

Retalho dermogordurosoglandular de pedículo inferior: alternativa para reconstrução mamária

ALOYSIO ARAÚJO DA SILVA NONO, OGNEV MEIRELES COSAC, ANA PAULA GALVÃO DE SOUZA HONORATO DE BARROS, ERIC GUSTAVO GOMES ROSSET, DJALMA MARTINS LIMA, GUILHERME RODRIGUES SOUZA CUNHA

Introdução

As reconstruções mamárias, além de devolverem a forma anatômica das mamas, auxiliam o desenvolvimento do bem-estar e autoestima das mulheres submetidas à mastectomia. Em decorrência da incidência crescente do câncer de mama, o segundo tipo mais frequente de câncer nas mulheres, ele permanece como principal indicação para mastectomia. Atualmente, a mastectomia profilática ou redutora de risco, apesar de controversa, tem cada vez mais sido indicada, no sentido de reduzir a incidência da doença, removendo a maior parte do tecido mamário. Este trabalho propõe a utilização da técnica de reconstrução mamária com retalho do músculo peitoral maior associada a um retalho dermogordurosoglandular inferior com inclusão de implante de silicone, permitindo uma loja adequada, com menor risco de extrusão e sem morbidade em sítio doador.

Objetivo

Demonstrar técnica alternativa para reconstrução mamária.

Métodos

O retalho dermogordurosoglandular só deverá ser usado após análise conjunta do mastologista, com sua concordância pela manutenção deste tecido, visando à segurança oncológica para cada paciente, individualmente. Devemos considerar a localização do tumor, lesões suspeitas, presença de microcalcificações ou outras doenças no pólo inferior da mama. Devemos ainda valorizar a viabilidade nutricional do retalho, o tecido mamário remanescente, seja pele, complexo aréolo-papilar (CAP) ou tecido subcutâneo. A equipe de Mastologia inicia o procedimento cirúrgico definindo previamente o que será removido. Fazemos o planejamento da reconstrução confeccionando o retalho de pedículo inferior, similarmente ao descrito por Liacyr Ribeiro,

com base na largura da mama e com cerca de 2 cm de espessura. Este retalho cobrirá todo o pólo inferior da mama. O músculo grande peitoral é liberado de suas origens no gradil costal e parte distal do esterno, sendo descolado até os limites superiores da mama. Realizamos uma hemostasia rigorosa. Os retalhos obtidos formarão o teto da “loja” que receberá o implante mamário. Após sua inclusão, procedemos à sutura da porção caudal desinserida do músculo peitoral à borda superior do retalho dermogordurosoglandular com fio absorvível, revestindo toda a prótese, inclusive nas suas porções lateral e medial. O implante, portanto, terá cobertura submuscular nos dois terços superiores, sendo o terço inferior coberto pelo retalho descrito. Drenos de sucção são utilizados com frequência. No final, reposicionamos o revestimento cutâneo, retirando eventuais excessos. Por meio de procedimento relativamente rápido e com menor morbidade, nos casos em que a técnica foi utilizada, obtivemos resultados com altos índices de satisfação, tanto pela paciente como pela equipe médica assistente.

Resultados

A reconstrução mamária persiste como um dos pilares centrais no tratamento do câncer de mama e após mastectomias profiláticas, fazendo parte do resgate da autoestima e da integração social e familiar da paciente operada. A mastectomia profilática, cuja indicação será da equipe de Mastologia em concordância com a paciente, tem grandes vantagens: redução do risco de câncer de mama por remover a maior parte do tecido glandular mamário; traz uma tranquilidade emocional para paciente, reduzindo ansiedade, o temor de desenvolver um câncer oculto, especialmente naquelas com história familiar ou pessoal positiva, e ainda reduz o estresse relacionado à vigilância constante; tem a vantagem da redução dos custos,

diminuindo a realização de mamografias seriadas. O retalho do músculo peitoral maior estendido com retalho dermogordurosoglandular de pedículo inferior surge como uma alternativa no arsenal do cirurgião plástico para as reconstruções de mama, objetivando o alongamento da loja submuscular, substituindo o já descrito implante alodérmico por tecido autólogo local. A técnica habitualmente demanda tempo cirúrgico reduzido, com uma loja adequada para colocação do implante, sem tensão excessiva, atenuando a projeção deste nos pólos superior ou inferior, com menor risco de migração cefálica deste. O maior revestimento proporciona proteção aos implantes em caso de necroses ou deiscências, e ainda um menor risco de extrusão da prótese pela interposição de tecido com vascularização independente entre o implante e a pele. Diminuindo, assim, o risco de ondulações e contratura capsular. O retalho proposto tem vantagem ainda de não acarretar morbidade em sítio doador, recuperação prolongada, fraqueza músculo-aponeurótica ou uso de expansores, além de proporcionar resultados estéticos extremamente satisfatórios, naturais e duradouros. Sua utilização é limitada, quando a base do pedículo inferior é muito alta e em mamas muito pequenas. A radioterapia adjuvante pode comprometer a utilização desta técnica. Ressaltamos que o mesmo só deverá ser utilizado quando houver concordância do mastologista para a permanência deste tecido.

Conclusão

O retalho dermogordurosoglandular de pedículo inferior é facilmente exequível, não determina nenhuma morbidade à distância, proporcionando bons resultados estéticos, surgindo como uma alternativa útil, em pacientes selecionados, nas reconstruções mamárias.