

Complicações em reconstrução mamária com retalho músculo grande dorsal em hospital público de Fortaleza nos últimos 3 anos



ALEKSANDRA MARKOVIC^{1,2,3*}

SALUSTIANO GOMES DE PINHO PESSOA^{2,3,4}

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é atualmente um dos principais problemas de saúde do mundo e, no Brasil, sua incidência vem aumentando gradativamente. É o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. A mastectomia está entre os tratamentos mais empregados para o câncer de mama. Essa cirurgia e as terapias adjuvantes contribuem para o desenvolvimento de complicações físicas e transtornos psicológicos, que podem influenciar negativamente a qualidade de vida. Após a mastectomia, a ausência da mama altera a imagem corporal da mulher, produz sensação de mutilação e perda da feminilidade e sensualidade. O retalho de músculo grande dorsal (RMGD) é uma das opções cirúrgicas mais usadas nas reconstruções mamárias. **Objetivo:** Analisar as complicações da reconstrução tardia da mama com o RMGD no Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (SCPMR/HUWC/UFC) no período de 2015 a 2017. **Método:** Trata-se de um estudo clínico retrospectivo observacional realizado por meio de revisão de prontuários médicos de pacientes operadas e acompanhadas ambulatorialmente. Foram coletados dados de 12 pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia com retalho do músculo grande dorsal no SCPMR/HUWC/UFC durante o período de 2015 a 2017. **Resultados:** A idade das pacientes variou entre 35 e 65 anos. Foram analisadas complicações imediatas (seroma em região dorsal, casos de deiscência parcial da ferida operatória e casos de necrose do retalho de grande dorsal) e complicações tardias (alterações de cobertura do implante, casos com atrofia muscular e cutânea, predominantemente em polo superior da mama, casos de contratura capsular). Não se observaram fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, índice de massa corporal, idade) com significância estatística para as complicações imediatas.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Complicações pós-operatórias; Mastectomia; Mama.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is currently one of the main health problems in the world and, in Brazil, its incidence has gradually increased. It is the type of cancer that affects most women worldwide. Mastectomy is among the most commonly used treatments for breast cancer. This surgery and the adjuvant therapies contribute to the development of physical complications and psychological disorders, which can negatively influence the quality of life. After the mastectomy, the absence of the breast alters the woman's body image, produces mutilation sensation and loss of femininity and sensuality. The dorsal large muscle flap (RMGD) is one of the most used surgical options in mammary reconstructions. **Objective:** To analyze the complications of late breast reconstruction with RMGD in the Department of Plastic Surgery and Reconstructive Microsurgery of the Walter Cantídio University Hospital of the Federal University of Ceará (SCPMR/HUWC/UFC) in the period from 2015 to 2017. **Methods:** It was a retrospective observational clinical study carried out by means of a review of medical

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0114

¹ University of Belgrade, Serbia.

² Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

records of patients operated on and followed up on an outpatient basis. Data were collected from 12 patients submitted to late mammary reconstruction with the dorsal large muscle flap in SCPMR/HUWC/UFC during the period from 2015 to 2017. **Results:** Patients' ages ranged from 35 to 65 years. Immediate complications (dorsal seroma, partial dehiscence of the operative wound and cases of large dorsal flap necrosis) and late complications (changes in implant coverage, cases with muscular and cutaneous atrophy, predominantly in the upper pole of the breast, cases of capsular contracture). There were no risk factors (systemic arterial hypertension, diabetes mellitus, smoking, body mass index, age) with statistical significance for immediate complications.

Keywords: Reconstructive surgical procedures; Postoperative complications; Mastectomy; Breast.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é atualmente um dos principais problemas de saúde do mundo e, no Brasil, sua incidência vem aumentando gradativamente. É o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo¹.

A mastectomia está entre os tratamentos mais empregados para o câncer de mama. Essa cirurgia e as terapias adjuvantes contribuem para o desenvolvimento de complicações físicas² e transtornos psicológicos³, que podem influenciar negativamente a qualidade de vida⁴. Após a mastectomia, a ausência da mama altera a imagem corporal da mulher, produz sensação de mutilação e perda da feminilidade e sensualidade⁵.

Na tentativa de reduzir os sentimentos negativos desencadeados pela doença e seu tratamento, melhorar a autoestima e suprir a falta da mama, muitas mulheres optam pela reconstrução cirúrgica⁶. Trata-se de um procedimento seguro, que não aumenta o risco de recorrência nem interfere na detecção da doença, além de não levar ao atraso para terapias adjuvantes.

Existem vários procedimentos cirúrgicos descritos para sua realização, com técnicas conservadoras, retalhos de vizinhança, materiais aloplásticos, retalhos miocutâneos pediculados e microcirúrgicos^{7,8}.

