

Reconstrução Mamária: Princípios Geométricos dos Retalhos Cutâneos em Duplo V

Ewaldo Bolivar De Souza Pinto¹
Adriane da Costa Muniz²
Patrícia Erazo I³
Eugênio Gonzalez Cação⁴
Priscila Chiarello de Souza Pinto Abdalla⁵

- 1] Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília. Santos - São Paulo, Brasil.
- 2] Cirurgiã Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília. Santos - São Paulo, Brasil.
- 3] Cirurgiã Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília. Santos - São Paulo, Brasil.
- 4] Cirurgião Plástico do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília. Santos - São Paulo, Brasil.
- 5] Residente do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Santa Cecília. Santos - São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência:

Centro Científico Brasileiro de Cirurgia Plástica

Av. Ana Costa, 120
Vila Mathias - Santos - SP
11060-000

Fone: (013) 234-1234 Fax: (013) 233-6028
e-mail: desouza.pinto@bsnet.com.br

UNITERMOS: reconstrução mamária; retalhos cutâneos; geometria cirúrgica; zetaplastia; implantes mamários.

RESUMO

Os autores descrevem os Princípios Geométricos para realização de Reconstrução Mamária com utilização dos Retalhos Cutâneos em Duplo V, associados à Implantação de Prótese de Mama, técnica desenvolvida e usada em 10 pacientes desde 1996. De fácil execução, os retalhos se caracterizam pela facilidade de transposição e rotação, boa viabilidade circulatória e por garantirem adequada forma e posicionamento da neo mama, cujo volume é garantido pelo implante mamário. Além dos bons resultados estéticos obtidos e cicatrizes dissimuladas, do ponto de vista funcional, os retalhos também oferecem maior mobilidade à região axilar outrora retraída. A técnica permite, ainda, a "adequação" da mama contralateral e a reconstrução do complexo aréolo-mamilar, em um único tempo, permitindo menor número de intervenções cirúrgicas, minimizando, desta forma, os traumas da esfera psico-emocional às pacientes portadoras de neoplasia mamária, vítimas das mutilações físico-psíquicas decorrentes das mastectomias.

INTRODUÇÃO

As mamas, consideradas como a identificação da sexualidade feminina, têm sido há vários anos um dos pontos principais de reconstrução na Cirurgia Plástica Reparadora que se preocupa não só em devolver o volume ausente mas, também, em aliviar o estado emocional da mulher que enfrenta os sérios problemas advindos da amputação brusca a que foi submetida.

As mutilações pós-mastectomia variam de acordo com a cirurgia oncológica empregada, basicamente: Mastectomia radical, mioconservadora e quadrantectomia⁽³⁹⁾. Da mesma maneira, o tipo de reconstrução varia de acordo com as estruturas envolvidas e, assim, as diferentes técnicas visam à reparação do cone mamário isolado ou associado às demais estruturas torácicas⁽⁴⁰⁾.

Este tipo de cirurgia reconstrutiva apresenta uma diversidade de problemas, principalmente no que se refere à cicatriz e tecido circundante, pontos que têm sido amplamente abordados pelas múltiplas técnicas descritas (retalhos de vizinhança, retalhos miocutâneos, retalhos livres, retalhos em ilha e implantes mamários)^(4, 7, 24, 27, 28). Outro ponto de controvérsia entre os especialistas diz respeito ao momento da reconstrução mamária: imediata ou tardia^(23, 40).

No entanto, na era atual, a equipe multidisciplinar responsável pelo acompanhamento da paciente mastectomizada (principalmente: mastologista, oncologista, radiologista, cirurgião plástico e psicanalista) parece fortalecer a importância da morbidade psíquica ocasionada por esta doença e seu tratamento radical, e sua influência quanto ao prognóstico e qualidade de vida legados⁽²³⁾.

Na busca de uma técnica de reconstrução mamária com menores traumas cirúrgicos e, portanto, com menor espoliação físico-psíquica à paciente, retomamos o uso de retalhos cutâneos locais associados ao implante mamário. A nova técnica empregada baseou-se nos rigorosos princípios cirúrgicos geométricos da Mastoplastia de Aufricht⁽³¹⁾ e da Mamoplastia Redutora de Pitanguy⁽³²⁾, bem como na utilização eventual de Z-plastias sobre a cicatriz pós-mastectomia quando da colocação do implante mamário (Bostwick III)⁽⁴⁾ e, por fim, na simplicidade da técnica divulgada por Holmström⁽²¹⁾, quando difundiu o retalho toracodorsal lateral.

Este trabalho tem por objetivo apresentar nossa técnica, usada desde 1996 nos casos de reconstrução mamária, com o emprego dos Retalhos Cutâneos em Duplo V — segundo princípios geométricos — associado à Prótese Mamária de Silicone, com reconstituição do complexo aréolo-mamilar e adequação da mama contralateral em um único tempo cirúrgico, permitindo contorno anatômico e harmonioso da nova mama, parede torácica e região axilar, com menor morbidade cirúrgica.

