

Reconstrução mamária em mulheres jovens: análise de 5 anos de experiência

BRUNO PEIXOTO ESTEVES, MARCELA CAETANO CAMMAROTA, JOSÉ CARLOS DAHER, JOÃO PEDRO PONTES CAMARA FILHO, MARINA DE SOUZA BORGATTO, DHYEGO MOLINARI DI CASTRO CURADO

Objetivo

Avaliar as principais características e métodos utilizados na reconstrução mamária de mulheres jovens, considerando suas características singulares.

Método

Foi realizada uma revisão retrospectiva dos prontuários de pacientes submetidas a mastectomia, em decorrência do diagnóstico de neoplasia de mama, seguida de reconstrução mamária, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, sendo selecionados aqueles cuja reconstrução foi realizada em pacientes com até 35 anos de idade. Os dados analisados foram as características pessoais, tais como idade, presença de comorbidades, índice de massa corporal, história familiar, características tumorais, tratamento oncológico adotado, método e momento em que as reconstruções mamárias foram realizadas, e as complicações observadas. Todas as reconstruções foram realizadas pelo mesmo cirurgião. O método de reconstrução foi escolhido com base na criteriosa análise do caso pelo cirurgião plástico assistente, juntamente com a preferência pessoal da paciente. Todas as pacientes realizaram acompanhamento pós-operatório por, no mínimo, 6 meses.

Resultados

No período de 5 anos estudado, 17 pacientes foram submetidas a mastectomia seguida de reconstrução mamária. A média de idade das pacientes foi de 31,82 anos, variando de 23 anos a 35 anos. Grande parte das pacientes possuía alguma comorbidade, sendo as mais comuns o transtorno ansioso/depressivo e o sobrepeso. Sete (41,18%) pacientes

tinham história familiar de neoplasia mamária. Todas as 17 pacientes receberam diagnóstico de carcinoma ductal invasor. Na maioria dos casos, foram realizados tratamentos complementares, tais como quimioterapia e radioterapia. As 17 pacientes foram submetidas a mastectomia total na mama portadora da neoplasia, e em 3 houve opção pela mastectomia redutora de risco contralateral. Do total de 20 reconstruções, 16 foram realizadas no mesmo tempo da mastectomia (imediatas) e em 4, tardiamente. Dos 20 casos estudados, 5 foram reconstruídos com próteses, 5 com expansores, 4 com retalhos miocutâneos do músculo reto abdominal e 6 com retalhos miocutâneos do músculo grande dorsal associados a implante mamário. Foram observadas 9 complicações nesse grupo, sendo a maioria de menor importância e facilmente tratada. Houve 1 caso de necrose da pele da mastectomia, 1 caso de seroma na região da neomama e 2 ocorrências de deiscências pequenas, sendo todos tratados com procedimentos menores em consultório. Foram verificados 3 casos de contratura capsular, em que foram utilizados próteses ou expansores (todos após a realização de radioterapia adjuvante). Esses casos foram devidamente tratados com enxerto de gordura na neomama (nos casos de pequena monta) ou com capsulotomia e troca do implante mamário (no caso mais grave). Dentre as complicações de maior repercussão, foi observado 1 caso de necrose de aréola, justamente em uma das mamas em que fora realizada a mastectomia profilática.

Conclusão

Mulheres jovens submetidas a reconstrução mamária representam um

subgrupo populacional com características próprias. Este trabalho revela diferenças interessantes entre as características da doença e as estratégias de tratamento entre mulheres jovens e de idade mais avançada com neoplasia de mama. Os padrões tumorais, pessoais e as aspirações futuras diferem nesse grupo em relação à população padrão. Com base nessa imensa lista de variáveis, as possibilidades de tratamento são diversas. As mulheres jovens possuem uma constituição corporal diferente, apresentam tumores mais agressivos e maior probabilidade de serem submetidas a tratamentos complementares, como radioterapia, quimioterapia e mastectomia profilática contralateral. Quando possível, essas pacientes normalmente optam pela reconstrução mamária imediata. Em decorrência, principalmente, da escassez de áreas doadoras e de aspirações futuras (tanto maternas como profissionais e estéticas), o emprego de expansores e implantes mamários foi realizado com maior frequência nesse subgrupo de pacientes em nossa casuística. Estudos adicionais são necessários para melhor caracterizar esses padrões e fazer uma análise mais detalhada do quadro nesse subgrupo populacional. Nosso trabalho serve de base para estudos posteriores sobre o assunto. Concluímos que a individualização da paciente é a chave para o sucesso da reconstrução mamária nessa população e uma ferramenta essencial para atender às expectativas e aos anseios da paciente após a mastectomia. Cada técnica reconstrutora tem suas indicações, vantagens e limitações, que devem ser abertas e amplamente discutidas com o paciente, visando ao melhor resultado possível.