

Reconstrução tardia de mama com retalho miocutâneo de grande dorsal

IGOR FELIX CARDOSO, ÂNGELA CARVALHO MAXIMIANO, BERNARDO RÔMULO SOARES, ROSANE SCHELINO BISCOTTO, SEILY FRASCAROLLY TOLEDO SARAIVA, PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE LEAL

Introdução

Ademanda pela reconstrução de mama aumentou muito nas últimas décadas. Dentre as opções técnicas disponíveis, o retalho miocutâneo de músculo grande dorsal tem sido frequentemente escolhido devido aos bons resultados estéticos e a sua anatomia bem conhecida. Entretanto, pode apresentar complicações pós-operatórias tanto na mama reconstruída como na área doadora.

Objetivo

Analisar a evolução pós-operatória de pacientes submetidos à reconstrução mamária tardia com retalho miocutâneo de grande dorsal no Instituto Nacional do Câncer RJ.

Material e Métodos

Análise de 50 pacientes submetidos à reconstrução mamária tardia com retalho de grande dorsal entre julho de 2004 a março de 2009. Avaliados quanto ao tipo de mastectomia, exposição à radioterapia e à quimioterapia, presença de comorbidades, utilização de implantes, complicações precoces e tardias da neomama e da área doadora.

Resultados

Tipo de mastectomia: Madden 40%, Patey 38% e Simples 22% (16% poupadoras de pele). Exposição à radioterapia pré-operatória em 40% dos casos e à quimioterapia em 76%. Comorbidades: hipertensão arterial sistêmica (24%), diabetes mellitus (4%), história de tabagismo (12%), psoríase (2%). Uso de prótese de silicone em 90% dos casos, 6% de uso de expansores com posterior troca por prótese de silicone, 4% sem implantes. Desinserção do músculo grande dorsal em 20% dos casos. Em relação à área



Figura 1 – Pré-operatório de paciente submetida à mastectomia total à direita.



Figura 2 – Resultado após confecção do complexo areolopapilar na neomama esquerda e simetrização da mama contralateral direita.

doadora, houve 14% de seroma e um (2%) caso de deiscência pequena da ferida operatória. Em relação à mama reconstruída, houve dois (4%) casos de epidermólise em borda do retalho, com resolução espontânea. Foi observado um caso de infecção tardia (após dois anos) resolvida apenas com antibioticoterapia oral. Nenhum paciente apresentou perda de retalho. O retalho miocutâneo do músculo grande dorsal tem se estabelecido como uma técnica confiável e reprodutível para reconstrução mamária. Propicia boas condições de cobertura para abrigar uma prótese de silicone, com resultados bastante compensadores. Pode apresentar complicações na área doadora, sendo a mais comum delas o seroma. A mama reconstruída também pode apresentar complicações, mas casos graves de necrose são incomuns por ser um retalho bem vascularizado. A complementação da reconstrução mamária deve ser feita em um

segundo tempo operatório, quando se faz a confecção do complexo areolo-papilar na mama reconstruída, revisão de cicatrizes e simetrização da mama contralateral.

Conclusão

O retalho miocutâneo do músculo grande dorsal demonstrou ser um procedimento seguro, já que não houve nenhum caso de perda de retalho. Tem como desvantagens as complicações da área doadora, mas que costumam ser pequenas e de fácil resolução. É uma alternativa ao retalho transversal do reto abdominal nos casos em que este não deve ser usado: abdome não-doador, cicatriz abdominal transversal, irradiação na topografia da artéria epigástrica superior, entre outros. Demonstrou ser uma boa cobertura para implantes, não havendo nenhum caso de extrusão de prótese. Na maioria dos casos, proporciona resultados satisfatórios tanto para o paciente quanto para o cirurgião.