HISTÓRICO

Na literatura, ampla e vasta, da Cirurgia de Reconstrução Mamária, encontramos Czerni⁽²⁸⁾, que em 1895 utilizou um lipoma gigante da própria paciente para reconstruir uma mama amputada por doença benigna. Durante muitos anos, até o final do século passado, o princípio cirúrgico do tratamento dos tumores malignos da mama era meramente paliativo, com ressecções pequenas limitadas ao tumor e sua reconstrução limitava-se ao local extirpado.

Quando Halstead⁽¹⁷⁾ iniciou o tratamento das neoplasias mamárias realizando a Mastectomia Radical, o prognóstico das pacientes foi alterado mas, em troca, surgiram as mutilações agressivas. Este fato mudou a preocupação dos especialistas responsáveis pela cirurgia de reconstrução, que passaram a se dedicar à reconstrução da parede torácica, agora sede de lesões extensas secundárias às grandes ressecções cirúrgicas e, também, às seqüelas causadas pelos tratamentos coadjuvantes vigentes (radioterapia).

Em princípio, como opção de reconstrução, eram realizados enxertos de pele e retalhos de vizinhança, visando tão somente à cobertura cutânea da região afetada, com resultados estéticos pobres. Inúmeros retalhos cutâneos de vizinhança foram descritos, encontrando-se diversas bases quanto à origem dos pedículos cutâneos ao acaso: base superior (Payr e Tanzini)⁽²⁴⁾, base inferior (Chardot-Carolus e Wallace-Wilson)⁽²⁾; e base lateral (Pierer, Robineau, Morel Fatio entre outros)⁽²⁴⁾. No início do século XX, nota-se a preocupação da reparação quanto à forma da mama, associada ao fechamento do tegumento cutâneo com retalhos locais (Payr, Ombredanne e Kleinschmivi)⁽²⁴⁾.

Graças ao advento dos retalhos cilíndricos de Gillesfilatov-Ginestet⁽²⁴⁾, no ano de 1916, a cirurgia de re-

construção mamária sofre o incremento da utilização dos retalhos cutâneos à distância, já com a preocupação de reconstrução quanto à forma e volume mamários, principalmente útil nos casos de extenso comprometimento cutâneo por radiodermite. Em 1925, Gillies-Donati⁽⁴⁾ iniciam este tipo de técnica, seguidos por vários outros autores (Cholnoky, Fossati, Barsky, Ginestet). Em 1957, Gillies-Millard descrevem o uso dos tubos abdominais com resultados favoráveis, porém com alta morbidade pelos vários tempos cirúrgicos exigidos. Em 1967, Pitanguy⁽³³⁾ utiliza os retalhos tubulares, de origem abdominal, para o tratamento de hipomastias e, mais recentemente (1973), Orticochea⁽³⁰⁾ propõe a reconstrução mamária com o retalho à distância da região glútea, utilizando a mão como vetor, também com baixa aceitação devido ao incômodo e multiplicidade de tempos cirúrgicos envolvidos.

Ainda, na transição secular, alguns autores preconizaram as autoplastias cutâneo-glandulares, com o uso da mama oposta, rodada para posição central única chamada de "ciclopização", com péssimos resultados estéticos (Verneuil, Legueu, Morestin, Sauerbruch e outros)⁽²⁾. A partir desta idéia, surgem as autoplastias dermoglandulares, pela divisão da mama remanescente, com melhores resultados estéticos, pois visavam criar um novo volume mamário do lado reconstruído, além de conservar a morfologia adequada da mama doadora (Morestin, Mir-Mir, Burian, Neumann, Reinhardt, Dufourmentel e outros)⁽²⁴⁾. Nos anos 60 e 70, autores brasileiros (Callia⁽⁵⁾, Ely Ela⁽¹²⁾ e Pontes⁽³⁵⁾) aprimoraram a técnica de divisão mamária, obtendo bons resultados para a época. Em 1981, De la Plaza⁽⁸⁾ sugere um retalho de transposição dermoglandular utilizando uma parte da mama contralateral e tecido toracoepigástrico.

Outros tipos de reconstrução, agora visando o volume do cone mamário, são difundidos: autoplastia glandular pura (da mama contralateral: Pierre-Bureau)⁽²⁴⁾; autoplastia gordurosa (Morel-Fatio)⁽²⁴⁾, dermo-gordurosa (Marino, Longacre, De Cholnoky e outros)⁽²⁴⁾, musculares (Madeira I e II, Sanders)⁽²⁴⁾ e epiplóica (Kiricuta, Zavaleta)⁽²⁴⁾.

