

# Reconstrução mamária com retalho do músculo grande dorsal: propostas para melhora dos resultados

JOÃO PEDRO PONTES CAMARA FILHO, JEFFERSON DI LAMARTINE, JULDÁSIO GALDINO DE OLIVEIRA JÚNIOR, RICARDO CINTRA JÚNIOR, MARINA DE SOUZA BORGATTO, BRUNO PEIXOTO ESTEVES

## Objetivo

Analisar os casos de reconstrução mamária com retalho do músculo grande dorsal associados a implante de silicone realizados pelo autor J.D.L., relatando propostas para melhorar o aspecto anatómico e estético das neomama, estratégias para melhor simetria e procedimentos para refinamentos.

## Método

Foram revisados os prontuários das pacientes submetidas à reconstrução mamária pós-mastectomia por câncer de mama, no período de abril de 2006 a junho de 2012. Foram incluídas no estudo as pacientes que foram submetidas à reconstrução mamária com uso do retalho do músculo grande dorsal associado a implante de silicone. Com relação à técnica cirúrgica da reconstrução mamária com RGD, a disposição da ilha de pele e suas dimensões são definidas com as pacientes em posição supina, após conhecimento do defeito que fora marcado pelo mastologista, ou baseado na grande carência tecidual nas reconstruções tardias. Os procedimentos foram realizados sob anestesia geral. O pedículo do RGD foi identificado ainda com a paciente em decúbito dorsal, após a remoção da peça pelo mastologista ou dissecação do sítio da neomama nos casos de reconstrução tardia, momento em que já se delineava um túnel para o dorso. Em seguida, alterou-se o decúbito para lateral, contralateral à mastectomia, ou em decúbito ventral, nos casos de reconstrução bilateral. A dissecação dos retalhos foi feita com eletrocautério, levantando-se a totalidade do ventre muscular disponível e,

após constatação do pedículo vascular (anteriormente delineado), o retalho foi transposto para o sítio da neomama. O fechamento do dorso foi realizado por planos e com colocação de dreno a vácuo. Colocou-se, então, o implante no sítio da neomama, sendo que, em alguns casos, a colocação foi retropeitoral e, em outros, pré-peitoral. A fixação do RGD na parede torácica em volta do implante foi feita com pontos entre o músculo grande dorsal e as estruturas da parede torácica anterior. Nos casos em que a colocação do implante foi retropeitoral, procedeu-se à confecção da loja através de um acesso transpeitoral, e liberação da inserção medial do peitoral até o nível do 4º espaço intercostal, preservando entre o bordo desinserido e a caixa torácica uma porção de tecido gorduroso. Após colocação do implante, não se realizou o fechamento completo da loja, apenas a aproximação das bordas do músculo peitoral, sem tensão. Realizou-se, então, a montagem da neomama, com exérese de eventual excesso de tecido dermogorduroso e suturas, mantendo-se dreno a vácuo na loja da prótese também.

## Resultados

No período de abril de 2006 a junho de 2012, de um total de 217 pacientes submetidas à reconstrução mamária pós-mastectomia por câncer de mama, 55 foram submetidas à reconstrução com o retalho do músculo grande dorsal associado a implante de silicone. Das 55 pacientes, 45 foram submetidas à reconstrução unilateral (24 imediatas, 16 tardias e 5 de resgate) e 10 à reconstrução bilateral (todas imediatas), totalizando

65 mamas reconstruídas. Com relação à cobertura do implante, 10 reconstruções tiveram os implantes cobertos somente com o RGD e 55 reconstruções tiveram os implantes cobertos com o RGD e o músculo peitoral maior. Com relação aos fatores de risco para complicações, 30 pacientes apresentaram pelo menos um fator, sendo o mais prevalente a radioterapia (RT) (23 pacientes), seguida de comorbidades (8 pacientes) e tabagismo (4 pacientes). Complicações ocorreram em 20 (36,36%) pacientes, sendo o seroma a mais frequente (11 casos), seguida de contratura capsular (7 casos), necrose parcial do retalho do CAP (2 casos em que o CAP foi reconstruído no mesmo tempo da reconstrução da mama), infecção e perda dos implantes (2 casos), reação a corpo estranho (1 caso), choque distributivo (1 caso), necrose da pele remanescente da mama (1 caso) e ICC descompensada (1 caso). Nas 23 pacientes que foram submetidas a RT, a taxa de contratura foi de 26,08% (6 casos), enquanto nas pacientes que não foram submetidas a RT a taxa foi de 3,12% (1 caso). Das 45 pacientes que foram submetidas à reconstrução unilateral, 21 foram submetidas a procedimento de simetria da mama contralateral, sendo que em 14 utilizaram-se próteses em plano retropeitoral, 6 em plano subglandular e em uma foi realizada mastopexia sem prótese. O CAP foi reconstruído em 30 pacientes (37 CAPs), sendo que, em 3 pacientes (4 CAPs), foi ao mesmo tempo da reconstrução e, em 27 pacientes (33 CAPs), em um segundo tempo. Dos 37 CAPs reconstruídos, 34 foram confeccionados pela técnica do *double opposing flap* associada à dermopigmentação.