O retalho de músculo grande dorsal (MGD) é uma das opções cirúrgicas mais usadas nas reconstruções mamárias. A cicatriz da área doadora no dorso, embora por vezes situada sob a alça do sutiã, frequentemente é extensa (15 cm a 25 cm) e pode ser de qualidade ruim, apresentando-se alargada ou hipertrófica.

Com evolução histórica semelhante, o retalho do músculo grande dorsal foi primeiramente descrito por Tansini, em 1906⁹. Contudo, apenas em 1976 Olivari¹⁰ descreveu seu uso para cobertura de lesões radioterápicas da parede torácica. No ano seguinte, Schneider *et al.*¹¹ introduziram o retalho miocutâneo em ilha do músculo grande dorsal (RMGD) para a reconstrução mamária e, em 1978, Bostwick *et al.*¹² descreveram uma modificação do procedimento com utilização associada do músculo peitoral maior para cobertura do implante mamário.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi analisar as complicações da reconstrução tardia da mama com o retalho de músculo grande dorsal no Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio da

Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, CE, no período de 2015 a 2017.

MÉTODO

Trata-se de um estudo clínico retrospectivo observacional realizado por meio de revisão de prontuários médicos de pacientes operadas e acompanhadas ambulatorialmente. Foram coletados dados de 12 pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia com retalho do músculo grande dorsal no Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará durante o período de 2015 a 2017.

A idade das pacientes variou entre 35 e 65 anos. Foram analisadas complicações imediatas, aquelas que ocorreram em até 30 dias de pós-operatório. Dentre estas, foram observados casos de seroma em região dorsal, casos de deiscência parcial da ferida operatória e casos de necrose do retalho de grande dorsal. Não se observaram fatores de risco – hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), tabagismo, índice de massa corporal (IMC), idade – com significância estatística para as complicações precoces.

Complicações tardias foram consideradas aquelas que ocorreram após 30 dias da cirurgia. Foram observados casos de alterações de cobertura do implante, com atrofia muscular e cutânea, predominantemente em polo superior da mama, casos de contratura capsular.

RESULTADOS

As 12 pacientes foram submetidas à reconstrução tardia mamária pós-mastectomia com retalho de músculo grande dorsal no Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará durante o período de 2015 a 2017 com mesma equipe cirúrgica. A idade das pacientes variou entre 35 e 65 anos.

Analisando o tempo de internação, observou-se que o período variou de 1 a 5 dias, sendo que 82% delas passaram 4 dias ou menos.

As complicações foram divididas em complicações imediatas e tardias. Complicações imediatas foram aquelas que ocorreram em até 30 dias de pós-operatório. Dentre estas, foram observados casos de seroma em região dorsal (25%), casos de deiscência parcial da ferida operatória (16,7%) e casos de necrose do retalho de grande dorsal (8,4%) (Figuras 1, 2, 3 e 4). Não se observaram fatores de

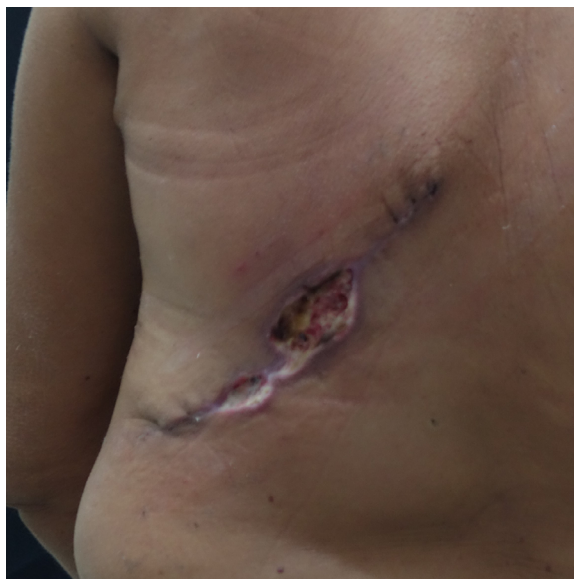


Figura 1. Complicação imediata da reconstrução tardia mamária pós-mastectomia com retalho de músculo grande dorsal.



Figura 2. Complicação imediata da reconstrução tardia mamária pós-mastectomia com retalho de músculo grande dorsal.



Figura 3. Complicação imediata da reconstrução tardia mamária pós-mastectomia com retalho de músculo grande dorsal.

risco (HAS, DM, tabagismo, IMC, idade) com significância estatística para as complicações imediatas.

Complicações tardias foram consideradas aquelas que ocorreram após 30 dias da cirurgia. Foram observados casos de alterações de cobertura do implante, com atrofia muscular



Figura 4. Complicação imediata da reconstrução tardia mamária pós-mastectomia com retalho de músculo grande dorsal.

e cutânea, predominantemente em polo superior da mama, e casos de contratura capsular.

