
Cartas ao Editor

Brasília rosa

Ricardo Baroudi
Editor-chefe da **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**

Prezado editor

Encaminho texto de minha autoria, publicado pelo jornal *Correio Braziliense*, em 8 de outubro de 2013, sobre câncer de mama, que gostaria de compartilhar com os demais colegas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Em 1896, Halsted demonstrou que a amputação da mama curava ou prolongava a vida das pacientes com câncer. Salvou e prolongou a vida de mulheres. Mas mutiladas sofrem com barreiras conjugais e sociais. Em termos de linguagem corporal, a identidade feminina não está na vagina, mas em suas mamas.

Em 1962, Cronin teve a ideia de colocar próteses de material sintético na intimidade do corpo humano, especificamente para trazer volume às mamas. Em 1969, aluno de Pitanguy, tive os primeiros contatos com a técnica que ele usava largamente.

Brasília iniciou procedimentos nas prevenções e reconstruções mamárias em 1972, na cirurgia plástica do Hospital das Forças Armadas (HFA), serviço que eu implantei e chefiava. Iniciamos os grandes esvaziamentos das mamas e a reconstrução imediata com silicone. A técnica abriu caminho para os mastologistas, que passaram a retirar glândulas apenas com sinais sugestivos de câncer mamário.

O tratamento precoce dispensava a mastectomia radical, não deixava sequelas e tinha bonitos resultados. Produzimos filmes de 8 mm e 16 mm, que apresentamos em dezenas de congressos no Brasil e no exterior. A técnica, inicialmente criticada por não garantir a retirada de 100% da glândula mamária, é hoje o dito *skin sparing* universalmente praticado, que acodiu Angelina Jolie.

Mas o que fazer quando faltava pele? Ainda no HFA, em 1973, atendi moça que, com casamento marcado, não tinha como contar ao noivo que, de nascimento, lhe faltava uma mama. Sem solução conhecida, propus a ela colocarmos um implante de silicone pequenino por trás do mamilo

rudimentar, que seria trocado por outros gradativamente maiores. Após três cirurgias, ela tinha a mama que lhe faltava e se casou.

Reconstruí a mama daquela moça, mas não descrevi o princípio. Rodovan o fez em 1976, quando publicou sobre os expansores: pequenos sacos vazios colocados nos locais em que se quer mais pele. Eles são enchidos progressivamente e “dilatam a pele”. À semelhança da gravidez que distende o abdome e, após o parto, deixa flacidez abdominal, ao retirarmos o “expansor” preenchido, a pele que o cobria estará redundante, permitindo a colocação da prótese para a reconstrução.

Mas os pacientes pós-Halsted nem pele tinham para ser expandida. Aos portadores de câncer avançado, situação ainda tão comum no Brasil, só restam as grandes amputações, com ingratas cicatrizes residuais e um tórax aplainado.

Nesse enorme desafio técnico, Brasília também foi pioneira. Em 1979, Bostwick publicou técnica para trazer pele do dorso para a parede anterior do tórax. Em 4 de janeiro de 1980, reproduzi aqui essa cirurgia. Queria iniciar a década de 1980 com uma reconstrução mamária. Sonho profissional realizado.

Em 1983, Brasília foi novamente pioneira no País, ao reproduzir, pela primeira vez no Brasil, a técnica do americano Hartrampf, que levava tecido do baixo ventre aos moldes de uma abdominoplastia e os fazia chegar à parede anterior do tórax. Era uma imagem fantástica, pela abundância de tecidos que disponibilizava para reconstruir bonitas mamas. Demonstramos essa técnica em sete estados brasileiros e em dezenas de simpósios e congressos.

Finalmente, nasceu em Brasília, em 1992, a técnica original dos “retalhos em ilha das mamas”, que publiquei nos Estados Unidos. Permitia-nos reconstruir as amputações mamárias parciais nas quadrantectomias. Nós, que só conhecíamos as reconstruções totais, aprendemos a fazer as parciais, hoje usadas em todo o mundo.

Dificuldades técnicas superadas, deparo-me ainda com intermináveis filas de mulheres aguardando anos para tratamento. Nos planos de saúde, nos quais a paciente paga com recursos próprios, está cada vez mais difícil a autorização para a cirurgia. Chegam ao ridículo absurdo de autorizarem

o tratamento só da mama que tem câncer e negam autorização para o indispensável tratamento da mama contralateral. Aconteceu-me recentemente.