A partir da metade deste século, a cirurgia oncológica da mama passa a ter tendência de menor agressividade com a Mastectomia Radical Modificada (mioconservadora) e a Mastectomia Subcutânea⁽¹⁶⁾, permitindo melhores condições de fechamento da ferida operatória. Assim, os cirurgiões responsáveis pela

reparação da mama amputada persistiram na busca constante de técnicas aprimoradas que permitissem não somente a cobertura cutânea mas, também, a melhora da estética local. Neste período, surgem os diversos tipos de implantes mamários (inicialmente com Pangman e Gonzalez-ulloa)⁽²⁴⁾. Com Cronin-Gerow⁽²⁴⁾, no início dos anos 60, os implantes mamários de silicone, já divulgadas no Japão no final dos anos 40 por Akiyama⁽²⁴⁾, foram difundidos nas mastoplastias de aumento. A implantação deste tipo de prótese no subcutâneo, na cirurgia de reconstrução mamária, foi sistematizada em 1971, por Snyderman e Guthrie. Em 1974, Bohmert⁽²⁾ propôs retalho toracoepigástrico rodado cranialmente para cobrir uma prótese de silicone posicionada no local da neo mama, técnica amplamente desenvolvida e difundida por Cronin⁶. A partir de 1978, Radovan⁽³⁶⁾ inicia a expansão gradual de tecidos para criação de uma loja com capacidade volumétrica suficiente para a introdução de um futuro implante definitivo, contando com vários seguidores^(27,40).

Entre os anos 50 e 70, a utilização dos retalhos dermo adiposos locais, amplamente usados no início do século (retalho toracolateral de Kleinschmidt)⁽²⁸⁾, ainda encontram uso na reparação mamária, associados ou não ao uso de implantes mamários, como por exemplo: retalho toracoabdominal (Baroudi, Boehmert)⁽²⁸⁾; retalho toracoescapular (Longacre)⁽²⁶⁾ e retalho deltopeitoral (Bakamjian)⁽²⁸⁾.

O uso dos retalhos miocutâneos para reconstrução de mama tem início com Tanzini⁽²⁸⁾ (1906), que descreveu a técnica de rotação anterior do músculo grande dorsal e enxerto posterior. Em 1976, Olivari⁽²⁹⁾ associou o uso do retalho do grande dorsal à prótese de silicone, técnica popularizada por Bostwick⁽³⁾, com grandes avanços estéticos. Dever⁽¹¹⁾, em 1977, foi o primeiro a utilizar o músculo feto abdominal num retalho miocutâneo vertical, cirurgia modificada por Hartrampf⁽¹⁸⁾ e Gandolfo⁽¹⁴⁾ em 1982, dispensando a utilização de prótese. No ano de 1984, Ishii⁽²²⁾ faz uso do retalho bipoduculado do músculo reto abdominal a fim de garantir maior viabilidade circulatória. Lejour⁽²⁵⁾ promulga o retalho miocutâneo transversal superior do músculo reto abdominal, seguido por Vasconez e Psillakis⁽³³⁾, entre outros.

Os retalhos fásio-cutâneos, locais ou à distância, também encontram seu lugar na cirurgia reconstrutiva da mama, como por exemplo: retalho fásio-cutâneo toracodorsal Holmström⁽²¹⁾, 1983) e retalho fásio-

cutâneo branquial (Pitanguy⁽³⁴⁾ - 1984).

Os tecidos musculares de vizinhança reencontram utilização nos anos 70 e 80, proporcionando o volume mamário perdido: peitoral maior (Brown)⁽²⁸⁾; oblíquo externo (Little)⁽²³⁾; serrátil (Arnold)⁽²⁸⁾ e redondo maior (Goldfrey)⁽²⁸⁾. Em 1990, com Erol e Spira⁽²⁸⁾, ressurge o uso do omento, agora com sua interposição entre a pele e subcutâneo abdominal previamente autonomizados.

Com o advento da microcirurgia, os retalhos musculares livres foram idealizados e trazidos à reconstrução de mama, entre eles: glúteo máximo (Fujino - 1976)⁽¹³⁾ e tensor da fáscia lata (Hill 1978)⁽¹⁹⁾. Em 1979, Holmström⁽²⁰⁾ propôs a utilização do tecido abdominal inferior como retalho livre, com anastomoses dos vasos perfurantes periumbilicais.

Nos últimos anos, também surgem novas técnicas de extirpação do tumor e os mastologistas passam a ter a opção de cirurgias mais conservadoras, não mutilantes, complementadas pela radioterapia e quimioterapia, que são as Ouadrantectomias⁽³⁹⁾. Desta forma, os grandes retalhos miocutâneos, desenvolvidos até então, passam a ser inadequados nos casos de ressecções menores. Alguns autores (Franco, George, Petit)⁽⁷⁾ passam a se preocupar na reconstituição das lesões causadas pelas quadrantectomias, muitas vezes com formas e localizações variadas e, com Daher⁽⁷⁾ surgem os retalhos em ilha da mama ("Plug Flaps").

CASUÍSTICA E MÉTODO

Desde 1996, em nosso serviço, estamos indicando para as cirurgias de reconstrução mamária a utilização de retalhos cutâneos em duplo V confeccionados através de princípios geométricos associados ao implante mamário de silicone. Com esta técnica, foram operadas 10 pacientes primariamente mastectomizadas devido à neoplasia de mama, submetidas a mastectomias radicais modificadas (mioconservadoras - Tipo Patey), apresentando, portanto, preservação da musculatura peitoral e esvaziamento ganglionar homolateral.

