

# Comparação entre a utilização da tela de Marlex em um e dois planos para a reconstrução da parede abdominal pós-TRAM

FRANCISCO CLARO OLIVEIRA JUNIOR, JOSÉ MARCOS MELEGA, ADIVANIA DE SOUZA PINHEIRO, CRISTINA DESTRO, PATRÍCIA JACKELINE MACIEL

## Introdução

Após mastectomia é necessário se elaborar um plano de reconstrução mamária, que pode ser realizada de forma imediata e tardia. Alguns tipos de reconstrução de mama são realizados a partir de retalhos mio-cutâneos, merecendo destaque os retalhos de músculo grande dorsal e o retalho de músculo reto-abdominal, que pode ser do tipo retalho músculo-cutâneo transverso de reto-abdominal (TRAM), tipo retalho músculo-cutâneo vertical de reto-abdominal (VRAM), na forma livre (TRAM microcirúrgico) e retalho fasciocutâneo de reto-abdominal baseado na perfurante da artéria epigástrica inferior (DIEP). Estas últimas duas técnicas têm como finalidade reduzir as principais complicações tardias dos retalhos pediculados do músculo reto-abdominal, o abaulamento e a hérnia abdominal.

## Objetivo

O trabalho consiste em avaliar comparativamente as reconstruções da parede abdominal após a remoção do músculo reto-abdominal para reconstrução mamária por meio de duas técnicas com utilização de tela de Marlex, uma em plano único e a outra em dois planos.

## Material e Métodos

A partir de 2009, todas as pacientes submetidas à mastectomia e candidatas à reconstrução mamária com TRAM foram incluídas para realização dessa nova técnica. Esta consiste no posicionamento de 2 camadas de tela, a primeira, diretamente sob as bordas remanescentes do músculo reto-abdominal infraumbilical, com a finalidade de conter o abaulamento precoce através de tensão que simula a plicatura realizada nas técnicas convencionais de abdominoplastia e, a segunda, recobrindo toda a área abdominal descolada. Esta última tem por finalidade evitar

o abaulamento tardio. Nesta técnica, ainda, a aponeurose supraumbilical é mantida, sendo realizada apenas plicatura, com a intenção de manter a tensão na parede sem abaulamentos. A comparação foi feita entre as reconstruções de parede abdominal com tela única (nos anos de 2007 e 2008) e com tela em 2 camadas (2009 e 2010). A presença de hérnia ou abaulamento abdominal foi comparada com 1 mês e 6 meses de pós-operatórios. Uma análise estatística foi feita por meio do programa SPSS 17 com teste não-paramétrico de Friedman para distribuição não-normal. O nível de significância adotado foi o de 5%.

## Resultados

A idade média das pacientes à época do diagnóstico era de 39 anos e 3 meses e à época da reconstrução foi de 44 anos e 6 meses. Quimioterapia adjuvante foi realizada em todas as pacientes que realizaram reconstrução mamária e radioterapia em 58,4% das pacientes. A técnica do TRAM monopediculado foi realizada em 41,6% das pacientes, enquanto o TRAM bipediculado foi realizado em 58,4%. Dentre as pacientes que realizaram a técnica do TRAM monopediculado, 20% apresentaram epiteliólise de bordas, 20% apresentaram seroma e 60% apresentaram hipertrofia cicatricial em ferida abdominal. Nas pacientes que realizaram a técnica do TRAM bipediculado, 57% apresentaram área de deiscência em ferida abdominal e/ou mama, 57% apresentaram seroma em abdome, 14% apresentaram cicatrizes hipertróficas e 71,4% apresentaram epiteliólise em bordas de feridas. Quando comparamos a utilização da tela simples à técnica da tela em duas camadas com tensão, temos que 25% dos pacientes utilizaram a técnica da tela em duas camadas e 75% utilizaram a técnica de tela simples. Nos pacientes que realizaram a técnica de tela simples, observamos que 33,3% dos pacientes

apresentaram abaulamento abdominal e nenhum paciente que utilizou a técnica da tela em duas camadas apresentou abaulamento ou hérnias de parede abdominal ( $p < 0,05$ ). O uso do retalho músculo-cutâneo transverso do músculo reto-abdominal (TRAM) é um dos métodos mais difundidos de reconstrução de mama com tecido autólogo e o que apresenta os melhores resultados estéticos. Essa técnica pode resultar, no entanto, em consideráveis índices de abaulamentos e hérnias de parede abdominal. Na tentativa de reduzir estas comorbidades são utilizadas telas sintéticas para substituir o déficit deixado pela retirada do músculo reto-abdominal e sua aponeurose. Entretanto, os índices de abaulamento ou hérnia ainda continuam acima do ideal. A técnica clássica do TRAM, como descrita por Hartrampf et al., em 1982, é utilizada pela equipe de um serviço de referência em reconstrução mamária. A reconstrução da parede abdominal era realizada exclusivamente por meio de uma tela de Marlex cobrindo toda a área descolada da parede abdominal, com fixação da mesma ao púbis, cristas ilíacas e arcos costais. Com a utilização da nova técnica de 2 camadas de tela, algumas mudanças são realizadas. A primeira camada de tela e a plicatura da aponeurose supraumbilical tem por finalidade evitar o abaulamento precoce e manter a tensão da parede abdominal, semelhante à plicatura de uma abdominoplastia convencional. Já a segunda camada, sem tensão, tem a função de criar um reforço, através de uma rede fibrótica cicatricial, aumentando a espessura da parede abdominal desprovida da musculatura central.

## Conclusão

Com a introdução da nova técnica pudemos perceber que as taxas de abaulamento ou hérnia pós-TRAM podem ser minimizadas.