

Duplo retalho muscular na reconstrução de mama: relato de caso e revisão de técnica cirúrgica



RODOLFO VAGNER XAUBET ^{1*}

FILIPE FERREIRA BRASILEIRO ¹
 THIAGO COSTA DE OLIVEIRA ¹
 TARCIZO COSTA FIGUEIREDO JÚNIOR ¹
 MANOEL PETER BEZERRA NOGUEIRA ¹
 FRANCISCO EDUARDO ALVES BEREK ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0117

INTRODUÇÃO

A reconstrução de mama é fundamental ao arsenal do cirurgião plástico. Em torno de 28% dos novos casos de câncer no Brasil em 2018 serão de câncer de mama¹. Há vários anos, a reconstrução passou a fazer parte do mesmo tempo cirúrgico por comprovadamente não aumentar risco de recorrência nem dificultar o diagnóstico da recidiva². Também há vários anos, percebeu-se que a mastectomia poupadora de pele não implicava em aumento de recidiva de doença em relação às mastectomias não poupadoras de pele³.

Desde então, possibilitou-se um aumento no número de reconstruções pós-mastectomias poupadoras de pele. A reconstrução proporciona à paciente melhor qualidade de vida e recuperação psicológica, além de economia de recursos do sistema. Dentre as técnicas mais utilizadas, estão o uso do retalho de grande dorsal, TRAM, reconstrução com prótese e retalho de músculo peitoral, associado ou não a outros músculos, como o serrátil anterior, por exemplo.

Além disso, é possível o uso de matrizes acelulares⁴, pouco comuns em nosso meio devido ao seu alto custo, e a reconstrução com retalhos microcirúrgicos⁵, necessitando de equipe com treinamento de alta curva de aprendizado e equipamento adequado, sendo também indisponível na maior parte dos serviços SUS.

O músculo peitoral maior é insuficiente, na grande maioria dos casos⁶, para cobrir totalmente o implante na

RESUMO

As técnicas de reconstrução de mama são fundamentais ao arsenal do cirurgião plástico, haja vista o câncer de mama ser responsável por aproximadamente 28% dos novos casos de câncer no Brasil. O tratamento, na imensa maioria dos casos, envolve a mastectomia e, quando indicada, sua reconstrução. Dentre as técnicas reconstrutivas, relataremos o duplo retalho muscular de peitoral maior e serrátil anterior, que fornecem uma loja adequada a um bom número de reconstruções com próteses, em mastectomias poupadoras de pele. Técnica reprodutível, de curva de aprendizado relativamente rápida e importante ao arsenal do cirurgião plástico. Apresentaremos um caso e revisão da bibliografia.

Descritores: Neoplasias da mama; Implante mamário; Mamoplastia; Retalhos cirúrgicos; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

ABSTRACT

Breast reconstruction techniques are fundamental to plastic surgeon arsenal, since breast cancer accounts for approximately 28% of cancer new cases in Brazil. Treatment, in most cases, involves mastectomy and, when indicated, breast reconstruction. Among reconstructive techniques, we will report the double muscle flap of pectoralis major and anterior serratus, which provide a suitable store for a good number of reconstructions with prosthesis, in skin sparing mastectomies. Reproducible technique, of relatively fast learning curve and important to plastic surgeon arsenal. We will present a case and review bibliography.

Keywords: Breast Neoplasms; Breast Implant; Mammoplasty; Surgical Flaps; Reconstructive surgical procedures.

reconstrução de mama⁷. Para completar essa cobertura e fornecer maior proteção ao implante, sugere-se o uso de outro retalho ou de matriz dérmica, geralmente inacessível à grande maioria dos serviços no âmbito do SUS - Sistema único de saúde.

Em estudo retrospectivo, Saulis *et al.*⁸ encontraram pequena diferença de satisfação tardia e não houve diferença de recomendação ao seu tipo cirúrgico entre pacientes submetidas à reconstrução com implantes/expansores, TRAM ou retalho de grande dorsal. Dessa forma, sempre que possível, quanto menor a morbidade da reconstrução, melhor.

Nosso objetivo é revisão de uma técnica com duplo retalho muscular, usando peitoral maior e serrátil anterior, para formar a loja da prótese. Relatamos um caso operado em nosso serviço para ilustração didática.

OBJETIVO

Descrição de técnica cirúrgica utilizando duplo retalho muscular na reconstrução de mama após mastectomia poupadora de pele.

RELATO DE CASO

Analisamos um caso de paciente operada no serviço do hospital universitário da Universidade Federal de Sergipe, Serviço de Cirurgia Plástica, Aracaju, SE, de reconstrução de mama com retalhos de músculo peitoral e serrátil anterior com implante anatômico de 350ml. Paciente G.B.A., 47

¹ Universidade Federal de Sergipe, Hospital Universitário de Aracaju, Aracaju, SE, Brasil.

anos (Figura 1), diagnóstico de carcinoma ductal e lobular invasivos (misto), submetida à mastectomia poupadora de pele e complexo areolopapilar⁹, além de esvaziamento axilar (Figura 2).



Figura 1. Pré-operatório.



Figura 2. Área ressecada pela equipe da Cirurgia Oncológica.

Submetida à reconstrução com retalhos musculares de músculo peitoral maior e serrátil anterior (Figuras 3, 4 e 5), formando a loja do implante. Peça ressecada de 290g. A loja abaixo do músculo peitoral maior⁷ é dissecada entre o segundo e sexto espaços intercostais, superior e inferiormente e próximo ao limite lateral do esterno; o músculo serrátil¹⁰ é dissecado inicialmente anteriormente na primeira costela lateralmente à borda lateral do músculo peitoral maior; Disseca-se então superolateralmente e inferomedialmente o músculo serrátil, até a linha axilar média, avançando-o até que a sutura entre os dois músculos seja feita sem tensão, após colocação do implante.

