

Reconstrução do complexo aréolo-papilar com o “*double opposing flap*”

RICARDO CINTRA JÚNIOR, JEFFERSON DILAMARTINE GALDINO AMARAL, ALBERTO BENEDIK NETO, DIOGO BORGES PEDROSO, CÉSAR AUGUSTO DAHER CEVA FARIA, JOSÉ CARLOS DAHER

Introdução

A reconstrução do complexo aréolo-papilar (CAP) é etapa fundamental na reconstrução mamária em que há amputação do mesmo durante a mastectomia. Uma técnica muito eficiente é a descrita por Kenneth et al. como *double opposing flap*, a qual possibilita reconstruir CAPs com diâmetro adequado, boa projeção, simétrico ao contralateral, com a possibilidade de fechar a área doadora e com todas as cicatrizes contidas na topografia da nova aréola reconstruída.

Objetivo

Demonstrar os resultados obtidos nas reconstruções do CAP com o *double opposing flap* nas reconstruções mamárias com as mais variadas técnicas, tanto imediatas quanto tardias.

Material e Métodos

É um estudo retrospectivo de análise de 24 pacientes nas quais foram reconstruídos 31 CAPs (17 unilaterais e 7 bilaterais) utilizando a técnica referida, entre julho de 2008 e junho de 2010. Em virtude da versatilidade da mesma, foi usada após reconstruções com retalho miocutâneo do músculo reto-abdominal (TRAM), retalho do músculo grande dorsal (RGD) com prótese e técnicas de expansão. Na maioria das pacientes, o CAP foi reconstruído no terceiro tempo, todavia em 8 casos realizamos a reconstrução do CAP no momento da simetrização. Em 2 pacientes reconstruídas com RGD e prótese, já se fez a reconstrução do CAP no primeiro tempo, conforme descrito por Hammond et al. A programação cirúrgica com a marcação da melhor disposição do novo CAP era feita com a paciente em pé e essa marcação era conferida com régua e compasso, durante o ato operatório. Obedeceu-se aos preceitos da marcação descrita por Kenneth et al., todavia com ligeira modificação para garantir que a nova papila se posicionasse exatamente no centro do CAP. Todos os casos foram operados sem infiltração de



Figura 1



Figura 3



Figura 2

vasoconstritor e, na maioria das vezes, sem nenhuma infiltração anestésica, já que a técnica anestésica era peridural ou geral na maioria dos casos. Nos casos de reconstrução do CAP no terceiro tempo, foi feita infiltração local com lidocaína 2% sem vasoconstritor. As suturas foram feitas com fios de nylon 5.0 e 6.0. Uma sutura em “*round block*” era feita para diminuir a tensão das suturas e também para impedir alargamento do CAP. A microdermopigmentação foi realizada por algumas pacientes em livre demanda, sempre pela mesma profissional. Os resultados foram obtidos mediante avaliações objetiva e subjetiva. Esta consistiu em questionamentos às pacientes sobre o grau de satisfação, feito por uma técnica de enfermagem no consultório (bom, regular ou ruim). Na avaliação objetiva, uma mensuração dos CAPs reconstruídos e das aréolas remanescentes foi feita pela mesma técnica de enfermagem, que foi devidamente orientada para tomar as seguintes medidas: diâmetro horizontal (DH) e

vertical (DV) da aréola e projeção do mamilo (PM). Tais dados foram analisados por meio de medidas estatísticas.

Resultados

Trata-se de amostra exclusivamente do sexo feminino, com média de idade de 53 anos e o acompanhamento médio foi de 8 meses. Em dois casos em que o retalho fora irradiado previamente, houve lentificação do enchimento capilar e diminuição do retorno venoso, sendo que em ambos procedeu-se às suturas definitivas após 15 dias no consultório, sob anestesia local. Em um caso de reconstrução com RGD e prótese, a paciente quis reduzir um pouco a projeção do novo CAP. Foi avaliada a diferença média entre as medidas da mama reconstruída e da mama oposta, no caso das reconstruções unilaterais (reconstruída-oposta), onde se obteve médias de 1,12 mm ($p=0,0817$) e 0,18 mm ($p=0,4685$) para o DH e PM, respectivamente. Para as reconstruções bilaterais, encontrou-se diferenças médias (direita-esquerda) de 0,13 ($p=0,8302$) e 0,00 ($p=1$).

Conclusão

O *double opposing flap*, apesar de ser um retalho elaborado na sua programação, garante excelentes resultados sem necessidade de áreas doadoras à distância. A disposição do novo CAP com relevo em relação à pele da neomama traz mais naturalidade à reconstrução, pois mimetiza com grande eficiência a aréola.