

Reconstrução mamária de resgate: análise de 57 casos

JOÃO PEDRO PONTES CAMARA FILHO, OGNEV MEIRELES COSAC, MARCELA CAETANO CAMMAROTA, JEFFERSON DI LAMARTINE, MARINA DE SOUZA BORGATTO, DIOGO BORGES PEDROSO

Objetivo

Analisar os casos de reconstrução mamária de resgate conduzidos pelos autores, nos últimos dez anos, identificando a idade das pacientes, qual a reconstrução inicial realizada, presença de fatores de risco para complicações, causas determinantes para a falha da primeira reconstrução, qual a nova reconstrução realizada, qual o intervalo de tempo entre os dois procedimentos e se a cirurgia de resgate foi realizada pelo mesmo cirurgião que realizou a primeira intervenção ou não.

Método

Foram revisados os prontuários das pacientes submetidas a reconstrução mamária pós-mastectomia por câncer de mama no período de março de 2002 a março de 2012, na clínica privada de cada um dos autores (O.M.C., M.C.C. e J.D.L.). Foram incluídas no estudo as pacientes que já haviam sido submetidas a alguma forma de reconstrução mamária (pós-mastectomia por câncer de mama) e necessitaram de uma nova reconstrução, seja por motivos estéticos, desejo da paciente, complicações ou recidiva tumoral. Foram excluídas as pacientes que foram submetidas a pequenas correções de cicatrizes, enxertos, retalhos locais e de vizinhança, por não implicarem em uma revisão completa da primeira cirurgia, não caracterizando uma reconstrução mamária de resgate. Foram coletados os seguintes dados: idade, data da primeira cirurgia, tipo de reconstrução mamária realizada na primeira cirurgia, fatores de risco (comorbidades, tabagismo, obesidade, radioterapia e quimioterapia), causas da falha do primeiro procedimento (questão estética / desejo da paciente, infecção / exposição de implante,

contratura capsular, necrose, recidiva tumoral ou outra), qual a nova reconstrução realizada, bem como a data da sua realização e se o cirurgião que realizou a reconstrução de resgate foi o mesmo que realizou o primeiro procedimento.

Resultados

No período de março de 2002 a março de 2012, de um total de 1158 pacientes submetidas a reconstrução mamária pós-mastectomia por câncer de mama, 55 foram submetidas a reconstrução mamária de resgate, sendo que duas delas foram submetidas a 2 resgates, totalizando 57 casos. A idade média das pacientes na data da nova reconstrução foi de $51,03 \pm 10,13$ anos. Com relação à cirurgia inicial realizada, 20 (35,09%) delas foram realizadas com próteses, 16 (28,08%) com retalho miocutâneo do músculo reto abdominal (TRAM), 11 (19,30%) com expansores (temporários ou definitivos), 6 (10,52%) com cirurgias conservadoras e 4 (7,01%) com retalho miocutâneo do músculo grande dorsal (RGD) associado a implante, sendo que, do total, 45 foram unilaterais e 12 bilaterais. A presença de fatores de risco para complicações foi observada em 51 (89,50%) pacientes, sendo que o fator mais prevalente foi a quimioterapia, presente em 40 casos (70,18%), seguida da radioterapia em 32 casos (56,14%), comorbidades, como hipertensão, coronariopatia, hiper / hipotireoidismo e diabetes mellitus, em 15 casos (26,32%), tabagismo em 9 (15,80%) e obesidade em 4 (7,01%). A principal causa de falha das reconstruções foi por motivos estéticos e/ou vontade da paciente (19 casos), seguida de necrose (17 casos, sendo 10 casos de necrose de pele do retalho e 7 casos de esteatonecrose), contratura capsular (9 casos), infecção e/ou exposição de

implantes (9 casos), necessidade de ampliação de margens cirúrgicas por comprometimento tumoral (2 casos) e recidiva tumoral (1 caso) ($p = 0,8304$). A reconstrução de resgate foi realizada em 27 casos (47,37%) com RGD associado a implante ($p < 0,0001$), 16 (28,08%) com TRAM, 9 (15,77%) com expansores e 5 (8,78%) com próteses. Todas as 12 reconstruções iniciais que foram bilaterais também foram resgatadas bilateralmente; três que foram unilaterais foram realizadas bilateralmente por recidiva na outra mama (2) ou profilaticamente (1). A nova intervenção foi realizada, em média, 24 meses (12; 40) após a cirurgia inicial. Em 57,9% dos casos (33), o cirurgião que realizou a reconstrução mamária de resgate não foi o cirurgião da reconstrução inicial ($p = 0,500$).

Conclusão

A maioria das cirurgias que falharam empregou materiais aloplásticos (próteses e expansores), sendo a principal causa o mal resultado estético. As reconstruções de resgate foram realizadas principalmente com retalhos miocutâneos e a maioria das novas intervenções foi realizada por profissionais diferentes da primeira cirurgia. Os retalhos miocutâneos, salvo contraindicações, têm boa aplicabilidade nas reconstruções de resgate, por fornecerem tecido sadio e bem vascularizado a uma área manipulada previamente, restaurando a anatomia e fornecendo volume à neomama. A técnica de reconstrução mamária deve ser indicada baseada em uma análise criteriosa, devendo o cirurgião plástico estar ciente dos riscos de complicações que podem levar a eventual falha, estando preparado com novas alternativas de tratamento.