



Reconstrução mamária com retalho dermogorduroso de pedículo inferior associado ao músculo peitoral

Breast reconstruction with pedicle fat dermal layer associated pectorallis muscle flap

OGNEV MEIRELES COSAC¹
 DHYEGO MOLINARI DI CASTRO CURADO²
 MARCELA CAETANO CAMMAROTA³
 JOSÉ CARLOS DAHER⁴
 BRUNO PEIXOTO ESTEVES⁵
 JOÃO PEDRO CAMARA FILHO⁶
 CONRADO MIRANDA DE ALMEIDA⁷
 RAFAEL QUARESMA LIMA⁸

RESUMO

Introdução: A mastectomia é o tratamento padrão para todos os tipos de câncer (CA) de mama. Essa doença, com exceção dos cânceres de pele não melanoma, ocupa o primeiro lugar dos cânceres que acometem as mulheres. Muitas são as possibilidades de reconstrução para mastectomia total, envolvendo retalhos autólogos e colocação de implantes. Os avanços na utilização dessas técnicas têm sido aprimorado ao longo dos anos de forma a proporcionar excelentes resultados. O objetivo deste trabalho é a descrição da técnica de reconstrução mamária com retalho dermogorduroso de pedículo inferior associado ao músculo peitoral e análise dos resultados. **Métodos:** Foi realizada análise retrospectiva de prontuários das pacientes operadas para tratamento de câncer de mama, no período de 2008 a 2013, na clínica privada do autor. Foram selecionadas todas as pacientes que apresentavam tumores localizados nos quadrantes superiores. **Resultados:** No período analisado, 210 pacientes foram submetidas à reconstrução mamária. Destas, 17 (8,09 %) foram submetidas à reconstrução de mama pela técnica proposta. Com relação às complicações pós-operatórias, observou-se 1 caso de necrose da pele e 1 caso de assimetria. **Conclusão:** Além de tecnicamente simples e com resultados estéticos aceitáveis, o retalho proposto não acarreta em morbidade de sítio doador, recuperação prolongada, fraqueza muscular com a vantagem de, na maioria das vezes, ser realizado em um único tempo cirúrgico.

Descritores: Reconstrução de Mama; Retalhos Miocutâneos; Neoplasias da mama.

ABSTRACT

Introduction: A mastectomy is the standard treatment for all types of breast cancer (CA). This disease, with the exception of non-melanoma skin cancers, ranks first cancers that affect women. Many are the possibilities for full mastectomy reconstruction, involving autologous flaps and implant placement. Advances in the use of these techniques have been refined over the years in order to provide excellent re-

Instituição: Centro de estudos Hospital Daher
 Lago Sul – DF, Brasil.

Artigo submetido: 25/01/2014.
 Artigo aceito: 16/02/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0012

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). – Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil.
2. Membro aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.
3. Cirurgião plástico, membro titular da SBCP – Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.
4. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). – Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.
5. Membro aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.
6. Membro aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. – Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.
7. Membro aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.
8. Membro aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.

sults. The aim of this study is to describe the technique of breast reconstruction with the fat dermal inferior pedicle flap associated with pectoral and analysis of postoperative results. **Methods:** Retrospective analysis of medical records of patients operated for treatment of breast cancer in the period 2008–2013, in the private practice of the author and all patients had tumors located in the upper quadrants were selected was performed. **Results:** Over this period, 210 patients underwent breast reconstruction. Of these, 17 (8.09%) underwent breast reconstruction by the proposed technique. Over this period, 210 patients underwent breast reconstruction. Of these, 17 (8.09%) underwent breast reconstruction by the proposed technique. Regarding postoperative complications, there was 1 case of skin necrosis and 1 case of asymmetry. **Conclusions:** Apart from technically simple and acceptable cosmetic results, the proposed flap does not result in donor site morbidity, prolonged recovery, muscle weakness with the advantage that, in most cases, be accomplished in a single operation.

Keywords: Breast Reconstruction; myocutaneous flaps; Breast cancer.

INTRODUÇÃO

A Mastectomia é o tratamento padrão para todos os tipos de câncer de mama. Essa doença, com exceção dos cânceres de pele não melanoma, ocupa o primeiro lugar dos cânceres que acometem as mulheres. No ano de 2012 a expectativa de novos casos para o Brasil foi de 52.680, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres¹. Entretanto, essa cirurgia acarreta perda da feminilidade fazendo a paciente sentir-se mutilada e deformada. É frequente a ocorrência de ansiedade, depressão e separação conjugal afetando de sobremaneira a autoestima e até mesmo a evolução do tratamento.

