

Retalho de músculo grande dorsal com extensão adiposa para preenchimento do polo superior da mama reconstruída

JOÃO MEDEIROS TAVARES FILHO, DIOGO FRANCO, TALITA FRANCO

Introdução

A depressão no polo superior das mamas reconstruídas prejudica a estética do resultado e tem sido motivo para muitas opções de tratamento, como lipoenxertia, implantes de material aloplástico, como Aloderm®, e implantes de silicone gel. Nas reconstruções com retalho de músculo grande dorsal e prótese, preenchemos a região deprimida utilizando segmento de tecido adiposo confeccionado no prolongamento do retalho miocutâneo, que passamos a denominar retalho mioadipocutâneo por ter três segmentos com funções diferentes: muscular, para cobertura do implante; adiposo, para preencher o polo superior da mama; e cutâneo, para restaurar a falta de pele na região mamária. Hokin, em 1983, propôs a reconstrução da mama com retalho do grande dorsal incluindo o tecido adiposo disposto sobre o músculo acima e abaixo do segmento cutâneo, sem utilização de prótese, que denominou *extended latissimus dorsi flap*. Utilizamos apenas o compartimento de tecido adiposo na porção inferior ao segmento cutâneo, denominado *lumbar fold*, descrito por Bailey, em 2010, para preencher a depressão no polo superior da neomama, que frequentemente não é preenchida pela prótese ou pelo volume muscular do grande dorsal.

Objetivo

Avaliar a utilização de compartimento de tecido adiposo na porção inferior ao segmento cutâneo (*lumbar fold*) para preenchimento da depressão no polo superior da neomama, frequentemente não preenchida pela prótese ou pelo volume muscular do grande dorsal.

Método

Utilizamos o retalho mioadipocutâneo do músculo grande dorsal em 7 pacientes em reconstrução mamária tardia. Demarcamos a área a ser excisada ou incisada na região mamária para a colocação do segmento cutâneo e a área da depressão no polo superior da neomama. Demarcamos o segmento cutâneo do retalho miocutâneo do grande dorsal e, abaixo deste, no segmento denominado *lumbar fold*, transpusemos a medida da área a ser preenchida no polo superior da neomama. Esse segmento variou entre 4 x 10 cm e 7 x 12 cm. Após infiltração com solução de soro e adrenalina a 1:1.000.000 nas linhas de incisão, incisamos até a fáscia de Scarpa, quando iniciamos o descolamento inferiormente à ilha de pele, confeccionando o prolongamento de tecido adiposo planejado. O isolamento do músculo é iniciado por sua borda anterior, continuando o descolamento no plano muscular inferiormente à área adiposa até quase a inserção na crista ilíaca. Incisa-se a borda inferior do músculo e libera-se no sentido cranial para uma migração para a região mamária sem tensão. O descolamento é sempre realizado apenas sob a área muscular e o túnel de passagem do retalho é feito o mais alto possível e com a menor extensão para diminuir o espaço morto e preservar a drenagem da região. No fechamento da área doadora, aplicamos pontos de adesão e drenagem a vácuo. A ferida foi fechada por planos, com cuidado para compensar a diferença de espessura entre os retalhos superior e inferior. Na confecção da neomama, posicionamos a parte inferior do retalho na parte superior da região mamária, com fixação do

músculo à fascia peitoral, e espalhamos sua porção adiposa ocupando a área do polo superior da neomama. Após colocação do implante foi feita sutura da borda muscular à fascia peitoral e da ferida em dois planos. Os volumes dos implantes variaram entre 270 cc e 435cc.

Resultados

Das 7 pacientes submetidas a reconstrução mamária tardia com o retalho mioadipocutâneo do grande dorsal e acompanhadas pelo período de 2 meses a 12 meses, não houve qualquer perda do retalho, com manutenção da projeção do polo superior da neomama. Ocorreram 2 (28%) casos de epidermólise na junção da borda inferior do retalho com a pele do polo inferior da mama. Em um deles havia uma cicatriz de mastoplastia redutora prévia e no outro, a área fora submetida a radioterapia. Para a cicatrização foi empregado tratamento tópico. Na área doadora, observamos diferença de espessura entre os retalhos superior e inferior, resultante da retirada de gordura do retalho inferior. As pacientes foram informadas quanto a essa diferença, sendo feita lipoaspiração do retalho superior em uma das pacientes. Ocorreu seroma na área doadora em 2 pacientes (28%), resolvido com apenas duas sessões de punção.

Conclusão

A utilização do compartimento de gordura da área lombar como prolongamento do retalho miocutâneo do grande dorsal é uma tática eficiente e imediata para o preenchimento da depressão do polo superior da neomama nas reconstruções mamárias pós-mastectomia.