

Retalho Rombóide na Reparação Mamária Imediata Pós-Quadrantectomia e Dissecção Axilar

Manoel Pereira da Silva Neto¹
Odo Adão²
Délcio Scanduzzi³
Luiz Humberto Toyoso Chaem⁴

- 1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Professor de Anatomia do curso de Medicina / Universidade de Uberaba.
- 2] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, responsável pelo Serviço de Cirurgia Plástica da FMTM.
- 3] Membro da Sociedade Brasileira de Mastologia.
- 4] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Professor Adjunto de Cirurgia Plástica da FMTM.

Trabalho Realizado na Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central - Hospital Hélio Angotti

Endereço para correspondência:

Manoel Pereira da Silva Neto

R. Governador Valadares, 619 - Centro

Uberaba - MG

38010-380

Fone: (34) 312-0692 - Fax: (34) 312-9687

Unitermos: Retalho rombóide; quadrantectomia; dissecção axilar; câncer de mama.

RESUMO

Os autores apresentam sua experiência com o uso do retalho rombóide de Limberg nas reparações mamárias imediatas pós-quadrantectomia e dissecção axilar. Relatam a utilização em 200 casos operados no período de junho de 97 a junho de 2000, descrevendo a metodologia da técnica utilizada, melhores quadrantes para indicação, resultados e complicações.

INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica tornou-se parte integrante e fundamental no tratamento do câncer de mama. Oferecer à paciente a possibilidade de reconstrução ou reparação mamária através de uma abordagem multidisciplinar criteriosa possibilita melhor qualidade de vida⁽⁵⁾.

A quadrantectomia, entendida como a ressecção de um quadrante mamário, seguida da dissecção axilar e radioterapia pós-operatória, vem demonstrando resultados semelhantes, em termos de prognóstico, às mastectomias. Tem como objetivo principal o máxi-

mo controle local, com a mínima mutilação. Foi amplamente divulgada por Veronesi na década de 80 e tem, em muitos casos, indicação precisa⁽⁷⁾.

É freqüente a observação de três tipos de deformidades mamárias secundárias às quadrantectomias, classificadas por Berrino como dos tipos I a III, a saber, desvio ou distorção do complexo aréolo-papilar, deficiência tecidual (glândula e/ou pele) e retração mamária, respectivamente⁽¹⁾. Existem diversas técnicas preconizadas para as reparações, imediatas ou tardias, que variam desde a sutura primária até a utilização de retalhos cutâneos, glandulares ou miocutâneos^(2, 3, 4, 6).

Com este trabalho, os autores apresentam sua experiência com a reparação mamária imediata através da utilização de retalho cutâneo rombóide, a comparação deste com outros métodos anteriormente utilizados e a extensão das correções obtidas.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Duzentas pacientes com idade média de 52 anos foram submetidas à reparação imediata de mama pós-quadrantectomia e dissecação axilar, no período de junho de 1997 a junho de 2000. O retalho utilizado foi o rombóide, cutâneo-glandular ou cutâneo-gorduroso projetado aos moldes do retalho de Limberg.

Na metodologia do procedimento cirúrgico, identifica-se a projeção do tumor na pele, seguida da marcação, em losango, perilesional, com margens determinadas pelo mastologista. Em seguida, marca-se o retalho rombóide a ser utilizado (Fig. 1). Incisa-se a pele e o subcutâneo até o plano muscular, cujo descolamento é feito até permitir completa rotação (Fig. 2). Procede-se à síntese fixando-se a base do retalho com o subcutâneo da margem superior da área a ser reparada para melhor sustentação do retalho e sutura da pele (Fig. 3).

Os tumores ressecados localizavam-se nos seguintes quadrantes: superior externo (45%), inferior externo (25%), superior interno (15%) e inferior interno (15%). O esvaziamento axilar era realizado com incisão única nos tumores dos quadrantes externos e com incisão combinada nos tumores dos quadrantes internos.

A drenagem era realizada em todos os casos com dreno de aspiração contínua, deixada por um período médio de 8 dias.

As pacientes iniciavam a radioterapia geralmente na

terceira semana pós-operatória.

RESULTADOS

O retalho rombóide permite a manutenção do contorno mamário em praticamente todos os casos, atenuando ou mesmo evitando as deformidades secundárias (Fig. 4).

A avaliação subjetiva feita pela paciente, quanto ao aspecto estético, é sempre positiva.

É comum a observação de redundância tecidual à altura da linha axilar anterior por duas razões: pela liberação do músculo grande dorsal da parede torácica, no peroperatório, e por edema linfático tardio ocasionado pelo esvaziamento axilar. Tal alteração pode ser atenuada com um dos segmentos do retalho rombóide (Fig. 5).

A cicatriz, apesar de extensa, é de boa qualidade a longo prazo, possivelmente em decorrência da radioterapia pós-operatória (Figs. 6 e 7).

Não há distorção do sulco mamário nos quadrantes externos, porém, em relação ao quadrante inferior interno, observa-se discreta constrição do sulco que pode ser corrigida tardiamente, sem dificuldades técnicas.

A opção pelo balanceamento contralateral em segundo tempo é uma preferência do autor, uma vez que é bastante variável o grau de redução mamária pós-radioterapia.

CONCLUSÃO

A cirurgia conservadora tem sido cada vez mais empregada e as técnicas utilizadas visam o resultado estético^(2, 3, 4, 5, 6).

O autor passou por diversas experiências com utilização de procedimentos como sutura primária, plástica em Z, retalhos glandulares e retalho muscular e/ou miocutâneo de grande dorsal, conforme preconizado por Slavin^(1, 6).

O retalho rombóide mostrou-se bastante versátil pela facilidade de confecção, pelos resultados evidenciados precoce e tardiamente e pela manutenção do contorno mamário. Tem sido a opção para as reparações imediatas.

BIBLIOGRAFIA

Vide página 32.