A mastectomia seguida de reconstrução mamária imediata é atualmente considerada o padrão-ouro no manejo do câncer de mama¹. Muitas são as possibilidades de reconstrução para mastectomia total, envolvendo retalhos autólogos e colocação de implantes. Os avanços na utilização dessas técnicas têm sido aprimorados ao longo dos anos de forma a proporcionar excelentes resultados.

Atualmente, com o aumento das indicações de mastectomias poupadoras de risco e de mastectomias parciais, temos enfrentado um novo desafio: alcançar um bom resultado para esses casos com cirurgias menos invasivas.

Nos deparamos com pacientes jovens, em plena atividade laboral, com alto grau de exigência estética, que solicitam resultados que disfarçam a realização de uma mastectomia.

As técnicas de mamoplastia reconstrutora, assim como na cirurgia estética, visam à obtenção de mamas simétricas, com bom contorno e resultados duráveis, associando-se baixa taxa de complicações.

O aspecto mais importante, em relação à aplicabilidade dessa técnica para fins reconstitutivos, é o respeito aos princípios oncológicos. Para isso, é necessário um trabalho conjunto com a equipe de mastologia que realizará a cirurgia e que está habilitada a garantir a segurança e efetividade do tratamento^{2,3,4}.

OBJETIVOS

Descrição da técnica de reconstrução mamária com retalho dermogorduroso de pedículo inferior associado ao músculo peitoral, e análise dos resultados pós-operatórios do autor.

MÉTODOS

Foi realizada análise retrospectiva de prontuários das pacientes operadas para tratamento de câncer de mama, no período de 2008 a 2013, na clínica privada do autor *Ognev Meireles Cosac*. Foram selecionadas todas as pacientes que apresentavam tumores localizados nos quadrantes superiores e cujo volume da mama permitia realização da preservação de tecido adiposo nos quadrantes inferiores. A técnica aplicada consistiu na confecção de pedículo inferior dermogorduroso associada à colocação prótese submuscular. O retalho foi confeccionado como uma variação do pedículo descrito por Ribeiro³, com menor espessura e ocupando todo o polo inferior da mama, em conformação de cinta, com o objetivo de manter a prótese totalmente coberta por tecido autólogo local. Dessa forma o implante é colocado em loja submuscular nos dois terços superiores sendo o terço inferior coberto pelo retalho descrito.

A cobertura da parte superior foi realizada com o músculo grande peitoral, liberando este de suas inserções no gradil costal e confeccionando uma sutura entre a porção caudal do músculo peitoral, que foi desinserida, na borda superior do retalho de pedículo inferior. Em seguida, realiza-se a retirada de eventuais excessos de pele para montagem da neomama. Os procedimentos foram realizados pela mesma equipe de cirurgias, seguindo os mesmos critérios técnicos e oncológicos. Foi feito o acompanhamento dessas pacientes pelo período de no mínimo 3 meses e no máximo 5 anos.



Figura 1. (A,B,C): Imagens de pré-operatório; (D,E): Imagens do intra-operatório evidenciando colocação de prótese submuscular e pedículo inferior, preparado para cobrir a prótese; (F): Imagens da ressonância magnética após a cirurgia mostrando a prótese totalmente coberta no pólo superior pelo músculo peitoral e no pólo inferior pelo pedículo dermogorduroso; (G,H,I): Imagens do pós-operatório de 3 meses.

RESULTADOS

No período analisado, 210 pacientes foram submetidas à reconstrução mamária. Destas, 17 (8,09 %) foram submetidas à reconstrução de mama pela técnica do Pedículo inferior associado ao músculo grande peitoral. A idade média das pacientes foi de 53,8 anos (37 a 78 anos). Observou-se, que esta cirurgia foi realizada em pacientes com volume de mama de tamanho médio a grande. Com relação aos fatores de risco, 3 apresentavam comorbidades (hipertensão, diabetes e hipotireoidismo), 3 eram tabagistas e 1 foi submetida a radioterapia pós-operatória. Com relação às complicações pós-operatórias, observou-se 1 caso de necrose da pele e 1 caso de assimetria. Não houve nenhum caso de recidiva tumoral local no período analisado.

DISCUSSÃO

O incentivo à realização de exames de rastreamento para o câncer de mama tem possibilitado a detecção de tumores em estágios iniciais, podendo-se optar por cirurgias mais conservadoras seguidas de acompanhamento rigoroso. Além disso, o esclarecimento da participação dos fatores genéticos no risco aumentado dessa doença, tais como a mutação dos genes BRCA1 e BRCA2, e o surgimento dos testes genéticos acessíveis para estratificação de risco, que tem levado cada vez mais mulheres a procurarem a mastectomia redutora de risco.

