

Complicações de reconstrução mamária após mastectomia total por câncer de mama realizadas pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio



ROGERIO DE OLIVEIRA
RIBEIRO^{1*}

SALUSTIANO GOMES DE PINHO PESSOA^{1,2}

RESUMO

Introdução: As anormalidade que afetam as mamas têm repercussões catastróficas para o estado psicológico, emocional e de bem-estar da mulher. As formas de reconstrução da mama apresentam características particulares, com diferentes graus de morbidade que influenciam diretamente no desfecho dos resultados, incluindo o tipo e a frequência de complicações. O presente estudo tem por objetivo identificar as complicações encontradas em um grupo de pacientes submetidos à reconstrução mamária após mastectomia total por câncer de mama e relacioná-las com a forma de reconstrução, momento da reconstrução, tempo cirúrgico e uso de radioterapia. **Método:** Corresponde a um estudo de coorte transversal, retrospectivo, com análise realizada por meio de revisão de prontuários de pacientes que foram submetidos à reconstrução mamária após mastectomia total realizadas pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) no período de 01/01/2015 a 31/12/2017. **Resultados:** A complicação mais frequente foi a contratatura capsular, que ocorreu em 9 (15,5%) pacientes. As outras complicações identificadas foram: prótese elevada em 5 (8,6%) pacientes; seroma em 4 (6,9%) pacientes; necrose parcial do retalho em 2 (3,4%) pacientes; extrusão em 2 (3,4%) pacientes e hematoma em 1 (1,8%) paciente. **Conclusão:** O maior número de complicações manteve relação direta com a técnica de reconstrução, representada pelo uso de material aloplástico, principalmente uso de prótese direta; com o momento da reconstrução imediata e com pacientes que foram submetidos à radioterapia; e não manteve relação com o tempo cirúrgico de reconstrução da mama.

Descritores: Neoplasias da mama; Procedimentos cirúrgicos reconstructivos; Mamoplastia; Complicações pós-operatórias.

ABSTRACT

Introduction: Abnormalities affecting breasts have catastrophic repercussions on psychological, emotional aspects and the woman well-being. Breast reconstruction forms have particular characteristics with different morbidity degrees that directly influence the outcome, including complications type and frequency. The present study aims to identify complications found in a group of patients submitted to breast reconstruction after total breast cancer mastectomy and relate them to reconstruction, reconstruction moment, surgical time and use of radiotherapy. **Method:** Cross-sectional, retrospective cohort study with analysis performed by reviewing medical records of patients who underwent breast reconstruction after total mastectomy at the Department of Plastic Surgery and Reconstructive Microsurgery at University Hospital Walter Cantídio (HUWC) between 1/1/2015 to 12/31/2017. **Result:** The most frequent complication was capsular contracture that occurred in 9 (15.5%) patients. Other complications identified were: high prosthesis in 5 (8.6%) patients; seroma in 4 (6.9%) patients; flap partial necrosis in 2 (3.4%) patients; extrusion in 2 (3.4%) patients and hematoma in 1 (1.8%) patient. **Conclusion:** The greatest number of complications was directly related to reconstruction technique, represented by the use of alloplastic material, mainly the use of direct prosthesis; with the immediate reconstruction moment and with patients who underwent radiotherapy and did not have relation with surgical time of breast reconstruction.

Keywords: Breast neoplasms; Reconstructive surgical procedures; Mammoplasty; Postoperative complications.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0113

¹ Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

As mamas, além de órgãos destinados à amamentação, são verdadeiras representantes da feminilidade, compondo elementos de adorno do corpo feminino e se constituem em um dos mais eloquentes símbolos da sua sexualidade. As anormalidades que afetam as mamas têm repercussões catastróficas para o estado psicológico, emocional e de bem-estar da mulher, tornando a sua reconstrução um desejo intensamente e ansiosamente esperado pelas pacientes.

O câncer de mama é o segundo tipo mais comum de câncer entre as mulheres no Brasil e no mundo, perdendo somente para o de pele não melanoma, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano no nosso país. O Ceará tem uma taxa estimada de incidência para o biênio 2016-2017 de 2160 casos novos, enquanto que o Brasil tem uma taxa de estimada de 57.960 casos novos de câncer de mama para cada 100.000 mulheres, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)¹. A alta incidência gera um grande número de deformidades e amputações mamárias.

