

Sutura de Parente: uma opção para estabilização lateral do implante da reconstrução mamária imediata

Parente's Stitch: an Option for Lateral Stabilization of the Implant in DTI-Breast Reconstruction



EVANDRO LUIZ MITRI
PARENTE^{1*}

LEANDRO SOARES GRANGEIRO¹
GIORGIO SANDINS BEZ BATTI¹
CARLO MOGNON MATTIELLO^{1,2}

RESUMO

Introdução: A reconstrução mamária imediata mudou a vida das pacientes submetidas a mastectomia. Inicialmente realizava-se o procedimento em dois estágios, com uso de expansores que eram trocados por implantes. Com o surgimento das telas, esse cenário mudou; sem elas o implante permanece com cobertura lateral pobre com possibilidade de migração. **Método:** Descrição da técnica de sutura desenvolvida pelo autor para fornecer uma barreira para migração lateral do implante. **Resultados:** O autor tem atingido sucesso na manutenção do posicionamento dos implantes com essa técnica. **Discussão:** O uso de telas para cobertura inferolateral favorece o suporte e bom posicionamento do implante, porém elas ainda são caras para realidade brasileira. Por isso, a busca por opções para essa questão são imperativas. **Conclusões:** O uso da sutura desenvolvida pelo autor tem bons resultados na manutenção da posição dos implantes. **Descritores:** Reconstrução; Mama; Implantes de mama.

ABSTRACT

Introduction: Immediate breast reconstruction changed the lives of patients who underwent mastectomy. Initially, the procedure was performed in two stages, using expanders that were replaced by implants. With the appearance of the matrices, this scenario has changed. Without them, the implant remains with poor lateral coverage with possibility of migration. **Method:** Description of a suture technique developed by the author to provide a barrier for lateral migration. **Results:** the author has been successful in maintaining the positioning of implants with this technique. **Discussion:** The use of screens for inferolateral coverage favors the support and good positioning of the implant, however they are still expensive for Brazilian reality. So the search for options for this issue is imperative. **Conclusions:** The use of the suture developed by the author. **Keywords:** Reconstruction; Breast; Breast implants.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0044

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 40% das 1,7 milhões de mulheres diagnosticadas com câncer de mama precisarão da mastectomia como o tratamento cirúrgico da sua doença¹.

As modalidades para reconstrução são diversas, passando do uso de tecidos autólogos, o uso de expansores teciduais e implantes mamários até, mais recentemente, o uso de telas (biológicas ou sintéticas).

É sabido que tratamento dessa patologia afeta a autoestima e a imagem corporal das mulheres. A ascensão da reconstrução imediata, sem dúvidas, melhorou o desfecho estético, psicológico e a qualidade de vida das pacientes².

Inicialmente se realizava a reconstrução em dois estágios, pois havia limitação do *pocket* submuscular para acomodar um implante com volume definitivo. Para tal, era necessário, portanto, uso de expansores teciduais.

Com o surgimento das matrizes sintéticas e biológicas como opção para a reconstrução mamária³, esse cenário começou a mudar, pois abria a possibilidade de criar um *pocket*

no qual o implante ficasse melhor acomodado, resolvendo o problema da falta de cobertura na porção inferiolateral. Nessa técnica, as telas são suturadas na borda inferior do músculo peitoral maior e na parede torácica para acomodar um implante definitivo na cirurgia primária, eliminando a necessidade de uma segunda cirurgia⁴. Ao suturar a tela, a porção inferolateral do músculo peitoral maior, ela expande o espaço disponível para a inserção do implante mamário, criando um revestimento natural inframamário⁵. Essa técnica garante cobertura adicional e suporte inferiormente, permitindo uma expansão tecidual mais rápida (no caso do uso de expansores), uso de implantes mamários maiores e melhora da projeção do polo inferior⁶. Apesar de todos os benefícios, ainda são métodos considerados caros para a realidade brasileira.

Sem o uso desses reforços na parede inferolateral, muitos implantes acabam deslocando lateralmente, culminando em prejuízo estético. O objetivo desse artigo é descrever técnica desenvolvida pelo autor sênior (E.L.M.P), utilizando o próprio retalho da mastectomia suturado na porção inferolateral do

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Santa Catarina, SC, Brasil.

² Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

músculo peitoral maior com objetivo de obter cobertura lateral do implante mamário na reconstrução mamária imediata com uma adequada estabilização do implante, evitando o deslocamento lateral.

OBJETIVO

Uma opção para a estabilização lateral do implante da reconstrução mamária imediata.

MÉTODO

Após a mastectomia realizada pela equipe da mastologia, realizamos a liberação das inserções costais do músculo peitoral maior. Nesse momento pode haver a perda de continuidade do músculo em sua porção inferior, em caso de inserção alta do mesmo. Após, introduzimos o implante mamário, geralmente da marca Mentor, modelo anatômico – CPG 323 (perfil alto) e 322 (perfil moderado). Iniciamos os pontos de fixação da borda lateral do músculo peitoral ao retalho da mastectomia de medial para lateral. Ao término da sutura, o *pocket* criado deve estar devidamente ajustado ao implante, com o objetivo de impedir migração lateral do mesmo. Esse *pocket* caracteriza-se, portanto, em *dual plane* (retalho cutâneo em sua porção inferolateral e cobertura dupla – músculo + retalho cutâneo em porção superomedial). Utilizamos para a síntese fio absorvível (Vycril 3-0) (Figuras 1 e 2).