RESULTADOS

A paciente apresentou sofrimento parcial na margem da sutura no pós-operatório, necessitando de desbridamento e resutura com pontos simples. Apesar disso, o resultado pós-operatório foi satisfatório (Figura 6).

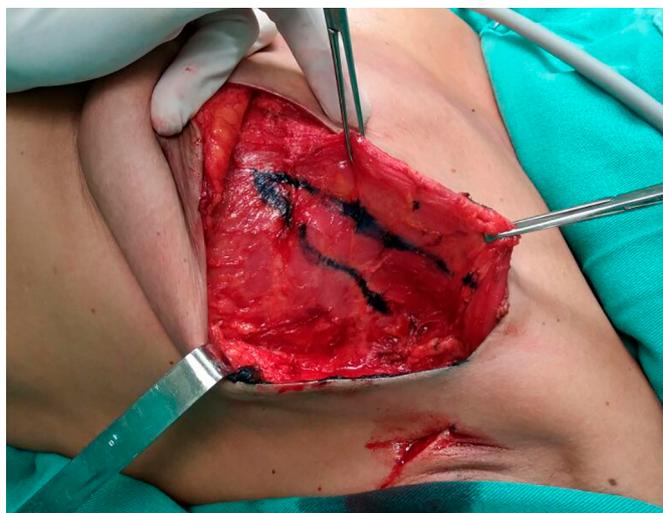


Figura 3. Local do início da dissecção do músculo serrátil anterior, anteriormente à costela.



Figura 4. Loja do implante: músculos serrátil anterior e peitoral maior.



Figura 5. Utilizado implante anatômico de 350ml.



Figura 6. Centésimo décimo dia de pós-operatório

DISCUSSÃO

A melhor reconstrução é aquela que supre as necessidades da paciente. Sempre é necessário avaliar pré-operatoriamente e discutir com as pacientes os prós e contras das diferentes modalidades reconstrutivas. O retalho duplo muscular de peitoral maior e serrátil anterior constitui uma importante peça no arsenal reconstrutivo do cirurgião plástico. A rápida curva de aprendizado, reprodutibilidade cirúrgica, pouca morbidade para a paciente e disponível a provavelmente a maior parte dos serviços do SUS no país torna importante o conhecimento desta técnica.

CONCLUSÃO

A técnica do duplo retalho muscular de peitoral maior e serrátil anterior é uma opção adequada às reconstruções mamárias em mastectomias poupadoras de pele. Amplamente disponível, de fácil execução, relativa baixa morbidade, torna-se peça importante no arsenal do cirurgião plástico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. Jorge Luiz de Almeida Teixeira, regente do serviço, e aos preceptores Dra. Kenya Borges, Dr. Reginaldo da Silva Lessa Filho e ao Dr. Filipe Ferreira

Brasileiro, pela orientação e suporte na formação dos residentes do serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário de Aracaju. Agradeço ao Dr. Carlos Anselmo Lima, cirurgião oncológico e mastologista da paciente, pela disponibilização e apoio na condução do caso. E a todos pelos esforços constantes na melhoria da residência médica de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Sergipe.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [acesso 2018 Abr 6]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++
2. Rusby JA, Waters RA, Nightingale PG, England DW. Immediate breast reconstruction after mastectomy: what are the long-term prospects? *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92(3):193-7.
3. Carlson GW, Bostwick J 3rd, Styblo TM, Moore B, Bried JT, Murray DR, *et al.* Skin-sparing mastectomy. Oncologic and reconstructive considerations. *Ann Surg.* 1997;225(5):570-5.
4. Reitsamer R, Peintinger F. Prepectoral implant placement and complete coverage with porcine acellular dermal matrix: a new technique for direct-to-implant breast reconstruction after nipple-sparing mastectomy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015;68(2):162-7.
5. Avraham T, Clavin N, Mehrara BJ. Microsurgical breast reconstruction. *Cancer J.* 2008;14(4):241-7.
6. Tostes ROG, Andrade Júnior JCCG, Silva KDA, Couto AO, Ribeiro GVC, Avelar LET. Reconstrução Imediata de Mama com Prótese de Silicone Retromuscular: Padronização de Retalhos Musculares. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(4):213-9.
7. Madsen RJ Jr, Chim J, Ang B, Fisher O, Hansen J. Variance in the origin of the pectoralis major muscle: implications for implant-based breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2015;74(1):111-3.
8. Saulis AS, Mustoe TA, Fine NA. A retrospective analysis of patient satisfaction with immediate postmastectomy breast reconstruction: comparison of three common procedures. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(6):1669-76.
9. Cammarota MC, Santos GC, Daher JC, Esteves BP, Barcelos LDP, Soares DAS, *et al.* Reconstrução mamária em mulheres jovens e suas peculiaridades. *Rev Bras Cir Plást.* 2018;33(1):3-11.
10. Godat DM, Sanger JR, Lifchez SD, Recinos RF, Yan JG, Godat MR, *et al.* Detailed neurovascular anatomy of the serratus anterior muscle: implications for a functional muscle flap with multiple independent force vectors. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(1):21-9.

*Endereço Autor:

Rodolfo Vagner Xaubet

Rua Cláudio Batista s/n - Cidade Nova - Aracaju, SE, Brasil

CEP 49060-108

E-mail: rodolfovx@gmail.com