As principais formas de reconstruções mamárias podem ser realizadas de forma imediata, no mesmo ato cirúrgico que a mastectomia ou de forma tardia em um procedimento cirúrgico posterior à mastectomia. As várias formas de reconstruções mamárias variam desde o uso de materiais aloplásticos (próteses mamárias), incluindo uso de expansor de pele, utilização retalho local ou à distância do músculo grande dorsal ou do músculo reto abdominal até a utilização de tecido adiposo (lipoenxertia).

Histórico das Técnicas de Reconstrução

O primeiro relato histórico de reconstrução mamária é de Czeni, que, em 1895, utilizou um lipoma gigante da própria paciente para reparar uma mama amputada por doença benigna².

Em 1912, D' Este descreveu o chamado retalho de Tanzini, que tem como base o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal, utilizado para correção de defeitos das regiões axilar e torácica anterior após mastectomia³.

A utilização de implante protéticos para reconstrução da mama começou no início dos anos 60, com implantes preenchidos com gel de silicone. Com o passar dos anos, a tecnologia e as técnicas cirúrgicas dos implantes evoluíram, resultando em uma melhora da qualidade da mama reconstruída⁴.

Em 9 de setembro de 1980 foi realizado com sucesso o primeiro retalho do músculo reto abdominal para reconstrução da mama por Carl R. Hartrampf Jr. com base nos vasos epigástricos superiores profundos isolados. Esta continua a ser a técnica mais popular adotada por cirurgiões plásticos da América do Norte⁵.

O advento da técnica de lipoaspiração tem início em 1983, com Illouz. Foi utilizada a gordura lipoaspirada de uma paciente para o preenchimento de depressão na coxa da mesma paciente, por meio de um processo de lipoinjeção⁶.

Os anos seguintes foram marcados pela utilização da lipoenxertia como coadjuvante na reconstrução mamária, corrigindo deformidades e melhorando a qualidade da pele e/ou da cicatriz.

As formas de reconstrução apresentam características particulares, com diferentes graus de morbidade que influenciam diretamente no desfecho dos resultados, incluindo o tipo e a frequência de complicações.

OBJETIVO

O presente estudo tem por objetivo identificar as complicações encontradas em um grupo de pacientes submetidos

à reconstrução mamária após mastectomia total por câncer de mama e relacioná-las com a forma de reconstrução, momento da reconstrução, tempo cirúrgico e uso de radioterapia.

MÉTODO

Corresponde a um estudo de coorte transversal, retrospectivo, com análise realizada por meio de revisão de prontuários de pacientes que foram submetidos à reconstrução mamária após mastectomia total, por câncer de mama, realizadas pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) no período de 1/1/2015 a 31/12/2017.

Como critérios de inclusão, foram consideradas as pacientes do sexo feminino, que tiveram as mamas totalmente reconstruídas após mastectomia por câncer de mama no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017, realizadas pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do HUWC e que mantiveram um seguimento ambulatorial de no mínimo 6 meses.

Os critérios de exclusão no estudo foram as pacientes que foram submetidas à reconstrução da mama após mastectomia parcial ou que apresentaram seguimento ambulatorial menor que 6 meses.

Os critérios analisados foram: a forma de reconstrução (uso de material aloplástico (expansor de pele ou prótese mamária direta), retalho do músculo grande dorsal (RGD), retalho do músculo reto abdominal (TRAM); época da reconstrução (imediate ou tardia); tempo cirúrgico e uso de radioterapia.

RESULTADOS

A média de idade foi de 49,2 anos, com idade mínima de 27 e máxima de 71 anos. A reconstrução mamária total, após mastectomia, por câncer de mama, foi realizada em 58 pacientes, sendo 30 reconstruções realizadas de forma imediata e 28 de forma tardia. A técnica mais frequente de reconstrução foi com a utilização de material aloplásticos, que correspondeu a 33 casos (56,9%), sendo que em 7 pacientes (12,1%) foi realizada com uso de expansor mamário temporário seguido de troca por prótese mamária e 26 (44,8%) com prótese mamária direta. As reconstruções com grande dorsal foram feitas em 15 pacientes (25,9%) e com retalho do músculo reto abdominal (TRAM) em 10 pacientes, que corresponderam a 17,2% dos casos. (Figura 1).

Em relação ao lado reconstruído, 26 procedimentos foram realizadas em mama direita e 32 procedimentos foram realizados em mama esquerda. O tempo cirúrgico foi maior no TRAM e correspondeu em média a 4 horas e 35 minutos (h/min), e o menor tempo foi realizado com a reconstrução imediata da mama com prótese direta que correspondeu a 1h15min. O retalho do músculo grande dorsal teve um tempo médio de 4h5min, a troca de expansor por prótese necessitou de 2h, enquanto que o uso de expansor foi de 1h30min.

