

Algoritmo de reconstrução mamária após mastectomia na Santa Casa de Porto Alegre

Algorithm of mammary reconstruction after mastectomy in Santa Casa de Porto Alegre



JOÃO VITOR PEIXOTO LEAL ZANIRATI^{1,2*}

FELIPE BILHAR FASOLIN^{1,2}
 CIRO PAZ PORTINHO^{1,2}
 JOÃO MAXIMILIANO^{1,2}
 PEDRO BINS ELY^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0095

INTRODUÇÃO

O ensino e a aptidão das técnicas de reconstrução mamária requerem um longo e específico treinamento. Usualmente, os casos, revestidos de um alto índice de gravidade e complexidade, implicam de forma inerente um maior risco de complicações, que devem, sobretudo, serem levadas em consideração em hospitais de ensino. Assim, reduzir a incidência de complicações e manter um bom nível de treinamento é fundamental para a formação de bons médicos residentes nessa área^{1,2}.

OBJETIVO

Descrever um algoritmo em reconstrução mamária baseado em opções técnicas mais seguras e eficazes.

MATERIAL E MÉTODOS

Desde 2013, baseado nas pacientes que realizaram reconstrução mamária no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, advindas pelo Sistema Único de Saúde, e operadas pelo grupo da residência médica, identificou-se quais seriam as principais complicações cirúrgicas, bem como as limitações terapêuticas evolvíveis. As principais limitações encontradas foram: complicações e resultados insatisfatórios no uso de implantes associados à radioterapia; isquemia de retalhos; desfechos inadequados por planejamento insuficiente. A partir de então, criou-se um algoritmo perioperatório nessa instituição. No pré-operatório, foi contraindicado o uso de

RESUMO

O ensino e a aptidão em cirurgia de reconstrução da mama são de extrema importância na formação de um residente em cirurgia plástica, principalmente em função das inúmeras complicações e resultados aquém dos esperados que envolvem esse tipo de cirurgia. Foi pensando nisso que o serviço de cirurgia plástica da Santa Casa de Porto Alegre criou um algoritmo de tratamento em reconstrução mamária em pacientes submetidas à mastectomia, melhorando na qualidade da formação dos profissionais dessa instituição, bem como oferecendo um serviço de melhor qualidade às pacientes.

Descritores: Implante mamário; Mamoplastia; Mama; Neoplasias da mama; Mastectomia segmentar.

ABSTRACT

Teaching and aptitude in breast reconstruction surgery are extremely important in the formation of a resident in plastic surgery, mainly due to the innumerable complications and results short of expected that involve this type of surgery. Because of this the plastic surgery service of Santa Casa de Porto Alegre created a treatment algorithm in breast reconstruction in patients submitted to mastectomy, improving the quality of the professionals training of this institution, as well as offering a service of better quality to patients.

Keywords: Breast implants; Mammoplasty; Breast; Breast neoplasms; Segmental mastectomy.

expansor em monoterapia nas pacientes que realizaram radioterapia. Da mesma forma, não é adequado o uso de prótese imediatamente à confecção de retalho com o músculo grande dorsal, optando-se pelo uso conjunto de expansores, evitando gerar tensão excessiva na ferida. Nesse momento, realizamos um planejamento específico em relação ao formato e à posição da mama a ser reconstruída, baseado na mama sadia, contralateral. No transoperatório, o algoritmo visa a proteção do paciente em relação ao posicionamento, prevenção de embolia, e outras complicações cirúrgicas. Já no pós-operatório, o foco é sobre a identificação e tratamento precoce das complicações.

RESULTADOS

O grupo desse estudo é composto quase exclusivamente de pacientes que realizaram a reconstrução mamária tardiamente, ou seja, não fora realizado nenhum ato reconstrutor durante a mastectomia ou setorectomia. Nosso algoritmo avalia, primeiramente, a submissão à radioterapia; caso a paciente não tenha sido submetida, tenha uma boa qualidade da pele local e não seja tabagista, a preferência é a utilização de retalho autólogo. O uso do retalho transversal do músculo reto abdominal (TRAM) é a primeira opção quando há excesso dermocutâneo no abdome, além de ausência de cirurgias abdominais prévias que comprometam a vascularização do segmento do retalho. Nos casos em que as exigências anteriores não são atendidas, usa-se o retalho do músculo grande dorsal, com colocação de expansor. Na impossibilidade ou na falha desses retalhos, o serviço iniciou

