

A reconstrução da mama com retalho do músculo grande dorsal é uma boa opção?

Is breast reconstruction using grand dorsalis muscle shred a good choice?

Bruno Bohrer Flores¹, Juan Sebastian Sanchez Tobar², Roberto José da Silva Vieira³

Descritores

Câncer de mama
Retalho miocutâneo
Mamoplastia

Keywords

Breast cancer
Myocutaneous flap
Mammoplasty

RESUMO

O câncer de mama representa, na atualidade, a principal causa de mortalidade feminina por neoplasia. Apresenta um crescimento progressivo e, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), existe a estimativa de 57.960 novos casos em 2016. A sobrevida das mulheres acometidas pelo câncer de mama vem aumentando cada vez mais. Isto torna inaceitável, nos dias atuais, a possibilidade de que a mulher fique mutilada, sem a probabilidade de reconstrução mamária após um procedimento cirúrgico com o intuito da cura. O objetivo desta revisão foi apresentar indicações da reconstrução mamária com o retalho do músculo grande dorsal, avaliação subjetiva das pacientes diante do resultado pós-operatório, interferência do procedimento em tratamentos adjuvantes ao câncer de mama, e as principais complicações e intercorrências que possam ocorrer com a realização deste tipo de procedimento cirúrgico.

ABSTRACT

Breast cancer currently represents the main cause of neoplasm female mortality. It presents a progressive growth and according to the Brazilian Institute of Cancer (INCA), there is an expectation of 57,960 new cases for the year of 2016. The survival rate of women affected by breast cancer has been increasing. Such fact makes it unacceptable for women to be mutilated, without the possibility of breast reconstruction after a surgical procedure. The aim of this review was to present indications of breast reconstruction using a shred of the grand dorsalis muscle, patients' subjective assessment regarding the postoperative result, interference of the procedure in adjuvant treatments to breast cancer, and the main complications and events that might occur after this kind of surgical procedure.

Introdução

O câncer de mama representa, na atualidade, a principal causa de mortalidade feminina por neoplasia, sendo a segunda principal incidência, perdendo apenas para o câncer de pele do tipo não melanoma¹.

O crescimento progressivo desse aumento, ao longo das décadas, vem se tornando público em decorrência de campanhas de prevenção, exames mais detalhados e maior facilidade para a realização dos meios de diagnósticos². De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), existe a estimativa de 57.960 novos casos em 2016³.

A luta contra o câncer de mama remonta a 1889, época em que Halsted executava mastectomias radicais com a preocupação apenas da cura, e não com o resultado estético ou funcional.

Trabalho realizado no Serviço de Mastologia do Instituto Fiocruz (IFF) e na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Programa de Mastologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Programa de Mastologia da PUC – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Sociedade Brasileira Regional de Mastologia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Bruno Bohrer Flores – Rua Barata Ribeiro, 370, apto. 603 – Copacabana – CEP: 22040-002 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: brunobohrerflores@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 26/04/2016. **Aceito em:** 08/09/2016

Passamos depois para a mastectomia modificada de Patey até os dias atuais, em que, cada vez, mais priorizamos cirurgias conservadoras associadas a procedimentos reconstrutivos⁴.

A sobrevida das mulheres acometidas pelo câncer de mama vem aumentando cada vez mais. Nos Estados Unidos, os casos de câncer de mama diagnosticados entre 1996 e 2004 apresentaram sobrevida global de cinco anos em 89,3% deles, sendo 98,1% para tumores localizados, 83,8% para doença regional e 27,1% para doença metastática. A síntese da sobrevida em cinco anos, em estudos brasileiros, aponta sobrevida acima dos 80% nos estágios I e II⁵. Procedimentos cirúrgicos, radioterapia, quimioterapia, endocrinoterapia e avanço da genética são fatores fundamentais para melhores resultados.

A mama, que representa a sexualidade feminina, tem importante papel na estética, na autoestima e no fator psicológico da mulher. Diagnósticos cada vez mais precoces e expectativa de vida aumentada fazem com que, na atualidade, seja inaceitável a possibilidade de a mulher ficar mutilada, sem a chance da reconstrução mamária⁶.

As reconstruções mamárias podem ser realizadas em pequenos defeitos como em segmentectomias ou em defeitos maiores como em quadrantectomias e mastectomias. Entre os retalhos, o retalho miocutâneo do reto abdominal (TRAM) e o retalho do músculo grande dorsal (RGD) ganham destaque. Geralmente, estes são associados a próteses ou expansores de silicone, para deixar a mama com formato mais anatômico e similar à mama contralateral⁴.

A técnica de utilização do RGD foi descrita e utilizada pela primeira vez pelo cirurgião italiano Iginio Tansini, em 1897, como um novo conceito em cobertura dos defeitos da parede torácica resultantes de amputações mamárias realizadas no final do século XIX⁷. Sob a influência da escola de Halsted, hostil à cirurgia plástica, as coberturas por RGD caíram no esquecimento, sendo redescobertas em 1976 por Olivari, tornando-se, a partir daí, uma técnica de base para a reconstrução mamária⁸.