O tempo cirúrgico não teve correlação com a incidência de complicações. As complicações ocorreram em 23 pacientes. A técnica que apresentou maior incidência de complicações foi a prótese direta, que ocorreu em 13 pacientes (50%), seguida da utilização da técnica com expansor/prótese em 3 pacientes (42,8%), reconstrução com TRAM em 4 pacientes (40%), e com menor incidência de complicações na utilização do retalho do músculo grande dorsal em 3 pacientes (20%) (Figura 2).

A complicação mais frequente foi a contratura capsular, que ocorreu em 9 (15,5%) pacientes, sendo 7 (12,1%) casos na reconstrução imediata e 2 (3,4%) casos na reconstrução tardia. As outras complicações identificadas foram: prótese elevada em 5 (8,6%) pacientes; seroma em 4 (6,9%) pacientes; necrose parcial do retalho em 2 (3,4%) pacientes; extrusão (Figura 3) em 2 (3,4%) pacientes e hematoma em 1 (1,8%) paciente (Figura 4).

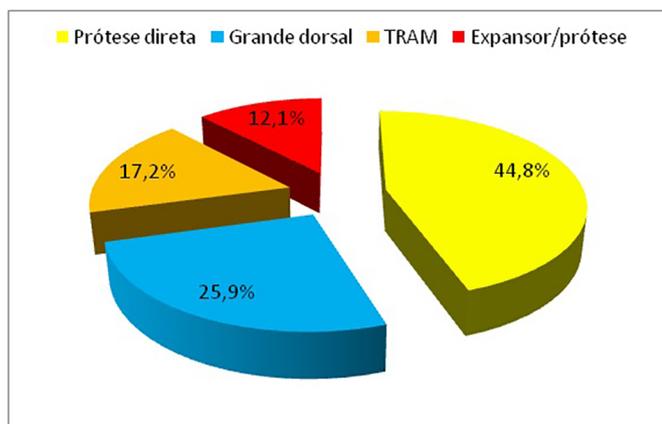


Figura 1. Percentual das técnicas de reconstrução total da mama na casuística analisada.

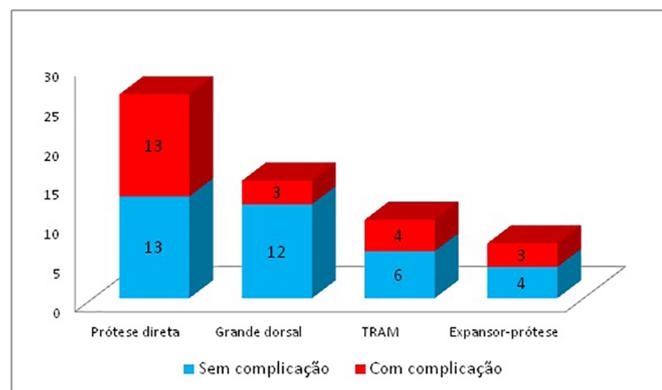


Figura 2. Frequência das técnicas de reconstrução total da mama na casuística analisada e a relação com a frequência de complicações.



Figura 3. Extrusão da prótese em uma reconstrução imediata com uso de prótese direta.

Entre as complicações identificadas, as que apresentaram maior gravidade foram as extrusões das próteses, que ocorreram em 2 pacientes (3,4% dos casos), e todas necessitaram de reintervenção e retirada da prótese.

Não houve nenhum caso de infecção ou de óbito neste grupo de pacientes estudados. Em relação ao momento da reconstrução, a maior incidência de complicações ocorreu nos pacientes que fizeram a reconstrução imediata da mama,

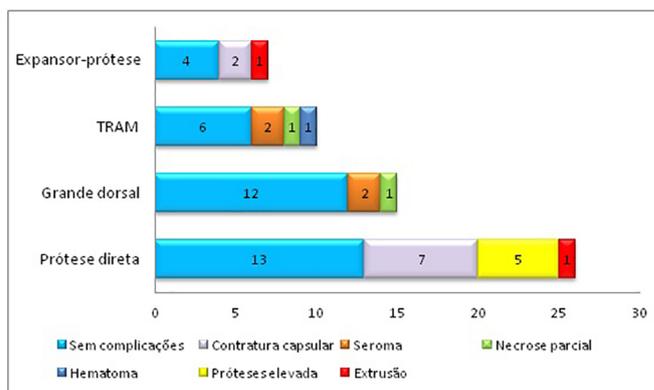


Figura 4. Frequência das técnicas de reconstrução total da mama na casuística analisada e a relação com o tipo de complicação.

identificada em 16 (46%) pacientes, enquanto que, somente 7 (25%) dos pacientes que fizeram reconstrução tardia apresentaram complicações (Figura 5).