Nas 12 pacientes estudadas nesta série, não se observaram casos de complicações tardias (alterações de cobertura do implante, atrofia muscular e cutânea).

DISCUSSÃO

A reconstrução mamária vem, cada vez mais, assumindo importante papel no tratamento do câncer de mama, em decorrência dos comprovados benefícios psicológicos e físicos para as pacientes. Esse procedimento favorece o retorno mais rápido dessas pacientes ao convívio social, com melhora da imunidade e, conseqüentemente, oferece melhor prognóstico no tratamento dessa doença^{13,14}.

Dentro deste panorama, observou-se aumento das indicações de reconstruções mamárias com retalhos locais, materiais aloplásticos e com o RMGD, em detrimento do retalho transverso do músculo retoabdominal (TRAM), que apresenta maior morbidade local e sistêmica¹⁵.

No cenário do tratamento do câncer de mama, a radioterapia adjuvante à mastectomia é frequentemente realizada em mulheres com diagnóstico de câncer de mama em estágio II e III. Isto aumenta o controle local, a sobrevida livre de doença e a sobrevida global¹⁶⁻¹⁹.

Apesar da melhora dos resultados oncológicos, a radioterapia adjuvante em mulheres com câncer de mama pode piorar os resultados estéticos, com atrofias teciduais e contraturas capsulares e aumentar o risco de perda da reconstrução mamária²⁰.

Em uma série de 100 casos, Perdakis *et al.*²¹ observaram uma taxa de contratura capsular em pacientes submetidas a RMDG e implante de silicone de 6%. Em outra série com 53 casos, Venus & Prinsloo observaram 7,4% de contratura

capsular que necessitou capsulotomia e 33% de contratura capsular que não necessitou a cirurgia.

Nas 12 pacientes estudadas nesta série, não se observaram casos de alterações de cobertura do implante, com atrofia muscular e cutânea. Seroma na área doadora do músculo grande dorsal é a complicação mais comum do procedimento. As taxas desta complicação publicadas na literatura variam de 16% a 79%²²⁻²⁵.

No entanto, a significância do seroma como uma complicação maior, que necessite de nova intervenção cirúrgica, é baixa. No presente estudo, foi observada uma taxa de 25% de seroma. Gart *et al.*¹⁵, em artigo que incluiu 1079 pacientes submetidas à RMGD da base de dados *American College of Surgeons National Surgical Improvement Program (ACS-NSQIP)*, observaram em relação às complicações imediatas, 5,7% de reoperações, 3,3% de infecções cutâneas, 1,3% de necrose do retalho, 0,6% de deiscência da ferida operatória e 3,2% de complicações clínicas.

As complicações imediatas observadas nesse estudo eram 2 casos (16,7%) de deiscência parcial da ferida operatória. Estas intercorrências provavelmente ocorreram devido à necessidade de eficácia oncológica local, acarretando retalhos de mastectomia delgados e hipoperfundidos. Se observou 1 caso de necrose do retalho de grande dorsal, mas nenhum caso com infecções, complicações clínicas.

Além de ser um retalho de grandes dimensões, com um território de pele conhecido e confiável e apresentar menos complicações do que todos os outros retalhos autólogos, o RMGD oferece várias vantagens adicionais, incluindo o tempo de recuperação rápido, as altas taxas de satisfação do paciente, e mínima morbidade da área doadora²⁶⁻²⁹.

CONCLUSÃO

A cirurgia plástica tem papel importantíssimo no tratamento das pacientes portadoras de câncer de mama. A reconstrução mamária com RGD tem enorme aplicabilidade, contemplando a correção de quase todos os defeitos pós-mastectomia. Neste trabalho, foi verificado alto grau de satisfação por parte das pacientes operadas e bons resultados obtidos, com poucas repercussões funcionais.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
2. Cheville AL, Tchou J. Barriers to rehabilitation following surgery for primary breast cancer. *J Surg Oncol.* 2007;95(5):409-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jso.20782>
3. Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER, *et al.* Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 2007;14(11):3078-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-007-9413-9>
4. Rietman JS, Dijkstra PU, Debreczeni R, Geertzen JH, Robinson DP, De Vries J. Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment for breast cancer: a follow-up study 2.7 years after surgery. *Disabil Rehabil.* 2004;26(2):78-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09638280310001629642>
5. Sheppard LA, Ely S. Breast cancer and sexuality. *Breast J.* 2008;14(2):176-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4741.2007.00550.x>
6. Keith DJ, Walker MB, Walker LG, Heys SD, Sarkar TK, Hutcheon AW, *et al.* Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears, and hopes. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(3):1051-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000046247.56810.40>
7. Malata CM, McIntosh SA, Purushotham AD. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *Br J Surg.*

