransfusão em Testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. Acta Paul Enferm 2008;21(3):498-503.

12. Mamounas EP, Bryant J, Lembersky B, Fehrenbacher L, Sedlacek SM, Fisher DB, et al. Paclitaxel After Doxorubicin Plus Cyclophosphamide As Adjuvant Chemotherapy for Node-Positive Breast Cancer: Results From NSABP B-28. J Clin Oncol. 2005; 23:16, 3686-3696.

13. Santana ED. Conocimiento de la ley general de salud respecto de las transfusiones sanguíneas en médicos y pacientes testigos de jehová del hospital dr. Dario Contreras de República Dominicana. Acta Bioethica. 2010;16(1), 46-50.

14. Gonçalves TC. Paradoxal relação da vida versus morte e a transfusão de sangue nas Testemunhas de Jeová. Cad Ibero-Amer Dir Sanit. 2017;6(3):177-197.