

Deiscência do complexo areolomamilar pós-mamoplastia redutora - quando e como abordar essa complicação

CAROLINE BATTISTI ^{1,2*}
FELIPE FASOLIN ^{1,2}
BRUNO GASPERIN ^{1,2}
LEONARDO POSSAMAI ^{1,2}
RONALDO SCHOLZE WEBSTER ^{1,2}
PEDRO BINS ELY ^{1,2}

RESUMO

Introdução: Necrose do complexo areolomamilar (CAM) tem sido relatada em 2% dos casos das mamoplastias redutoras e em 1% dos casos de mastopexia. Relato de um caso de reconstrução de CAM pós-deiscência de mamoplastia redutora e, com isso, revisar a literatura e discutir as causas dessa complicação e maneiras de solucioná-la. **Resultados:** paciente foi submetida e evoluiu com deiscência importante em mama esquerda e necrose do CAM. Optou-se por reconstrução com enxerto de pele total proveniente da virilha para reconstrução da aréola e enxerto de mamilo contralateral. **Discussão:** O leito receptor sadio, com uma boa circulação arterial e drenagem venosa, é essencial para o sucesso da reconstrução do CAM. **Conclusão:** A prevenção da necrose do CAM deve ser parte da rotina cirúrgica, estando atento para sinais de isquemia ou congestão venosa o mais precoce possível, a fim de tomar as medidas necessárias para evitar essa complicação indesejada.

Descritores: Complicações pós-operatórias; Mamilos; Mamoplastia; Necrose.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0080

INTRODUÇÃO

Necrose do complexo areolomamilar (CAM) tem sido relatada em 2% dos casos das mamoplastias redutoras e em 1% dos casos de mastopexia. Casos de epidermólise do CAM decorrentes do edema intradérmico ou subdérmico ocorrem em 5 a 11% dos casos. A isquemia e necrose do CAM ocorre mais frequentemente em casos envolvendo grandes reduções - ressecções acima de 1000g, em que um pedículo longo é criado para perfundir o CAM e, com isso, seus pilares, durante o fechamento, acabam comprimindo a circulação^{1,2}.

O princípio que deve nos guiar é evitar terapias cirúrgicas agressivas, a fim de possibilitar aos tecidos lesados a melhor maneira de cicatrização espontânea.³

OBJETIVO

Relatar um caso de reconstrução de CAM pós-deiscência de mamoplastia redutora e, com isso, revisar a literatura e discutir as causas dessa complicação e maneiras de solucioná-la.

MÉTODOS

Revisão da literatura no PubMed, Scielo e Bireme, utilizando as palavras-chave necrose, complexo areolomamilar e mamoplastia redutora.

RESULTADOS

M.R.D.B., 51 anos, depressão em uso prévio de fluoxetina, ex-tabagista há 25 anos, procurou o serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa com queixa de dorsalgia importante decorrente de hipertrofia e ptose mamária, especialmente à esquerda (Figura 1). Após preparo pré-operatório e discussão do caso na equipe, a paciente foi submetida a mamoplastia redutora em 14/11/17. Porém, no pós-operatório, a mesma evoluiu com deiscência importante em mama esquerda e necrose do CAM, tratada com antibióticos e curativos. Optou-se por observar evolução cicatricial por dois meses, com melhora dos sinais flogísticos, porém constatada perda do CAM (Figura 2).

Em 29/01/18, a paciente foi então submetida a debridamento de tecido desvitalizado, quando constatada ausência de conteúdo infeccioso ou sinais flogísticos. Optou-se por reconstrução com enxerto de pele total proveniente da virilha para reconstrução da aréola e enxerto de mamilo contralateral (Figuras 3 e 4). Paciente hoje no 21° PO, evoluiu com boa cicatrização, apenas o enxerto de mamilo apresentou sofrimento parcial (Figura 5). Após discussão clínica da equipe, optou-se por observar evolução, mantido manejo conservador até o momento.

DISCUSSÃO

O leito receptor sadio, com uma boa circulação arterial e drenagem venosa é essencial para o sucesso da reconstrução do CAM. A literatura recomenda um período de três a seis meses usualmente adequado para permitir a resolução da inflamação, melhora na circulação local e maturação cicatricial³.

Pacientes que perderam seu CAM por complicações isquêmicas são mais suscetíveis a apresentar tecido cicatricial e vascularização pobre no local da reconstrução proposta. No momento do planejamento da reconstrução do mamilo, é importante considerar a qualidade do tecido local para planejar o pedículo e garantir a melhor chance de sobrevivência do retalho.