Seis pacientes possuíam a mama direita amputada e, quatro, a esquerda.

A qualidade e quantidade de pele circundante variou para cada paciente, assim como a espessura do tecido celular subcutâneo, que em duas pacientes apresentava-se mais delgado. Nenhuma delas apresentava seqüelas locais sérias por radiodermite.

As características da cicatriz pós mastectomia, quanto à qualidade (normal, hipertrófica, alargada, deprimida e irregular), direção (em seis pacientes a cicatriz era horizontal e, nas demais, oblíqua) e comprimento apresentaram-se variáveis.

A idade das pacientes variou de 36 a 65 anos. Três pacientes eram tabagistas moderadas.

Todas as pacientes apresentavam-se em condições clínicas (ASA I) e tinham exames laboratoriais dentro da faixa de normalidade para realização do procedimento cirúrgico. Também apresentavam liberação do mastologista e oncologista para a reconstrução mamária. O tempo de espera entre a mastectomia e cirurgia reparadora para este grupo de pacientes variou de 2 a 3 anos, por motivos variados.

O tipo de anestesia utilizado foi a anestesia geral com Baixo Fluxo, rotineiramente indicada em nosso serviço.

Como rotina instituiu-se antibioticoterapia (cefalosporina de 3ª geração na maioria dos casos) até o sétimo dia pós-operatório, e o uso de analgésicos comuns foi sintomático. Durante a primeira semana pós-cirúrgica já iniciaram-se os procedimentos de drenagem linfática, e os pontos de pele foram retirados entre o 10º e 12º dias pós-operatórios, período em que se indicou mobilização manual e suave das próteses.

Dividimos, didaticamente, os Princípios Geométricos aplicados durante a demarcação e os passos cirúrgicos para realização da Reconstrução Mamária com Duplo Retalho Cutâneo em V Associada à Prótese de Mama, descritos a seguir:

1. Identificação da cicatriz preexistente (pós mastectomia), principalmente notando-se seu comprimento e direção.
2. Exame minucioso da mama contralateral medindo-se, como valores de referência, sua altura e largura.
3. Demarcação (Fig. 1):
 - ◆ Identificação dos pontos médios nas regiões supra-esternal e apêndice xifóide. A partir destes, realiza-se a demarcação de linha média e central, denominada LINHA I (que se projeta desde a região supra-asternal até cicatriz umbili-

cal, passando pelo apêndice xifóide do esterno).

- ◆ Em seguida, desenha-se a **LINHA 2**, que parte do mesmo ponto central localizado na região supra-esternal, dirigindo-se obliquamente em direção à projeção mamilar da mama sã, até cruzar o sulco submamário respectivo (previamente demarcado com azul de metileno). Neste ponto, é importante salientar que esta linha projeta-se obliquamente em sentido descendente até alcançar a placa aréolo-mamilar sã, para depois descer de forma perpendicular até cruzar o sulco submamário em ângulo reto dividindo, desta forma, a glândula mamária sã em duas metades iguais, determinando um ponto central, denominado **PONTO 0**.
- ◆ Realiza-se a projeção do sulco submamário do lado a ser reconstruído, seguindo-se como base a marcação feita com a paciente ainda em posição ortostática, antes do início da cirurgia, quando pode-se comparar mais eficazmente a altura entre os sulcos submamários. A partir deste neo sulco submamário marca-se sua projeção inferior (cerca de 2 cm), área que, no momento oportuno, também será descolada de seu leito.
- ◆ Com auxílio de um compasso, parte-se da linha central (**LINHA 1**) em direção ao **PONTO 0** encontrando-se, então, a distância X (Fig. 2). Esta distância é repassada para o lado a ser reconstruído determinando-se a **DISTÂNCIA X'**, cujo final determina a projeção "em espelho" do **PONTO 0**, que neste lado recebe a denominação de **PONTO 0'**. Partindo deste ponto, em direção ao ponto médio supra esternal, traça-se a linha oblíqua do lado reconstruído, denominada **LINHA 2'**.
- ◆ Do lado sã, com auxílio de uma régua, segue-se com a identificação e marcação da linha axilar anterior (**LINHA 3**). Posteriormente, sobre o sulco submamário e ainda no lado sã, identifica-se a distância entre esta linha axilar anterior e o **PONTO 0**, encontrando-se a **DISTÂNCIA Z**.
- ◆ Sobre o neo sulco submamário lado a ser reconstruído, parte-se do **PONTO 0'** em direção à região axilar repassando-se a **DISTÂNCIA Z** (que no lado reconstruído recebe a denominação de **DISTÂNCIA Z'**). O ponto final desta nova distância determina o ponto de projeção da nova linha axilar anterior (**LINHA 3'**), igualmente demarcada com azul de metileno.
- ◆ No sentido horizontal, utilizando-se como referências a projeção axilar da cicatriz horizontal pós-mastectomia e a nova linha axilar anterior (**LINHA 3'**), que se cruzam em ângulo perpendicular, dois pontos são demarcados e unidos por linha reta: **PONTOS A e B'**. A **DISTÂNCIA Z'** corresponde, em cm, à distância entre estes dois pontos e a **LINHA 3'**, que neste caso é central (Fig. 3).
- ◆ Sobre a **LINHA 3'**, agora no sentido vertical, utiliza-se a mesma **DISTÂNCIA Z'**, e a partir do ponto central de seu entrecruzamento com a projeção axilar da cicatriz pós-mastectomia, demarcam-se os pontos **A' e B**.
- ◆ Demarcados os pontos, inicia-se, então, a Confecção Geométrica dos Retalhos Cutâneos em Duplo V da Zetaplastia: **RETALHOS 1 e 2** (Fig. 4). A união entre os **PONTOS A e A'**, com linha ligeiramente curva de convexidade inferior, determina o **RETALHO 1** (de base superior, que será transposto para a região axilar). A união dos **PONTOS B e B'**, com linha de convexidade inferior mais acentuada, determina o **RETALHO 2** (de base inferior).
- ◆ Finalizada a etapa de demarcação, podem-se observar certas peculiaridades dos retalhos desenhados, que correspondem a uma grande zetaplastia.