O objetivo desta revisão é apresentar indicações do RGD, avaliação subjetiva das pacientes perante o resultado pós-operatório, interferência do procedimento em tratamentos adjuvantes ao câncer de mama e as principais complicações e intercorrências que possam ocorrer em face da realização deste tipo de procedimento cirúrgico.

Métodos

Para a realização desta revisão bibliográfica, foram utilizados artigos indexados disponíveis nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico, Google, assim como revisão de capítulos de livros vinculados ao assunto proposto. Como critérios de inclusão, os artigos selecionados foram escritos nos idiomas inglês e português, com as seguintes palavras-chave: “Câncer de mama”, “Reconstrução mamária” e “Retalho do músculo grande dorsal”.

Discussão

Sempre devemos analisar a possibilidade da utilização do RGD quando a abordagem cirúrgica ao câncer de mama for agressiva, ocorrendo a impossibilidade da reconstrução com tecidos autólogos locorregionais. A necessidade de pele após a mastectomia, falha de reconstrução com próteses, correção de defeitos após retirada de quadrante da mama, ressecção do peitoral maior, necessidade de preenchimento axilar e presença de fatores de risco que contraindiquem o TRAM, como tabagismo, hipertensão, diabetes, obesidade e depressão, também entram nos critérios para a opção do RGD, assim como a escolha da paciente deve ser respeitada^{8,9}.

A abordagem cirúrgica do RGD consiste em confecção de uma ilha de pele total do dorso da paciente, apoiada sobre o músculo grande dorsal que deve ser dissecado em sua totalidade¹⁰ (Figura 1). É realizada dissecação do retalho com limites inferiormente à espinha ilíaca, medialmente à interseção da fáscia toracolombar com o trapézio, lateralmente à borda livre do grande dorsal e superiormente à interseção com o úmero. Fazemos posteriormente uma incisão na cicatriz da cirurgia prévia (mastectomia), criando uma loja para a prótese e grande dorsal. Realiza-se a transferência do retalho com a criação de túnel entre a região dorsal e a mama e colocação de próteses de silicone pré-muscular após a disposição de molde (Figura 2).



Figura 1. Ilha de pele do dorso apoiada sobre o músculo grande dorsal.



Figura 2. Transferência do retalho para a região da mama com colocação da prótese de silicone.

Os passos cirúrgicos seguintes concentram-se na hemostasia, lavagem e drenagem da loja, síntese do tecido celular subcutâneo e pele e, por fim, realização do curativo com o término do procedimento¹¹ (Figuras 3 e 4).

A reconstrução mamária com RGD apresenta ótimos resultados. Um trabalho realizado no Instituto de Cirurgia Plástica Di Lamartine no Distrito Federal, Brasília, avaliou a análise das pacientes que passaram pelo procedimento cirúrgico com RGD. Questionadas quanto à expectativa da cirurgia, 94% delas relataram que o procedimento cirúrgico supriu suas expectativas. Em relação ao prejuízo funcional, 64% das pacientes não relataram dano na movimentação do braço ou ombro no lado em que foi realizada a reconstrução. Dessas pacientes 18% apresentaram limitações leves e o mesmo ocorreu em relação a limitações moderadas⁴.

Referente à perda de força ou amplitude dos movimentos, 53% não relataram essa ocorrência e 35% mostraram perda leve. Quanto ao grau de satisfação, 65% das pacientes estavam muito satisfeitas com o procedimento e 35% estavam satisfeitas⁴.

Um trabalho realizado no Hospital Universitário Soon Chun Hyang, em Seul, na Coreia do Sul, mostrou o grau de satisfação das pacientes diante da reconstrução mamária com RGD. Das 64 pacientes entrevistadas, 59 (92,2%) estavam satisfeitas



Figura 3. Síntese do tecido subcutâneo e da pele na região da mama.



Figura 4. Síntese do tecido subcutâneo e pele na região dorsal.

com os resultados estéticos e 34 (53,1%) relataram o resultado estético como excelente¹².

O Instituto de Ensino e Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer, em Goiás, avaliou o grau de satisfação das pacientes em relação à reconstrução imediata (no mesmo ato cirúrgico da mastectomia) e tardia (após a mastectomia). A porcentagem em conjunto das pacientes que se sentiam satisfeitas e muito satisfeitas na reconstrução imediata foi de 49,9% comparadas com 90% de satisfação na reconstrução tardia. A diferença de porcentagem é explicada, pois nas pacientes que se submeteram à reconstrução imediata da mama, constatou-se a comparação com a anterior e a preocupação com a perfeição estética. Já nas pacientes com reconstrução tardia, observam-se a satisfação e o aumento da qualidade de vida, o que gerou melhor avaliação pós-cirúrgica¹³.

Como todo procedimento cirúrgico, a reconstrução mamária com RGD não está livre de possíveis complicações. Em face das complicações mais frequentes, a presença de seroma é a principal complicação, podendo encontrar esta na região em que o retalho foi retirado e na região em que o retalho foi inserido para corrigir o defeito, sendo mais comum na área doadora^{14,15}. O esvaziamento axilar, ou seja, quanto maior o nível de ressecção linfonodal e o espaço morto criado nesta área ou em outras regiões da reconstrução, é fator importante para a formação desta complicação. Medidas que visem a diminuição do espaço morto, uma menor abordagem cirúrgica na axila e a colocação de drenos de sucção apresentam menores probabilidades desta complicação¹⁶.