Muitas pacientes jovens com diagnóstico de CA de mama têm optado pela realização de mastectomia contralateral concomitante^{4,5}. Além dos testes genéticos, outros fatores podem contribuir para a realização da mastectomia redutora de risco: alterações mamográficas de suspeição repetidas,

lesões consideradas como precursoras tais como atípicas ou carcinomas lobular in situ, dificuldade no rastreamento das pacientes que apresentam mamas densas ou múltiplas lesões que necessitam de investigação invasiva, e muitas vezes a ansiedade das pacientes⁶.

Dessa forma novas possibilidades de reconstrução têm sido experimentadas para atender à essa demanda. Existem vários métodos, atualmente, utilizados para reconstruções mamárias, com técnicas conservadoras, retalhos de vizinhança, materiais aloplásticos, retalhos miocutâneos pediculados e microcirúrgicos, mas nenhum deles é livre de limitações.

A técnica descrita oferece uma adequada loja para colocação do implante, sem tensão excessiva, com amenização da projeção nos polos superior e inferior e menor tendência a migração superior do implante. A certeza de ausência de tumorização nos quadrantes inferiores da mama e a discussão da técnica com mastologista é imprescindível nesse tipo de reconstrução. Além disso, apresenta mínimo risco de extrusão da prótese devido à interposição de tecido viável entre o implante e a pele⁷.

A taxa de complicações, verificada no presente estudo (11,7%), encontra-se em desacordo com o reportado na literatura. As complicações variam de 15% a 45%, de acordo com o tipo de cirurgia realizada, e aumentam com os fatores de risco (obesidade, tabagismo, comorbidades)⁷, fato observado neste estudo. Importante salientar que nem todas as complicações comprometem o resultado final ou exigem novas intervenções. Assim como na literatura a presença de tabagismo esteve associado a um aumento significativo nas taxas de necrose dos retalhos, já que o único caso de necrose do retalho neste trabalho aconteceu em uma paciente tabagista crônica⁸. No período analisado não houve necessidade de reintervenção cirúrgica.

A reconstrução mamária apresenta um papel importante no manejo de pacientes com câncer de mama. A decisão da necessidade de reconstruir, como e quando reconstruir exige uma abordagem multidisciplinar, com a paciente, o cirurgião plástico, a equipe da mastologia e a equipe da oncologia⁸.

CONCLUSÃO

Além de tecnicamente simples e com resultados estéticos aceitáveis, o retalho proposto não acarreta em morbidade de sítio doador, recuperação prolongada, fraqueza muscular ou uso de enxertos, sendo então uma útil alternativa em pacientes selecionadas, principalmente nas adenomas-tectomias redutoras de risco, com a vantagem de, na maioria das vezes, ser realizado em um único tempo cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. Melega, Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
3. Ribeiro L, Accorsi A Jr, Buss A, Marcal-Pessoa M. Creation and evolution of 30 years of the inferior pedicle in reduction mammoplasties. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110(3):960-70.

4. Tuttle TM, Jarosek S, Habermann EB, et al. Increasing rates of contralateral prophylactic mastectomy among patients with ductal carcinoma in situ. *J Clin Oncol*. 2009;27:1362-67.
5. Stucky CC, Gray RJ, Wasif N, Dueck AC, Pockaj BA. Increase in contralateral prophylactic mastectomy: echoes of a bygone era? *Surgical trends for unilateral breast cancer*. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(Suppl 3):330-7.
6. Cosac OM, Costa LA, Barros APG. Reconstrução Mamária Bilateral com Retalhos Pediculados. In: Melega JM, Viterbo F, Mendes FH. *Cirurgia Plástica: Os Princípios e a Atualidade*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2011.p.732-42.
7. Rozen WM, Ashton MW, Taylor GI. Defining the role for autologous breast reconstruction after mastectomy: social and oncologic implications. *Clinical Breast Cancer*. 2008;8(2):134-42.
8. Knobloch K, Gohritz A, Reuss E, Vogt PM. Nicotine in plastic surgery: a review. *Chirurg*. 2008;79(10):956-62.

Autor correspondente:

Ognev Meireles Cosac

Shtn Trecho 2, Lote 3, Condomínio Life Resorts Asa Norte Brasília- DF Bloco N, Apto. 355 - CEP: 70800-230
E-mail: curadomed@gmail.com