O **RETALHO 1** tem base superior e depois de sua transposição no sentido lateral, em direção à região axilar, permitirá maior mobilidade e elasticidade à axila, que anteriormente encontrava-se limitada devido à retração tecidual local. O **RETALHO 2** tem base inferior e, ao sofrer rotação em sentido medial em direção à região mamária, garantirá a confecção da parede lateral da neo mama (facilitada pela maior convexidade da linha que une os **PONTOS BB'**), permitindo maior capacidade volumétrica à região, suficiente para a colocação do implante mamário.

4. Prossegue-se a cirurgia com a realização de **infiltração** local de solução anestésica (contendo soro fisiológico, lidocaína a 0,5% e adrenalina 1:400.000), nas áreas de incisão.
5. Segue-se, então, com a incisão cutânea das linhas previamente desenhadas no **Z (SEGMENTOS AA', AB' e BB')** (Fig. 5). O descolamento dos retalhos cutâneos em nível de tecido celular subcutâneo, no plano suprafacial, é realizado meticulosamente com auxílio de lâmina de bisturi número 23. A viabilidade dos retalhos ao acaso pode ser comprovada pela presença de fluxo sanguíneo em suas extremidades.
6. Após a realização do subcutâneo dos **RETALHOS 1 e 2**, com auxílio de manobra digital, realiza-se o descolamento rombo do leito receptor do implante mamário, localizado justamente abaixo e ao redor da área da antiga cicatriz pós-mastectomia (Fig. 6). Nesta etapa, a área correspondente aos 2 cm inferiores do novo sulco submamário (hachureada), também é descolada a fim de permitir uma melhor acomodação da prótese. Com ajuda da fibra óptica e eletrocautério procede-se, então, à rigorosa hemostasia.
7. O implante mamário rugoso de silicon-gel é embebido em solução de iodopolvidona. Em nossa casuística, foram colocados implantes de: 165cc (1 paciente); 190cc (6 pacientes); 260cc (2 pacientes) e 325cc (1 paciente), em plano supramuscular, não se observando nenhum tipo de tensão tecidual no intra-operatório.
8. Imediatamente após a colocação da prótese, inicia-se a sutura com a realização de pontos internos de sustentação da parede lateral, responsável pelo limite lateral do órgão reconstruído, justamente localizados abaixo da incisão vertical cuja cicatrização futura formará a nova linha axilar anterior (situada no mesmo nível da LINHA 3'). Realizam-se, para isto, 3 a 5 pontos com fio monofilamentar de nylon forte (3-0 ou 2-0), entre a base do **RETALHO 2** e fáscia muscular, aprisionando desta forma a prótese em seu novo leito, não permitindo deslocamentos laterais (Fig. 7).
9. Em seguida, em toda extensão da zetaplastia, procede-se a sutura dos retalhos, por planos: subcutâneo, subdérmico e cutâneo (pontos simples invertidos com fio monofilamento de nylon 4-0 nos dois primeiros planos e pontos de Gillies com fio 5-0, no último). As porções mais periféricas dos retalhos, cerca de 1,5 a 2 cm das extremidades, eventualmente podem ser saturadas em V-Y, evitando-se tensões nas linhas de sutura.
10. A mama reconstruída, pode agora ser observada (quanto sua posição e volume) e comparada com a mama contralateral (sã) (Figs. 8 e 9). O próximo tempo cirúrgico é denominado de "adequação da mama contralateral". Nem sempre este tempo se faz necessário (2 casos de nossa casuística) mas, quando realizado, basicamente 3 técnicas cirúrgicas podem ser empregadas:
 - ◆ mamoplastia redutora (5 casos)
 - ◆ mastopexia (2 casos)
 - ◆ mamoplastia de aumento (1 caso)
11. Em nosso serviço, a mama contralateral (sã) é operada pela Técnica de Cicatriz Vertical Única⁽¹⁰⁾ associada ou não à lipoaspiração superficial dos prolongamentos lateral e medial. Preconiza-se, também, a realização de retalho glândulo-adiposo⁽⁹⁾ para preenchimento do polo superior (técnica de SOUZA PINTO^(9, 10)).