As demais complicações incluem contratura capsular, deiscência de sutura, infecção superficial, necrose, diminuição da mobilidade e força do ombro, escápula alada, hérnia dorsal e, por fim, a extrusão de prótese de silicone colocada junto com o RGD. Cabe salientar que a maioria dos fatos citados pode ser medicada com tratamentos não invasivos, e deve-se apenas pensar em nova abordagem cirúrgica em casos selecionados como necrose tecidual ou extrusão da prótese¹⁴.

Fatores de risco para as possíveis complicações incluem obesidade, tabagismo, reconstrução mamária bilateral e uso de vasopressores. Medidas ativas para modificar ou ao menos minimizar estes fatores de risco fazem com que as complicações cirúrgicas diminuam e a satisfação da paciente perante o procedimento aumente¹⁶.

As complicações citadas apresentam menores índices de incidência quando são realizadas reconstruções tardias e em pacientes que não receberam radioterapia adjuvante. Há um racional seguido por muitos grandes centros americanos em optar pela radioterapia antes da reconstrução mamária imediata, pois tecidos não pertencentes ao leito mamário (retalhos musculares, pele e próteses) seriam irradiados sem necessidade, contribuindo para as complicações já citadas, mas, em contrapartida, pacientes que recebem radioterapia após o procedimento cirúrgico toleram bem a mesma¹⁴.

Conclusão

A reconstrução mamária após mastectomia com RGD é uma realidade e deve ser encarada como uma forma de tratamento complementar à radioterapia, quimioterapia ou endocrinoterapia, visando não apenas a curar o câncer, mas também amenizar o trauma que cirurgias mutiladoras com o intuito da cura possam causar. A boa aceitação das pacientes após cirurgias com RGD, melhora dos fatores psicológicos, autoestima perante a sexualidade da mulher e índices de complicações dentro dos padrões aceitáveis fazem com que o RGD seja uma alternativa para um tratamento mais humano e completo para as nossas pacientes.

Referências

1. Boff RA, Frasson AL. Manual de bolso da Mastologia. 1. ed. Caxias do Sul: Lorigraf; 2012. p. 27-31.
2. Gebrim LH, Quadros LG. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(6):319-23.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2016. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama. Acesso em: 09/09/2016.
4. Lamartine JD, Galdino Júnior J, Dahe JC, Guimarães GS, Camara Filho JP, Borgatto MS, Cintra Júnior R, Pedroso DB. Reconstrução mamária com retalho do músculo grande dorsal e materiais aloplásticos: análise de resultados e proposta de nova tática para cobertura do implante. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(1):58-66.
5. Chagas CR, Menke CH, Vieira RJ, Boff RA. Tratado de mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p. 487-91.
6. Fallowfield LJ, Hall A, Marguire GP, Baum M. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ* 1990;22;301(6752):575-80.
7. Dini M, Quercioli F, Mori A, Agostini T. Expanding the indications for latissimus dorsi musculocutaneous flap in totally autologous breast reconstruction: the extended variant. *Annals of Surg Oncol.* 2011;18:266-70.
8. Rietjens M, Urban CA. Cirurgia da mama. Estética e reconstrutora. Rio de Janeiro: Revinter; 2007. p. 418-54.
9. Ribeiro L. Cirurgia plástica da mama. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2012. p. 87-107.
10. Zucca MG, Vieira RA. Oncoplastia mamária aplicada. 1. ed. São Paulo: Lemar; 2013. p. 71-6.
11. Vieira RJ. Trabalho de conclusão de curso em oncoplastia em Centro de Treinamento em Oncoplastia no Hospital de Câncer de Barretos. Barretos; 2013-2014. p. 35-40.
12. Kim Z, Kuk JC, Jeong J, Choi KS, Jeong GA, Chung JC, et al. Long-term results of oncoplastic breast surgery with latissimus dorsi flap reconstruction: A pilot study of the objective cosmetic results and patient reported outcome. *PubMed.* 2016;90(3):117-23.
13. Decat CS. Níveis de satisfação em pacientes submetidas à reconstrução mamária imediata ou tardia [trabalho de conclusão de curso]. p. 33-47. Acesso em: 09.09.2006.
14. Claro Jr. F, Costa DV, Pinheiro AS, Pinto-Neto AM. Complications in total breast reconstruction in patients treated for breast cancer: long-term comparative analysis of the influence of the technique, operative time, timing of reconstruction, and adjuvant treatment. *Rev Bras Cir Plast.* 2013;28(1):85-91.
15. Mota MR, Marks G. Study about the drainage volume of seroma after radical mastectomy and conservative surgery. *UNINGÁ Review.* 2012;9(1):45-9.
16. Nelson JA, Chung CU, Fischer JP, Kanchwala SK, Serletti JM, Wu LC. Wound healing complications after autologous breast reconstruction: a model to predict risk. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015;68(4):531-9.