Essa cidade pioneira, moradia do poder, bem que poderia acordar sem filas e burocracia, diminuindo amputações e sofrimentos. Aí, então, Brasília, que para mim é rosa há 41 anos, ficará definitivamente rosa para todos e para o mundo.

Correspondência para:

José Carlos Daher
SHIS QI 8 – cj. 8 – casa 19 – Lago Sul – Brasília, DF, Brasil – CEP 71600-500
E-mail: daher@hospitaldaher.com.br

José Carlos Daher

Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, membro da Sociedade Brasileira de Mastologia, membro fundador da Federação Latino-Americana de Mastologia, fundador do Hospital Daher Lago Sul e presidente do Sindicato Brasileiro de Hospitais

Correspondência recebida: 13/10/2013

Correspondência aceita: 13/10/2013

Uso do retalho de músculo grande dorsal com componentes de músculo e gordura em posição de decúbito único para reconstrução de mama após quadrantectomia

Ricardo Baroudi

Editor-chefe da **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**

Prezado editor

Lemos com grande interesse o trabalho de Araújo et al.¹ sobre o uso do músculo grande dorsal com componentes de gordura, através de incisão axilar, para reconstrução de mama em quadrantectomias. Os autores merecem congratulações pelos excelentes resultados obtidos com essa técnica. Entretanto, esse método de reconstrução já foi previamente descrito em trabalho de nossa autoria², publicado cerca de dois anos antes do estudo supracitado. Portanto, a reivindicação desses autores de que “está sendo proposta nova opção para reconstrução pós-quadrantectomia nos quadrantes externos” não é de todo exata, pelo fato de a técnica já ter sido descrita em detalhes. Os autores ressaltaram corretamente as principais vantagens do método, como diminuição do tempo cirúrgico, o fato de não ser necessário reposicionar o paciente e sua consequente maior segurança, redução do risco de contaminação/infecção, e redução do risco de extubação acidental.

Aparentemente a incisão feita por esses autores é muito maior que a utilizada em nosso trabalho, prolongando-se bem além da linha axilar anterior, o que pode ser constatado comparando-se a Figura 1 do trabalho de Araújo et al.¹ com a Figura 1 de nosso trabalho². Ao contrário da série de Araújo et al.¹, utilizamos o retalho para lesões em todas as partes da mama, exceto no quadrante ínfero-medial. Para conseguir maior mobilidade do retalho, a inserção tendinosa umeral do

músculo grande dorsal foi liberada. Para lesões no quadrante súpero-medial, a adição de incisão circum-areolar à incisão axilar facilita tanto a excisão local ampla como o posicionamento exato do retalho, como pode ser observado nas Figuras 7 e 8 de nosso trabalho².

A fim de diminuir o volume axilar produzido pela rotação anterior do músculo, apenas o músculo (sem gordura) é deixado na extremidade superior, enquanto músculo e gordura são rodados distalmente. Ficaríamos gratos se os autores tecessem maiores comentários sobre esses pontos da técnica, uma vez que o procedimento não foi muito detalhado em seu estudo. A análise feita por esses autores no que concerne ao aspecto estético e aos resultados obtidos é digna de nota, corroborando a importância dessa técnica.

Vijay Naraynsingh

Seetharaman Hariharan

Dilip Dan

Ravi Maharaj

REFERÊNCIAS

1. Araújo JBF, Pinheiro LGP, Sousa SSP, Rocha JIX, Gaspar PL, Fortaleza LYMC. Use of latissimus dorsi muscle segment with muscle and fat components in single decubitus position for breast reconstruction after quadrantectomy. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(4):649-54.
2. Naraynsingh V, Hariharan S, Dan D. Immediate breast reconstruction following segmentectomy using a latissimus dorsi: 'myoadipose' flap through a single axillary incision: a case series. *Cases Journal.* 2009;2:8116.

Correspondência submetida pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP

Correspondência recebida: 6/9/2012

Correspondência aceita: 15/9/2012

Correspondência para:

Vijay Naraynsingh
The University of the West Indies – Faculty of Medical Sciences – Building 68 – Second Floor – St. Augustine – Trinidad and Tobago
E-mail: vnaraynsingh@gmail.com