12. Após “adequação da mama contralateral”, realiza-se a medida da placa aréolo-mamilar sã e a posterior transposição dos pontos cardeais para o lado reconstruído, tomando-se o cuidado para que o centro da neo-aréola (cuja marcação é realizada com auxílio de um areolótomo) situe-se sobre a **LINHA 2'**, que é novamente traçada neste tempo cirúrgico. A correção da **LINHA 2'** é feita, traçando-se uma linha perpendicular a partir do **PONTO 0'** (situado no novo sulco submamário) até a posição do novo mamilo (localizado no centro dos pontos cardeais demarcados). A altura desta nova linha perpendicular em relação ao mamilo, deve coincidir com o lado contralateral (cuja mama já passou pela “etapa de adequação”). A partir da projeção do neo mamilo, traça-se em direção ao ponto central da fúrcula esternal, a nova linha oblíqua **2'**.

Faz-se, então, a decorticação cutânea do novo sítio areolar, seguindo-se pela colocação do enxerto de pele total retirado da raiz da coxa (prega inguinal) (Fig. 10). O enxerto é saturado com pontos de Gillies, devendo-se realizar abertura central para a colocação e sutura de enxerto de mamilo contralateral. Ambos enxertos recebem o curativo compressivo de Brown, retirado no sétimo dia pós-operatório.

13. Drenos aspirativos devem ser colocados e retirados no dia seguinte à cirurgia. Os curativos são realizados com colocação de gaze sobre a ferida operatória e fita de *Micropore*, na porção inferior, tomando-se o cuidado de deixar livre a metade mais lateral da base do retalho mamário (**RETALHO 2**), permitindo adequados irrigação e retomo sanguíneos (Figs. 11 e 12).

RESULTADOS

No atual seguimento (3 a 18 meses de pós-operatório) da Reconstrução Mamária com a técnica descrita, os seguintes resultados são observados (CASOS 1, 2, 3 e 4):

ESTÉTICO-FUNCIONAL

Sob o ponto de vista estético, as formas de mama

obtidas com este procedimento, aproximam-se muito da forma ideal do “cone mamário” esperado. As cicatrizes finais da zetaplastia acabam por se posicionar em posições estratégicas e dissimuladas (a maior extensão do **Z**, encontra-se sobre a linha axilar anterior ou muito próxima a esta, do lado reconstruído). Na visão anterior, apenas pequeno segmento de cicatriz (um dos ramos menores do **Z**) pode ser observado no quadrante superior externo da mama e, como se trata de um retalho local (mesma qualidade de pele e espessura de tecido celular subcutâneo), não foram observados “degraus” ou outros desníveis cicatriciais. O outro ramo do **Z** situa-se na parede torácica látero-posterior.

Em três casos, observamos a “quebra” da cicatriz antiga pós-mastectomia, não influenciando com os resultados estéticos obtidos. Também não houve diferença, em relação aos resultados finais, a direção prévia desta cicatriz (horizontal ou oblíqua).

Do ponto de vista funcional, notamos maior mobilidade e liberação da região axilar, graças à rotação e transposição do **RETALHO 1**, antes limitada pelo próprio procedimento de mastectomia e retrações cicatriciais locais. Também existe melhora considerável do “acúmulo tecidual” (pele e gordura) observadas em posição inferior em relação à axila, pós-amputação mamária. A qualidade e posicionamento da parede lateral da mama reconstruída é conseguida graças à rotação do **RETALHO 2**, facilitada por direção mais convexa da linha de incisão traçada.

MAMA CONTRALATERAL

A “adequação da mama sã” foi necessária em oito pacientes, realizadas com prévia autorização no mesmo tempo cirúrgico da reconstrução mamária. A mamoplastia redutora foi efetuada em 5 casos (ressecando-se até 340g de tecido mamário), mastopexia em 2 casos e mamoplastia de aumento em 1 caso. Todo o tecido ressecado foi analisado pela anatomia patológica não se encontrando sinais de malignidade.

COMPLEXO ARÉOLO-MAMILAR

Em nossa casuística, todos os “complexos aréolo-mamilares” foram reconstruídos no mesmo tempo cirúrgico, apresentando bons resultados em nove

casos. Em apenas uma paciente houve sofrimento do mamilo central enxertado, com perda parcial do mesmo. Três casos apresentaram ligeira lateralização, em cerca de 1 a 1,5 cm, o que não afetou a qualidade estética final do resultado obtido. Este problema, agora é corrigido com a etapa de remarcação da LINHA 2', descrita no momento da marcação da nova placa aréolo-mamilar.

