

RECONSTRUÇÃO DO MAMILO POR MEIO DA TÉCNICA DO RETALHO C-V: CONTRIBUIÇÃO À TÉCNICA

RODRIGO OTÁVIO GONTIJO TOSTES¹, KELLY DANIELE DE ARAÚJO SILVA, JOÃO CARLOS CISNEIROS GUEDES DE ANDRADE JÚNIOR¹, GUILHERME DO VALLE CASTRO RIBEIRO¹, RACHAEL BRANT MACHADO RODRIGUES¹

RESUMO

O significado simbólico do complexo areolopapilar reforça a busca de um melhor resultado na reconstrução mamária das mulheres com câncer de mama. A finalização do processo reconstrutivo visa obter a satisfação a longo prazo da paciente. Várias técnicas de reconstrução do mamilo não alcançaram tal meta pela impossibilidade de manter o resultado pós-operatório permanentemente, principalmente em relação à projeção do mamilo. Neste trabalho, propõe-se uma contribuição à técnica de retalho C-V para reconstrução do mamilo, a partir da inserção de fragmento de prótese de politetrafluoroetileno, assegurando boa projeção papilar a longo prazo.

Descritores: Mamilos, cirurgia. Neoplasias mamárias, cirurgia. Mamoplastia, métodos. Implante mamário. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

INTRODUÇÃO

A reconstrução do complexo areolopapilar acompanhou o desenvolvimento das técnicas de reconstrução mamária, sendo o complexo parte essencial da mama, de grande significado simbólico.

O principal objetivo da reconstrução é a simetria com o lado contralateral ou com complexos areolopapilares normais, nas reconstruções bilaterais.

A posição do novo complexo, a projeção e base da nova papila, a coloração e textura são avaliadas. A preservação da sensibilidade também pode ser obtida por execução de técnica microcirúrgica interessando inervação¹⁻⁵.

Melhor resultado estético pode ser obtido por enxerto de mamilo contralateral, porém nem sempre há tecido doador suficiente, com risco de prejuízo para o lado são. Às vezes, pigmentação intradérmica por tatuagem pode finalizar o processo reconstrutivo, fornecendo um resultado estético harmônico². Porém, a projeção papilar tem sido fator relevante nas técnicas cirúrgicas, pela dificuldade de se manter o resultado, conforme dados da literatura. Há tendência ao achatamento e perda da projeção a longo prazo²⁻⁵. Muitos trabalhos descreveram tal fato, apesar do emprego de vários artifícios, como retalhos locais simples, enxerto de cartilagem auricular, inserção de implante de poliuretano e outros⁴.

¹ Serviço de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructora do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Propõe-se, neste artigo, a inserção de um fragmento de prótese de politetrafluoroetileno (PTFE) sob a neopapila confeccionada por retalho local C-V, com bom resultado estético permanente. O PTFE é um material biocompatível, com boa incorporação ao tecido adjacente e grande estabilidade na aplicação para aumento de partes moles^{6,7}.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho é propor uma contribuição à técnica de reconstrução do mamilo por meio do retalho C-V, visando maior satisfação estética das pacientes, bem como maior simetria com o lado contralateral, por meio da introdução de pequeno fragmento de prótese de PTFE sob a nova papila. Esta manobra proporciona uma projeção mais fisiológica e com menor tendência ao achatamento a longo prazo. Objetiva, também, mostrar a experiência dos autores com a técnica, resultados finais e satisfação das pacientes com a operação, de pequena morbidade, sob anestesia local e com resultados satisfatórios a curto e longo prazos.

MÉTODO

Foram avaliadas nove pacientes mastectomizadas, submetidas a reconstrução do complexo areolopapilar por meio da técnica do retalho C-V, com inserção de fragmento de prótese de PTFE. Alguns casos foram complementados com tatuagem de aréola. A reconstrução primária da mama foi realizada por técnicas clássicas como TRAM ou implante de prótese de silicone submuscular, associada ou não a retalho local complementar.

A reconstrução areolopapilar foi realizada sob anestesia local, aproximadamente 6 meses após a reconstrução mamária para o formato da mama se aproximar ao resultado final, com vascularização estável. A localização foi determinada por comparação contralateral, em ortostatismo. O retalho foi feito baseado na localização, diâmetro e projeção desejada, buscando simetria com o lado oposto. A técnica do retalho C-V usa dois retalhos em V e um em C para criar o neomamilo. Os primeiros levam à projeção e o último determina o diâmetro e ápice do mamilo (Figura 1). Um fragmento de prótese PTFE foi inserido, dobrado sobre si mesmo, na intimidade do neomamilo, para assegurar a projeção a longo prazo desejada (Figuras 2 e 3). A área cruenta criada pela confecção do retalho foi fechada primariamente. Tatuagens de aréola devem aguardar 3 meses após tal procedimento para serem realizadas.

RESULTADOS

A técnica de reconstrução do mamilo pela confecção do retalho C-V com inserção de fragmento de prótese de PTFE foi empregada em nove pacientes, no período de 24 meses. Dentre estes, quatro casos apresentaram boa projeção do mamilo após 24 meses de acompanhamento, com simetria e sem significativa redução do volume. Dois casos cursaram com diminuição de aproximadamente 40 % da projeção mamilar, ainda assim com

Figura 1 – Reconstrução do mamilo pela técnica C-V.

