

Infecção em reconstrução mamária com expansor/prótese: incidência e correlação com fatores de risco em 120 pacientes

THADEU REZENDE RANGEL FERNANDES, ALBERTO OKADA, EDUARDO MONTAG, PATRÍCIA NORONHA DE ALMEIDA, EDUARDO GUSTAVO PIRES DE ARRUDA, MARCUS CASTRO FERREIRA

Objetivo

Demonstrar a incidência de infecções mamárias e correlacioná-las com fatores de risco em pacientes submetidas à reconstrução com expansor/prótese após mastectomia.

Método

Estudo retrospectivo de 120 pacientes submetidas à reconstrução mamária com expansor/implante mamário no ICESP, durante o período de fevereiro de 2009 a março de 2010, com acompanhamento mínimo de 1 ano. Pacientes foram submetidas à colocação de 148 expansor/implante mamários (99 expansores e 67 implantes mamários). A loja foi confeccionada em plano retromuscular total, pela dissecação dos músculos peitoral maior e serrátil anterior ou de rotação de retalho miocutâneo do músculo grande dorsal. A colocação dos expansores/implantes foi precedida de limpeza da loja com solução de antibiótico (cefazolina 1g + gentamicina 80 mg + SF 0,9% - 100 ml) e limpeza da pele com solução de clorexidina alcoólica. Os expansores foram preenchidos com solução de 5 ml de azul de metileno e 35 ml de SF. As expansões subsequentes foram realizadas de forma asséptica, em regime ambulatorial, e o volume infundido não ultrapassou 100 ml em cada sessão. Antibiótico-profilaxia foi realizada. Infecção foi definida de acordo com os critérios padronizados pelo CDC/NHSN.

Resultados

Dos 32 casos de infecção ocorridos em reconstrução imediata, 28 aconteceram após colocação de expansor e 4, após implante. Em relação à reconstrução tardia (4 casos de infecção), 1 ocorreu em expansor e 3, em implantes. Idade acima de 50 anos, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes e IMC acima de 30 tiveram relação com aumento dos casos de infecção, porém apenas os três últimos foram estatisticamente significativos. Reconstrução imediata (85,7%) e sofrimento de pele da mastectomia (25,7%) estiveram relacionados ao aumento do índice de infecção. A infecção do implante/expansor ocorreu na maioria dos procedimentos com mais de 2 horas de duração (97,2%), em 30 que necessitaram de menos de 4 dias de internação (83,3%) e em 8 cirurgias em que se usou retalho para cobertura do implante/expansor (22,2%). O uso do dreno foi feito em todos os procedimentos que evoluíram com infecção, sendo a maioria (97,1%) retirado com mais de 7 dias. A biópsia de linfonodo foi realizada em 13 (37,1%) reconstruções imediatas que evoluíram com infecção, e o esvaziamento axilar em 12 (34,3%). Quatorze pacientes (40%) receberam radioterapia no pós-operatório. Houve infecção em 3 mamas simetrizadas, sendo que 2 utilizaram implante mamário e 1 foi concomitante com a infecção da mama contralateral reconstruída. Dezesete implantes/expansores (11,5% do total colocados) necessitaram ser retirados, sendo 16

(10,8% do total) devido à infecção e 1 por extrusão secundária à deiscência de sutura, sendo assim, 44% (n=16) dos expansores/implantes infectados precisaram ser retirados, e a maioria ocorrendo em reconstrução imediata (n=15) e após reconstrução com expansor mamário (n=14). Quimioterapia foi realizada em todas as 16 pacientes que evoluíram com infecção e retirada dos implantes/expansores, sendo que dessas, 14 também tiveram radioterapia associada ao tratamento. Das pacientes que tiveram seus implantes retirados por causa da infecção, duas (12,5%) receberam quimioterapia neoadjuvante e 1 (6,3%) recebeu radioterapia antes da cirurgia. Os fatores preditivos do aumento de risco de infecção em reconstrução mamária com material aloplástico foram: reconstrução imediata (risco 2,53x maior; p=0,036); diabetes melitus (risco 5,89x maior; p=0,002); IMC acima de 30 (risco 8,56x maior; p=0,001); hipertensão arterial sistêmica (risco 2,46x maior; p=0,012) e sofrimento de pele da mastectomia (risco 4,40x maior; p 0,004).

Conclusão

As pacientes com maior risco para infecção após reconstrução mamária com material aloplástico são aquelas submetidas a reconstrução imediata, portadoras de diabetes melitus, IMC acima de 30, hipertensas e que evoluem com sofrimento de pele da mastectomia.