IMPLANTES MAMARIMAMARIOS

As próteses implantadas em loja supra-muscular apresentaram boa mobilidade e não se deslocaram superiormente, graças ao descolamento dos 2 cm inferiores ao novo sulco submamário, em nove casos. Apenas no primeiro caso, em que não realizamos tal descolamento, o implante mamário se localizou em posição mais alta.

A contenção lateral das próteses foi eficiente com a nova parede mamária fornecida pela rotação do RETALHO 2 e, mesmo com a utilização de próteses de grandes volumes (260 e 325cc), houve facilidade na execução do implante, não se observando tensões e trações excessivas dos retalhos.

COMPLICAÇÕES

Em dois casos, houve formação de pequeno hematoma, esvaziado durante o primeiro curativo. Com exceção do sofrimento e perda parcial de um dos mamilos reconstruídos e do caso em que o implante mamário se localizou em posição mais alta, até o presente momento, não houve outros tipos de complicações como: sofrimentos e necroses dos retalhos (mesmo nas duas pacientes com tecido celular delgado ou nas tabagistas), infecções ou contrações capsulares pelo uso das próteses.

MORBIDADE CIRÚRGICA

Técnica de execução simples, rápida (45 minutos em média), segura e não espoliativa. Sete pacientes receberam alta hospitalar no mesmo dia, oferecendo à cirurgia um caráter ambulatorial e favorecendo, assim, o aspecto psicológico da mesma.

PSICO-EMOCIONAL

Antes da reconstrução, todas as pacientes apresentavam, em grau variável, ansiedade alternada com estado depressivo, normalmente esperados pelo próprio curso da patologia e tratamento a que

tinham sido submetidas. Para cinco pacientes (50%), o sentimento de medo de se submeter a novo procedimento cirúrgico era forte o suficiente para prorrogar a indicação da reconstrução (2 a 3 anos em média).

Após se submeterem ao procedimento proposto, todas as pacientes experimentaram grande mudança do quadro psico-emocional. Segundo seus relatos, estas consideraram relativamente simples as etapas de cirurgia e pós-operatório e, também, em termos estéticos, gostaram da forma da nova mama obtida.

ASPECTO ECONÔMICO

Graças à simplicidade e rapidez da técnica (que influencia diretamente nos gastos cirúrgicos de sala) e à não necessidade de equipamentos cirúrgicos ou treinamentos especializados, fatores aliados ao curto tempo de permanência hospitalar (menos de 24 horas em média), também, em termos econômicos, a cirurgia mostrou-se favorável.

DISCUSSÃO

O cirurgião tem hoje grande arsenal de métodos cirúrgicos para a reconstrução mamária^(4, 28, 40), no entanto a escolha entre os diversos métodos ainda permanece difícil e não existe uma técnica única que sirva a todos os casos pós-mastectomia⁽²⁷⁾. Chamamos atenção para alguns fatores que poderão nortear a escolha por um procedimento mais simples, como a Reconstrução Mamária Geométrica com Retalhos Cutâneos em Duplo V associada a Prótese de Mama:

SIMPLICIDADE DE EXECUÇÃO E MORBIDADE CIRÚRGICA

Na época atual, os retalhos musculares⁽²⁴⁾ (microcirúrgicos^(13, 19, 20) ou não), constituem-se um dos marcos no desenvolvimento da Cirurgia Plástica Reparadora, cujo maior representante é o TRAM^(1, 22, 23, 38, 40), seguido pelo músculo grande dorsal^(3, 29) e retalhos fásccio-cutâneos⁽²¹⁾.

Contudo, a cirurgia que envolve a transposição de retalhos não é, em nenhum centro, uma cirurgia simples, estando sempre envolvida com fatores de maior morbidade cirúrgica⁽²⁷⁾: espoliação clínico-hematológica da paciente; traumas irreversíveis nas áreas de doação dos retalhos musculares com o legado de grandes cicatrizes visíveis e ausência da

função normal do músculo comprometido (que no caso do músculo reto abdominal, cuja técnica nem sempre é exequível devido a cirurgias plásticas anteriores, traduz-se pelo comprometimento da prensa abdominal); maior tempo de internação hospitalar para recuperação da paciente, quantidade maior de complicações pós-operatórias (necroses de retalhos, infecções, irregularidades de forma e cicatriz, entre outras).