Enxertos compostos do mamilo contralateral podem proporcionar um excelente resultado estético quando há mamilo no lado intacto para servir como doador. Mais comumente, a papila é reconstruída com retalhos locais. Esses procedimentos tipicamente consistem em alguns tipos de retalho randomizados, que são elevados e rodados para criar uma estrutura projetada com tamanho e forma conforme desejado³.

Entre os procedimentos cirúrgicos descritos, estão os retalhos estrelados^{4,5}, o retalho de dupla oposição⁶, e o retalho de dupla oposição periareolar⁷. A maioria dessas técnicas são derivadas do retalho de *skate flap*⁸, que tem comprovado ser uma técnica segura para reconstrução de mamilo⁹. Outros sítios que têm sido usados na reconstrução areolar incluem enxertos de pele total do lábio menor ou parte superior da coxa interna. Embora

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1. Pré-operatório.



Figura 2. Deiscência de complexo areolomamilar (CAM). Foto após 2 meses da mastopexia.



Figura 3. Transoperatório - retirada enxerto mamilo contralateral.



Figura 4. Pos-operatório imediato reconstrução de complexo areolomamilar (CAM).

os resultados precoces desses enxertos sejam frequentemente muito adequados, há uma tendência da pele enxertada a perder a pigmentação com o tempo³.

A isquemia do CAM nem sempre tem um desfecho favorável e as sequelas devem ser tratadas com adequada orientação e consentimento do paciente. Despigmentação pode ser tratada com tatuagem, mas os resultados variam e podem ser pobres. Perda total do CAM pode requerer reconstrução com enxertos de pele e ou retalhos locais, tatuagens ou materiais sintéticos¹⁰.



Figura 5. Aspecto final reconstrução do complexo areolomamilar (CAM) - 21º dia pós-operatório.

CONCLUSÃO

A prevenção da necrose do CAM deve ser parte da rotina cirúrgica, estando atento para sinais de isquemia ou congestão venosa o mais precoce possível para tomar as medidas necessárias para evitar essa complicação indesejada. Porém, quando ela ocorre, o cirurgião plástico precisa estar armado com ferramentas técnico-científicas para abordar esses casos da maneira mais resolutiva e satisfatória possível. Com tempo adequado e procedimentos de reconstrução bem executados, é possível, na maioria dos casos, restaurar uma aparência bastante natural do CAM.

REFERÊNCIAS

- Grotting JC, Neligan PC, Beek AV. Plastic surgery: breast. London: Elsevier Health Science; 2012.
- Craig RD, Sykes PA. Nipple sensitivity following reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg.* 1970;23(2):165-72. PMID: 5464107 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(70\)80034-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(70)80034-0)
- Handel N, Yegiyants S. Managing Necrosis of the Nipple Areolar Complex Following Reduction Mammoplasty and Mastopexy. *Clin Plast Surg.* 2016;43(2):415-23. PMID: 27012800 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2015.12.012>
- Sierakowski A, Niranjana N. Star flap with a dermal platform for nipple reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(2):e55-6. PMID: 20829136 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2010.08.024>
- Eskenazi L. A one-stage nipple reconstruction with the "modified star" flap and immediate tattoo: a review of 100 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(4):671-80. PMID: 8356129 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199309001-00017>
- Kroll SS, Reece GP, Miller MJ, Evans GR, Robb GL, Baldwin BJ, et al. Comparison of nipple projection with the modified double-opposing tab and star flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99(6):1602-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-1997051010-00020>
- Shestak KC, Nguyen TD. The double opposing periareola flap: a novel concept for nipple-areola reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(2):473-80. PMID: 17230078 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000246382.40806.26>
- Little JW. Nipple-areolar reconstruction. In: Cohen M, Goldwyn RM, eds. *Mastery of plastic and reconstructive surgery.* Boston: Little Brown; 1994.
- Hammond DC, Khuthaila D, Kim J. The skate flap purse-string technique for nipple-areola complex reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(2):399-406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000267337.08565.b3>
- Rancati A, Irigo M, Angrigiani C. Management of the Ischemic Nipple-Areola Complex After Breast Reduction. *Clin Plast Surg.* 2016;43(2):403-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2015.12.011>

*Endereço Autor:

Caroline Battisti

Avenida Princesa Isabel, 1155, apto 607 - Santana - Porto Alegre, RS, Brasil

CEP 90620-001

E-mail: caroline.battisti@hotmail.com