Figura 5. Frequência do momento da reconstrução total da mama na casuística analisada e a relação com a frequência de complicações.

A mama com maior frequência de complicações foi a esquerda, com 56,5% dos casos, enquanto que a mama direita apresentou somente 44,5% das complicações. A técnica que apresentou o maior número de complicações foi a de reconstrução imediata com uso de prótese direta, observada em 13 (22,4%) pacientes. De 22 pacientes que foram submetidos à radioterapia, 10 (45,4%) tiveram complicações, enquanto que, entre os 36 pacientes que não foram submetidos à radioterapia, somente 12 (33,3%) apresentaram complicações (Figura 6).

DISCUSSÃO

A reconstrução mamária no tratamento do câncer de mama, nos últimos anos, vem ganhando força devido aos comprovados benefícios para a paciente, que incluem benefícios psicológicos e físicos, já que favorece o mais breve retorno ao convívio social, além de aumento da imunidade, melhorando desta forma o prognóstico das pacientes^{7,8}.

Em nosso estudo, a porcentagem de material aloplástico, associado ou não ao retalhos miocutâneos de músculo grande dorsal ou reto abdominal, foi de 56,9%, superior à realidade da maioria dos serviços de reconstrução de mama, onde a sua incidência varia de 25,7% a 43%⁹⁻¹¹.

A incidência de complicações totais identificadas no nosso estudo foi de aproximadamente 39,6%, compatível com a literatura pesquisada (variação de 16,5% a 50% - estudo A e B)^{12,13}.

As complicações foram mais frequentes nas reconstruções imediatas, que chegaram a 56,6%, em relação às complicações

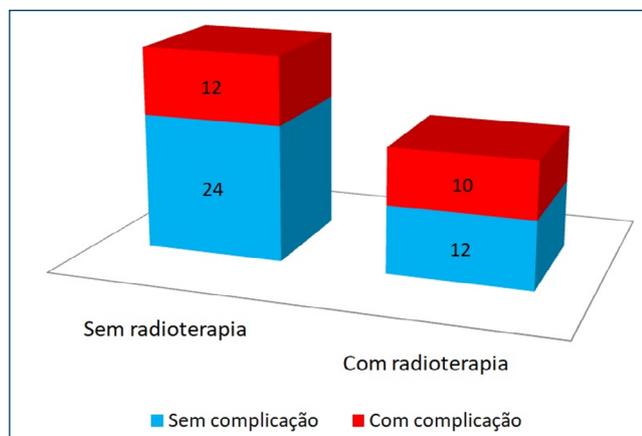


Figura 6. Frequência das complicações de reconstrução total da mama na casuística analisada e a relação com a realização de radioterapia.

encontradas nas reconstruções tardias, que chegaram a 21,4%, semelhante à literatura pesquisada¹³.

O uso de material aloplástico, apesar da facilidade da reconstrução, do menor tempo cirúrgico e de permitir a reconstrução sem necessidade de retalhos miocutâneos à distância, quando há preservação cutânea adequada, apresentou índice elevado de complicações, representado principalmente pela contratura capsular, que foi encontrada em 9 (15,5%) pacientes, semelhante a outras publicações, que descrevem índices de 7,9 a 56%^{11,14,15}.

O uso de retalhos à distância para reconstrução total da mama como retalho miocutâneo do músculo grande dorsal e reto abdominal, apesar da maior complexidade para realização do procedimento e maior tempo cirúrgico, apresentou bom resultado estético e complicações específicas. Em nosso estudo identificamos 2 (3,4%) casos de necrose parcial do retalho, sendo 1 (1,8%) do músculo reto abdominal e 1 do músculo grande dorsal (1,8%); 4 (6,8%) casos de seroma e 1 caso de hematoma (1,8%), equivalente aos índices das literaturas pesquisadas¹²⁻¹⁴. Na tentativa de reduzir a incidência do seroma, alguns autores descreveram a utilização de pontos de adesão do retalho à parede muscular^{16,17}.

Em relação ao retalho miocutâneo que utiliza o músculo reto abdominal, não identificamos em nosso estudo nenhum caso de hérnia ou abaulamento que poderia ocorrer devido à fraqueza da parede abdominal, secundária à ressecção do músculo reto abdominal.