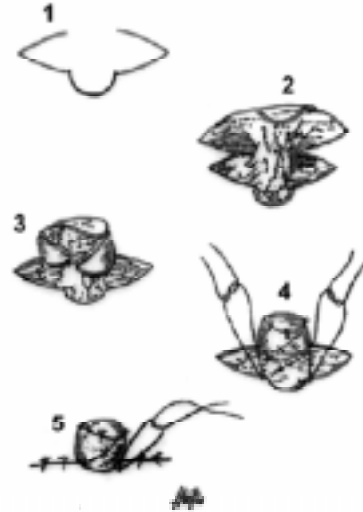


Figura 2 – Fragmento recortado da peça de prótese de PTFE.

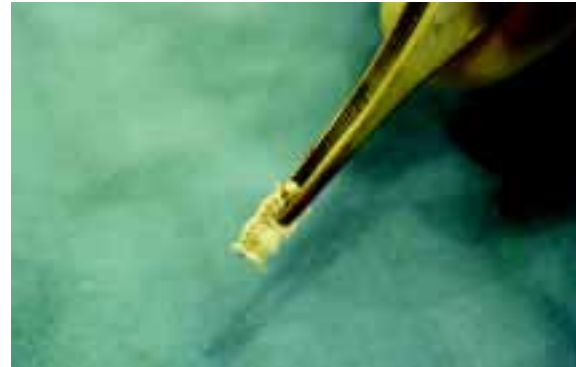


Figura 3 – Inserção de fragmento de PTFE sob os retalhos de pele e subcutâneo previamente suturados entre si.



Tabela 1 – Resultados com a reconstrução areolopapilar com fragmento de prótese de PTFE.	
Nº de Casos	Resultado
4	Boa projeção a longo prazo
2	Diminuição de 40% do volume Aceitável
1	Extrusão parcial da prótese Aceitável
2	Boa projeção a curto prazo

Figura 5 – Reconstrução de mamilo com 30 meses de pós-operatório, em paciente submetida a reconstrução de mama com retalho e prótese de silicone.



Figura 4 – Reconstrução de mamilo de mama esquerda com 26 meses de pós-operatório.



Figura 6 – Mamilo reconstruído com evolução de 26 meses, em paciente submetida a reconstrução de mama com retalho e prótese.



Figuras 7 e 8 – Reconstrução de mamilo com 32 meses de evolução. Pigmentação de aréola com um mês de evolução.



Figuras 9 e 10 – Reconstrução de mamilo com 22 meses de evolução. Pigmentação de aréola com 2 meses de evolução.



resultado estético aceitável e uma paciente teve extrusão de fios da textura da prótese de PTFE, sem perda da projeção ou da própria prótese. Dois casos são ainda recentes para avaliação final da reconstrução, estando em acompanhamento pelos autores (Tabela 1 e Figuras 4 a 10).

CONCLUSÃO

O melhor resultado estético para reconstrução do mamilo é o enxerto proveniente do mamilo contralateral. Quando não é factível por falta de tecido doador, possibilidade de resultado desfavorável em mamilo oposto ou não aceitação pela paciente de abordagem na mama contralateral, a confecção do retalho C-V com inclusão de fragmento de prótese de PTFE é uma opção disponível. Esta técnica apresenta resultados promissores a longo prazo, mantendo a projeção papilar e simetria com o lado oposto, podendo ser complementada por pigmentação intradérmica por meio de tatuagem, mimetizando a aréola natural.

SUMMARY

Nipple reconstruction using the C-V flap technique: addition to the technique

The symbolic meaning of the areola-papillary complex reinforces the need for a better result in breast reconstruction for women suffering breast cancer. The end of the reconstructive process aims at obtaining long-term patient satisfaction. Several techniques of nipple reconstruction have not fulfilled this goal because of the impossibility of maintaining the postoperative result permanently, mainly in respect to the projection of the nipple. This work proposes a modification to the C-V flap

technique for nipple reconstruction with the insertion of a fragment of polytetrafluoroethylene prosthesis (PTFE), to assure good projection of the nipple over the long-term.

Descriptors: Nipples, surgery. Breast neoplasm, surgery. Mammoplasty, methods. Breast implantation. Reconstructive surgical procedures.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batniji RK, Hutchison JL, Dahiya R, Lam SL, Williams EF 3rd. Tissue response to expanded polytetrafluoroethylene and silicone implants in a rabbit model. *Arch Facil Plast Surg.* 2002, 4(2):111-3.
2. Bertelli JA, Pereira Filho OJ, Ely JB. Sensitive areolar reconstruction using a neurocutaneous island flap based on the medial antebraichial cutaneous nerve. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104(6):1748-50.
3. Carramaschi F, Saad JF. Reconstrução do complexo areolopapilar em quadrantectomias: tratamento conservador no câncer de mama: das indicações à reconstrução. São Paulo: Revinter; 2002.
4. Jones G, Bostwick J. Nipple-areolar reconstruction. operative techniques in plastic and reconstructive surgery. 1994; Vol1(may), 35-8.
5. Losken A, Mackay GJ, Bostwick J 3rd. Nipple reconstruction using the C-V flap technique: a long term evaluation. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(2):361-9.
6. Maas CS, Eriksson T, McCalmont T, Mabry D, Cooke D, Schindler R. Evaluation of expanded polytetrafluoroethylene as a soft tissue filling substance: an analysis of design-related implant behavior using the porcine skin model. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(5):1307-14.
7. Tanabe HY, Tai Y, Kiyokawa K, Yamauchi T. Nipple-areola reconstruction with a dermal fat flap and rolled auricular cartilage. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 100(2):431-8.

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Apresentado à XII Jornada Mineira de Cirurgia Plástica - I Encontro Mineiro dos Residentes em Cirurgia Plástica em 17 de outubro de 2003, em Araxá - MG.

Artigo recebido: 12/01/2004

Artigo aprovado: 16/04/2004