Por estas razões, baseados em princípios cirúrgicos antigos^(4, 21, 31, 32), em busca de simplicidade e eficiência de um método cirúrgico menos agressivo^(7, 21), fomos procurar no passado técnica cirúrgica (rotação de duplo retalho cutâneo em duplo V associado à implantação de prótese mamária) que possa ser realizada em centros hospitalares com condições mínimas para um procedimento de pequeno-médio porte, sem necessidade de aparelhos sofisticados e sem a necessidade de treinamento microcirúrgico específico por parte do cirurgião plástico. Os resultados obtidos com esta técnica têm mostrado facilidade e rapidez de execução, com baixo tempo de internação hospitalar (mais econômica e, portanto, mais condizente com a situação econômico-social de nosso país). Pode ser aplicada em praticamente todas as pacientes submetidas a Mastectomias Radicais Modificadas⁽³⁹⁾ (tipo Patey), mesmo nas que apresentam cicatrizes mais oblíquas, quase verticais, sendo a radiodermite cutânea severa a única contra-indicação observada. Outra contra-indicação, neste caso relativa, seria o fato da recusa por parte da paciente à implantação de prótese mamária de silicone.

ASPECTOS ESTÉTICOS E FUNCIONAIS

Com esta técnica, também temos conseguido adequada forma e volume do cone mamário reconstruído, associados à excelente cobertura cutânea local (pontos fundamentais para eficiente reconstrução mamária)^(24, 27, 28, 31).

O posicionamento da neo mama e sua adequação com o órgão contralateral tem mostrado bom aspecto estético e simétrico, com as cicatrizes se posicionando de forma dissimulada na face torácica látero-posterior. Excetuando-se o local relativo à antiga cicatriz da mastectomia (que permanece anteriorizada), apenas no quadrante mamário súpero-externo, pode-se notar (em visão anterior)

uma pequena cicatriz, proveniente de um dos ramos menores da zetaplastia dos Retalhos Cutâneos em Duplo V. Até o momento, estas cicatrizes vêm, em todos os casos, apresentando boa qualidade, sem retrações, desníveis, hipertrofias ou alargamentos (vantagens do uso de tecido local, que apresenta mesma qualidade de pele e subcutâneo).

Já com a utilização dos retalhos musculares^(22, 24, 28) (microcirúrgicos ou não), muitas vezes, do ponto de vista estético, notam-se desníveis teciduais (devido à grande diferença de espessura dos tecidos envolvidos, principalmente tecido celular subcutâneo, necessitando algumas vezes de um segundo tempo cirúrgico para seu desengorduramento) e irregularidades cicatriciais (que normalmente, pela técnica realizada, encontram-se na face anterior do órgão reconstruído).

Do ponto de vista funcional, os retalhos cutâneos ao acaso, confeccionados por esta técnica, vêm apresentando boa segurança e viabilidade circulatória.

Ainda sobre a função, também estamos obtendo, com a utilização destes retalhos, ampla liberação e mobilização da região axilar, que na maioria das vezes encontra-se retraída e com movimentos limitados, devido ao tipo de exeres e cicatrização envolvidos após a mastectomia⁽³⁹⁾.

Os implantes mamários, utilizados por muitos autores^(6, 21, 27), vêm demonstrando grande capacidade no que se refere ao fornecimento do volume do órgão amputado, não apresentando índice de complicações em nossa experiência.

ASPECTOS PSICO-EMOCIONAIS

A facilidade demonstrada pela técnica descrita, aliada à reconstrução em um único tempo de todos os elementos envolvidos (com conseqüente menor número de internações) e curto tempo de permanência hospitalar, levam a uma maior aceitação da etapa de reconstrução por parte da paciente, que pelo curso natural de sua doença encontra-se ansiosa e deprimida^(27, 40). O acompanhamento multidisciplinar⁽⁴⁰⁾ desta patologia poderá, após liberação do mastologista-oncologista-radiologista e psicanalista, levar a um planejamento de reconstrução imediata^(23, 27, 40), sempre em benefício da paciente, quer de

ordem psico-emocional ou econômica, contribuindo com o ciclo de cura da doença pela melhoria do aspecto imunológico⁽⁴⁰⁾, (que, hoje, sabe-se ser amplamente influenciável pelos aspectos emocionais).

CONCLUSÃO

Em uma época marcada pelo grande avanço tecnológico em todos os setores do conhecimento humano, devemos nos lembrar que a cura oncológica não está confinada somente à neoplasia, mas, também, relaciona-se diretamente à qualidade de vida que proporcionará ao paciente envolvido. Este pensamento aplica-se de forma integral à paciente mastectomizada, cujo aspecto psico-emocional se beneficia, cada vez mais, pelo aspecto estético aliado ao aspecto funcional de fechamento da ferida obtidos após a cirurgia

de reconstrução.

Com consciência plena do aspecto multidisciplinar que envolve a cirurgia de reconstrução mamária, estamos encontrando com a confecção dos Retalhos Cutâneos em Duplo V, seguindo-se os princípios geométricos descritos, aliados à implantação de prótese mamária, uma técnica cirúrgica de simples execução, baixa morbidade e baixos custos econômicos, o que garante à paciente os resultados estéticos e funcionais almejados, além de proporcionar grande ajuda na biosfera emocional, em prol da cura definitiva de uma patologia que outrora já produziu inúmeras seqüelas irreparáveis em nossa sociedade.

BIBLIOGRAFIA

Vide páginas 31 e 32.