A radioterapia influenciou no sentido de aumento do número de complicações, visto que 45,4% dos pacientes submetidos à radioterapia tiveram complicações, enquanto que somente 33,3% dos pacientes que não foram submetidos à radioterapia apresentaram complicações. Estes dados são semelhantes a alguns autores que descrevem complicações em pacientes que foram e que não foram submetidos à radioterapia, em torno de 45,4% e 10,1%, respectivamente^{13,18,19}.

CONCLUSÃO

O maior número de complicações teve relação direta com a técnica de reconstrução representada pelo uso de material aloplástico, principalmente uso de prótese direta; com o momento da reconstrução imediata e com pacientes que foram submetidos à radioterapia e não teve relação com o tempo cirúrgico de reconstrução da mama.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: Incidência de Câncer de Mama no Ceará e no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. Disponível em: <http://santacasadermatoazulay.com.br/wp-content/uploads/2017/06/estimativa-2016-v11.pdf>
2. Mélega JM. Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte: Cirurgia Reparadora de Tronco e Membros. 2ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.
3. Pitanguy I. Cirurgia Plástica: Uma visão de sua amplitude. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2016.
4. Grabb WC, Smith JW. Cirurgia Plástica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
5. Neligan PC. Cirurgia Plástica: Mama. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
6. Mélega JM. Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte: Princípios Gerais. 2ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.
7. Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo I Jr, Balbino PF, Caetano LV, et al. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(3):811-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181ccdac5>
8. Bellino S, Fenocchio M, Zizza M, Rocca G, Bogetti P, Bogetto F. Quality of life of patients who undergo breast reconstruction after mastectomy: effects of personality characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):10-7. PMID: 21200194 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f956c0>
9. Bochese LE, Gava TL, Lanzarin LD, Morellato G, Neves RE, Ely JB. Reconstrução de mama após mastectomia por câncer: Uma análise de quatro anos do serviço de cirurgia plástica e queimados do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Catarin Med.* 2012;41(Supl. 1):108-9.
10. Almeida Júnior GL, Macedo JLS, Borges SZ, Souza AO, Henriques FAM, Suschino CMH, et al. Reconstrução mamária imediata após cirurgia conservadora do câncer de mama. *Rev Bras Cir Plást.* 2007;22(1):10-8.
11. Bronz G, Bronz L. Mammareconstruction with skin-expander and silicone prostheses: 15 years' experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2002;26(3):215-8. PMID: 12140703 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-002-1389-z>
12. Saliba GAM, Carvalho EES, Silva Filho AF, Alves JCRR, Tavares MV, Costa SM, et al. Reconstrução mamária: análise de novas tendências e suas complicações maiores. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(4):619-26.
13. Claro Júnior F, Costa DV, Pinheiro AS, Pinto-Neto AM. Complicações em reconstrução mamária total em pacientes mastectomizadas por câncer de mama: Análise comparativa de longo prazo quanto a influência de técnica, tempo de cirurgia, momento da reconstrução e tratamento adjuvante. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(1):85-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000100015>
14. Cosac OM, Camara Filho JPP, Barros APGSH, Borgatto MS, Esteves BP, Curado DMDC, et al. Reconstruções mamárias: estudo retrospectivo de 10 anos. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(1):59-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752013000100011>
15. Ringber A, Tengrup I, Aspegren K, Palmer B. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *Eur J Surg Oncol.* 1999;25(5):470-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/ejso.1999.0681>
16. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-41. PMID: 19328174 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-820X\(98\)70073-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-820X(98)70073-1)
17. Scevola S, Youssef A, Kroll SS, Langstein H. Drains and seromas in TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2002;48(5):511-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/0000637-200205000-00011>
18. Farah AB, Nahas FX, Mendes JA. Reconstrução mamária em dois estágios com expansores de tecido e implantes de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2015;30(2):72-81.
19. Brooks S, Djohan R, Tendulkar R, Nutter B, Lyons J, Dietz J. Risk factors for complications of radiation therapy on tissue expander breast reconstructions. *Breast J.* 2012;18(1):28-34. DOI: 10.1111/j.1524-4741.2011.01182.x.Epub 2011 Nov 20

*Endereço Autor:

Rogério de Oliveira Ribeiro

Av. General Osório de Paiva, nº 857, Apto 810-A - Parangaba - Fortaleza, CE, Brasil

CEP 60720-015

E-mail: roimed@yahoo.com.br