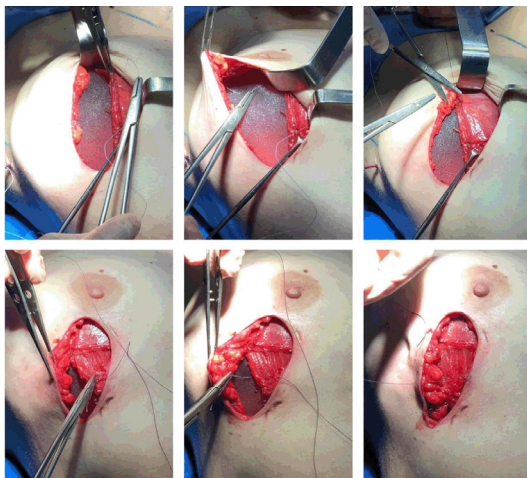


Figura 1. Passo a passo da sutura.



Figura 2. Resultado final da sutura.

O autor tem a rotina de deixar drenos suctores PVAC em todos os pacientes, os quais ficam na loja superior ao músculo. Permanece no pós-operatório imediato área de pinçamento na derme por onde passaram as suturas, porém essa cede e melhora em 2 semanas devido ao uso de sutura absorvível.

Crítérios de inclusão para uso da técnica: mastectomia com preservação de pele (com ou sem presença do complexo areolomamilar), pacientes com baixa probabilidade de realizar radioterapia adjuvante, mamas de pequeno e médio volume.

Crítérios de exclusão para uso da técnica: mamas grandes com ptose acentuada, acesso inframamário, dúvida em relação à viabilidade do retalho inferolateral da mastectomia.

RESULTADOS

O autor usa essa técnica há 5 anos com bons resultados. O diferencial da técnica é que não houve migração lateral significativa dos implantes, que diminuiu a incidência de reintervenção para ajuste da posição dos mesmos. A casuística de complicações, como necrose do retalho cutâneo, deiscência de ferida operatória ou seroma não foi diferente de outras opções técnicas e do que é descrito na literatura.

DISCUSSÃO

Há ainda muita discussão no campo da reconstrução mamária imediata, não havendo consenso sobre o melhor método, que varia desde o uso de retalhos desepidermizados associado com implantes até colocação de implante submuscular, subfascial ou pré-peitoral com ou sem uso de telas (sintéticas ou biológicas)⁷.

Apesar da disseminação do uso de técnicas com uso de telas, há pouca evidência que as coloque como padrão-ouro⁷⁻¹⁰. Além disso, o valor ainda é fator limitante para o uso disseminado das telas, sendo ainda muito caro para a realidade brasileira.

A idéia por trás do seu uso é de confeccionar um prolongamento do músculo peitoral maior, para que o implante fique melhor acomodado, sem migração lateral. Isso pode, em alguns casos, ser alcançado com o descolamento de retalhos de músculo serrátil anterior. Essa última técnica é muito utilizada quando não dispomos de materiais alogênicos; porém, na experiência do autor sênior, aumenta muito a dor e desconforto pós-operatórios, razão pela qual se buscou novas técnicas para cobertura sem necessidade de descolamento muscular.

A técnica proposta neste trabalho oferece cobertura ao implante e maior resistência ao deslocamento lateral dos implantes, mantendo o aspecto natural das mamas. Esse aspecto não foi discutido em nenhum dos trabalhos revisados.

Além disso, causa menos dor quando comparada à técnica de retalho serrátil anterior e não tem os altos custos do uso das telas. O autor tem atingido bons resultados com a técnica, com índices de necrose do retalho, exposição do implante, necessidade de reoperação similares às outras técnicas e ao que é descrito na literatura.

CONCLUSÃO

Acreditamos que a fixação/sutura do retalho da mastectomia com a borda inferolateral do músculo peitoral maior é uma boa opção para evitar o deslocamento lateral do implante, mantendo o posicionamento ideal do mesmo sem aumentar incidência de complicações no retalho.

REFERÊNCIAS

1. Frederick MJ, Berhanu AE, Bartlett R. Chest surgery in female to male transgender individuals. *Ann Plast Surg.* 2017; 78(3):249-53. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP0000000000000882>
2. Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Bowman C, Blondeel P, et al. Chest-wall contouring surgery in female-to-male

- transsexuals: a new algorithm. *Plast Reconstr Surg*. 2008; 121(3):849-59. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2>
3. Donato DP, Walzer NK, Rivera A, Wright L, Agarwal CA. Female-to-male chest reconstruction: a review of technique and outcomes. *Ann Plast Surg*. 2017; 79(3):259-63. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001099>
 4. Poudrier G, Nolan IT, Cook TE, Saia W, Motosko CC, Stranix JT, Hazen A. Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic Reconstr Surg*. 2019; 143(1):272-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113>
 5. Wilson SC, Morrison SD, Anzai L, Massie JP, Poudrier G, Motosko CC, et al. Masculinizing Top Surgery: A Systematic Review of Techniques and Outcomes. *Ann Plast Surg*. 2018; 80(6):679-83. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001354>
 6. Top H, Balta S. Transsexual mastectomy: selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Med J*. 2017; 34(2):147. DOI: <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>
 7. Hage JJ, Van Kesteren PJ. Chest-wall contouring in female-to-male transsexuals: basic considerations and review of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 1995; 96(2):386-91. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-199508000-00019>

Endereço Autor:*Evandro Luiz Mitri Parente**

Av. Trompowsky, nº 346 - 701 - Centro, Florianópolis, SC, Brasil

CEP 88015-300

E-mail: elmp@uol.com.br