- 2000;87(11):1455-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2168.2000.01593.x>
8. Hu E, Alderman AK. Breast reconstruction. *Surg Clin North Am.* 2007;87(2):453-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2007.01.004>
9. Tansini I. Sopra il mio nuovo processor di amputazione della mammella. *Gazz Mal Ital.* 1906;57:141.
10. Olivari N. The latissimus flap. *Br J Plast Surg.* 1976;29(2):126-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226\(76\)90036-9](http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(76)90036-9)
11. Schneider WJ, Hill HL Jr, Brown RG. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 1977;30(4):277-81. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226\(77\)90117-5](http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(77)90117-5)
12. Bostwick J 3rd, Vasconez LO, Jurkiewicz MJ. Breast reconstruction after a radical mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1978;61(5):682-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197805000-00004>
13. Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo I Jr, Balbino PF, Caetano LV, *et al.* Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(3):811-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181ccdac5>
14. Bellino S, Fenocchio M, Zizza M, Rocca G, Bogetti P, Bogetto F. Quality of life of patients who undergo breast reconstruction after mastectomy: effects of personality characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):10-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f956c0>
15. Gart MS, Smetona JT, Hanwright PJ, Fine NA, Bethke KP, Khan SA, *et al.* Autologous options for postmastectomy breast reconstruction: a comparison of outcomes based on the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. *J Am Coll Surg.* 2013;216(2):229-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.04.022>
16. Overgaard M, Hansen PS, Overgaard J, Rose C, Andersson M, Bach F, *et al.* Postoperative radiotherapy in high-risk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy. Danish Breast Cancer Cooperative Group 82b Trial. *N Engl J Med.* 1997;337(14):949-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199710023371401>
17. Overgaard M, Jensen MB, Overgaard J, Hansen PS, Rose C, Andersson M, *et al.* Postoperative radiotherapy in high-risk postmenopausal breast-cancer patients given adjuvant tamoxifen: Danish Breast Cancer Cooperative Group DBCG 82c randomized trial. *Lancet.* 1999;353(9165):1641-8.
18. Ragaz J, Jackson SM, Le N, Plenderleith IH, Spinelli JJ, Basco VE, *et al.* Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in node-positive premenopausal women with breast cancer. *N Engl J Med.* 1997;337(14):956-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199710023371402>
19. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E, *et al.*; Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet.* 2005;366(9503):2087-106. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67887-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67887-7)
20. Shah C, Kundu N, Arthur D, Vicini F. Radiation therapy following postmastectomy reconstruction: a systematic review. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(4):1313-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-012-2689-4>
21. Perdakis G, Koonce S, Collis G, Eck D. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction: bad rap or good flap? *Eplasty.* 2011;11:e39.
22. Losken A, Nicholas CS, Pineel XA, Carlson GW. Outcomes evaluation following bilateral breast reconstruction using latissimus dorsi myocutaneous flaps. *Ann Plast Surg.* 2010;65(1):17-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e3181bda349>
23. Delay E, Gounot N, Bouillot A, Zlatoff P, Rivoire M. Autologous latissimus breast reconstruction: a 3-year clinical experience with 100 patients. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(5):1461-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199810000-00020>
24. Bonomi S, Settembrini F, Salval A, Gregorelli C, Musumarra G, Rapisarda V. Current indications for and comparative analysis of three different types of latissimus dorsi

- flaps. *Aesth Surg J.* 2012;32(3):294-302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1090820X12437783>
25. Chang DW, Youssef A, Cha S, Reece GP. Autologous breast reconstruction with the extended latissimus dorsi flap. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(3):751-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000019711.36017.5B>
26. Munhoz AM, Montag E, Fels KW, Arruda EG, Sturtz GP, Aldrighi C, *et al.* Outcome analysis of breast-conservation surgery and immediate latissimus dorsi flap reconstruction in patients with T1 to T2 breast cancer. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(3):741-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000176251.15140.36>
27. Brumback RJ, McBride MS, Ortolani NC. Functional evaluation of the shoulder after transfer of the vascularized latissimus dorsi muscle. *J Bone Joint Surg.* 1992;74(3):377-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005131-199212000-00068>
28. Russell RC, Pribaz J, Zook EG, Leighton WD, Eriksson E, Smith CJ. Functional evaluation of latissimus dorsi donor site. *Plast Reconstr Surg.* 1986;78(3):336-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198609000-00009>
29. Dutra AK, Neto MS, Garcia EB, Veiga DF, Netto MM, Curado JH, *et al.* Patients' satisfaction with immediate breast reconstruction with a latissimus dorsi musculocutaneous flap. *J Plast Surg Hand Surg.* 2012;46(5):349-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/2000656X.2012.704726>

Endereço Autor:*Aleksandra Markovic**Av. Beira Mar, nº 4260, Praia de Mucuripe - Fortaleza, CE, Brasil
CEP 60165-121

E-mail: 19quepasa19@gmail.com