¹ Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

recentemente com reconstruções microcirúrgicas, podendo utilizar autotransplantes, tais como o DIEP e o SIEA, que são retalhos microcirúrgicos profundos e superficiais da artéria epigástrica inferior, respectivamente. Menos comumente, utilizamos o retalho TUG (*transverse upper gracilis*), construído a partir do músculo grácil. Nas reconstruções microcirúrgicas, as anastomoses costumam ser realizadas com vasos mamários internos. Ainda, o enxerto de gordura vem ganhando cada vez mais espaço nos protocolos de reconstrução mamária. As pacientes submetidas à radioterapia apresentam dano da pele e do tecido celular subcutâneo. Nesses casos, optamos por realizar enxerto de gordura da parede abdominal. Pode-se realizar lipoenxertia também para refinamento dos bordos e simetrização da mama contralateral, com ou sem uso de implantes. No último estágio, realiza-se a reconstrução do complexo aréolo-mamilar (CAM), sendo o mamilo reconstruído com retalhos locais e a aréola com enxerto de pele ou tatuagem. No transoperatório, fazemos uso de cefazolina ou clindamicina alternativamente por 24 horas, mesmo quando há indicação de implantes. A paciente é posicionada em flexão do tronco. O risco de evento tromboembólico é avaliado de acordo com escore de Caprini modificado. A utilização de botas de compressão pneumática, heparina e meias elásticas de média compressão é feita de acordo com tal escore. Estimula-se a deambulação precoce. No pós-operatório, avaliamos a viabilidade do retalho baseando-se na sua cor, enchimento capilar, temperatura, sangramento à perfuração com agulha e a razão entre glicemia capilar no retalho com a glicemia sistêmica, que idealmente deverá estar maior que 70%. A hemoglobina do paciente também deve ser mantida acima de 8 mg/dL. Perante diagnóstico de necrose, realizamos desbridamento. Em casos de sinais e sintomas abdominais após retalhos TRAM, realizam-se exames de imagem, como ultrassonografia ou tomografia.

DISCUSSÃO

Idealmente, recomenda-se, para a maioria dos casos, a reconstrução mamária em vários tempos, iniciando já no momento da mastectomia, no qual se posiciona o expansor retromuscular no mesmo tempo cirúrgico ou se realiza a reconstrução com implante e matriz dérmica de sustentação. Essas manobras permitem à paciente permanecer com um monte mamário imediatamente após a mastectomia, diminuindo os traumas psicológicos, ao mesmo tempo em que protege um futuro retalho autólogo dos efeitos danosos da radioterapia.

Em um serviço com alto fluxo de pacientes, cirurgiões em treinamento e rotatividade das equipes, é essencial a implementação de rotinas que padronizem o atendimento para estabelecer e reproduzir um padrão elevado de qualidade. Os residentes em cirurgia plástica devem estar habituados a todos os passos da reconstrução mamária, adquirindo experiência com posicionamento e manejo de expansores, lipoenxertia, retalhos autólogos, simetrização e reconstrução do CAM, bem como princípios de microcirurgia. Recentemente, nosso serviço tem incorporados técnicas e oferecido às pacientes a possibilidade de reconstruções microcirúrgicas. Além das técnicas, é imprescindível para um bom resultado cirúrgico a observação dos refinamentos como posicionamento do polo superior e sulco inframamário, volume e formato adequado da mama contralateral. Nossa padronização otimizou o fluxo de pacientes, bem como o ensino da reconstrução mamária^{3,5}.

CONCLUSÃO

O protocolo de reconstrução estabelecido deve otimizar resultados e reduzir complicações. Além disso, deve haver equipe qualificada para executar qualquer tipo de técnica proposta.

REFERÊNCIAS

1. Kronowitz SJ. Delayed Immediate Breast Reconstruction: Technical and Timing Considerations. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 125:463. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c82d58>
2. Ter Louw RP, Patel KM, Sosin M, Weissler JM, Nahabedian MY. Patient centred decision making in breast reconstruction utilising the delayed immediate algorithm. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014; 67:477-82.
3. Kwok AC, Goodwin IA, Ying J, Agarwal JP. National trends and complication rates after bilateral mastectomy and immediate breast reconstruction from 2005 to 2012. 2015; 210:5126.
4. Barry M, Kell MR. Radiotherapy and breast reconstruction: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2011; 127:1522.
5. Lee KT, Mun GH. Comparison of Onestage versus Twostage Prosthesis based Breast Reconstruction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Surg*. 2015; 212:33644.

*Endereço Autor:

João Vitor Peixoto Leal Zanirati

Avenida Senador Salgado Filho, nº 257 - Centro, Porto Alegre, RS, Brasil

CEP 90010-220

E-mail: joaozanirati@gmail.com