



RESUMO EXPANDIDO

PRESERVAÇÃO DO COMPLEXO AREOLOPAPILAR E USO DO RETALHO LATÍSSIMO DO DORSO NA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.*PRESERVATION OF THE NIPPLE-AREOLA COMPLEX AND IMPLEMENTATION OF THE LATISSIMUS DORSI FLAP IN MAMMARY RECONSTRUCTION*

Patrícia Dutra Hamilton¹
Jossua Alexander Valladares Gonzalez¹
Gabriel Fiorio Grando¹
Eduardo Canova da Rosa¹
Flávia Cristina Marafon¹
Pedro Bins Ely²

RESUMO

Introdução: Câncer de mama não metastático pode precisar de cirurgias e radiação. A mastectomia é uma delas, podendo-se preservar o complexo areolopapilar (CAP). A reconstrução mamária é complementar e pode se usar métodos aloplásticos, ou métodos autólogos como o retalho do latíssimo do dorso (RLD). **Objetivo:** Demonstrar a efetividade e superioridade do RLD na reconstrução de mama com preservação CAP **Método:** Revisão de um prontuários clínico e cirúrgicos. **Resultados:** Uso do RLD na reconstrução mamária em duas pacientes submetidas a mastectomia com preservação do CAP. **Discussão:** O retalho miocutâneo transverso do músculo reto do abdome é pouco indicado em algumas situações, como radiação ou abdominoplastia prévia; RLD é uma opção alternativa e superior pela boa vascularização. **Conclusão:** Baixo índice de complicações, qualidade dos resultados e a satisfação torna o RLD favorável para pacientes pós mastectomia com preservação do CAP.

Descritores: Mastectomia. Retalho Miocutâneo. Complexo areolopapilar.

ABSTRACT

Introduction: Non-metastatic breast cancer may need surgery and radiation. Mastectomy is one of them, in which the nipple-areola complex (NAC) can be preserved. Breast reconstruction is complementary and can use alloplastic methods, or autologous methods such as the latissimus dorsi flap (LDF). Objective: To demonstrate the effectiveness and superiority of LDF in breast reconstruction with NAC preservation. Method: Review of 2 clinical and surgical records. Results: The use of LDF in breast reconstruction in two patients undergoing mastectomy with NAC preservation. Discussion: The transverse myocutaneous flap of the rectus abdominis muscle is discouraged in certain situations, such as radiation or previous abdominoplasty; LDF is an alternative and superior option due to its good vascularization. Conclusion: Low complications rate, quality results and satisfaction make LDF favorable for post mastectomy patients with NAC preservation.

¹Residente de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: drapatricialhamilton@icoud.com

¹Residente de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eduardocanova8@gmail.com

¹Residente de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marafonflavia@gmail.com

²Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.



Keywords: *Mastectomy. Myocutaneous Flap. Nipple-areolar complex.*

INTRODUÇÃO

Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é a neoplasia mais comum em mulheres, sendo assim, um problema de saúde pública global. Estima-se que 61,61 é o risco estimado de novos casos a cada 100 mil mulheres, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA). No Brasil este tipo de câncer tem 80% de sobrevida, quando tratado até em 5 anos. O tratamento prioriza a erradicação do tumor e a prevenção de recidiva em casos não metastáticos para o qual é preciso avaliar o linfonodo sentinela e se for necessário retirá-lo. O tratamento pode ser combinado, entre cirurgias e a radiação. Iniciando pela mastectomia tanto parcial como completa, sendo associada ou não a radiação. Seguida pela reconstrução mamária, este procedimento é primordialmente de domínio do cirurgião plástico, por este motivo o profissional deve estar adequadamente preparado para oferecer as melhores técnicas cirúrgicas otimizando resultados. A reconstrução de mama brinda melhoras psicológica, social, emocional e funcional, incluindo a saúde mental, autoestima, sexualidade, imagem corporal e qualidade de vida. A reconstrução mamária, podem ser dividido entre os métodos de reconstrução aloplástica (expansores e implantes) e autóloga (tecido próprio corpo), como por exemplo com retalho miocutâneo transverso do músculo reto do abdome (TRAM) e o retalho do latíssimo do dorso (RLD). RLD é usado para dar volume e formato à mama podendo ser associado a implantes mamários. A preservação do complexo aréolo-papilar (CAP) é uma das modificações que podem ocorrer na mastectomia, ela tem um risco de necrose e recorrência local para lesões multicêntricas e tumores subareolares. Porém, a satisfação das pacientes tem uma taxa maior, este fato está diretamente associado a o impacto que perder o CAP pode afetar negativamente psicossocialmente os pacientes. Mesmo com as vantagens psicológicas, sociais e estéticas, as pacientes devem ser bem orientadas sobre os cuidados e a segurança oncológica.

OBJETIVO

Demonstrar a efetividade e superioridade do uso do retalho do latíssimo dorsal na reconstrução de mama com preservação complexo aréolo-papilar. Sendo que este pode dar volume e estrutura na mama. Sendo que seus riscos são menores que os benefícios.



MÉTODO

Estudo retrospectivo descritivo e observacional. Através da revisão de um prontuário médicos eletrônicos do serviço de cirurgia plástica do hospital santa casa de misericórdia de Porto Alegre. Nos quais estava detalhado todas as condutas clínica cirúrgica.

RESULTADOS

Sexo feminino, 26 anos, multipara, com nódulo na mama direita no autoexame em 2016. Mamografia e ecografia mamária BIRADS IVB. Lesão em quadrante inferior à direita, medindo 1,7 x 0,9 cm. Biópsia de carcinoma ductal invasor de alto grau. História familiar positiva. Paciente então foi submetida à setorectomia com pesquisa de linfonodo sentinela pelo serviço de mastologia. Anatomopatológica com lesão de grau II, pT1cpN0 (sn). Imunohistoquímica sugestiva de Luminal B (Ki67 30%). Pelo qual a paciente realizou quimioterapia. Dois meses após a setorectomia, a paciente com recidiva, realizou-se mastectomia bilateral profilática com preservação do CAP e reconstrução imediata com implantes de silicone de 485cc. Paciente encaminhada para o serviço de cirurgia plástica após dois anos sem recidiva. A equipe sugeriu reconstrução com retalho de grande dorsal bilateral e expansores, entretanto, no primeiro momento, não foi de encontro ao desejo da paciente, além de ter relatado medo de perder o CAP. Dessa forma, planejou-se lipoenxertia de gordura seriada em ambas as mamas para melhorar a cobertura e promover um resultado estético. Assim, realizou-se lipoaspiração abdominal sendo enxertados 100cc na mama esquerda e 110cc na direita. Insatisfeita com os resultados da lipoenxertia, a paciente decidiu pelo RLD somente à direita. Dessa forma, planejou-se o retalho com expansores.

Foi colocado expansor mamário de 300cc, e expandido, totalizando 350cc na mama direita e 450cc na esquerda. Após três meses, optou-se pela colocação de implantes de silicone. A técnica cirúrgica contou com a retirada do expansor mamário e colocação de prótese 325 cc perfil alto completo na mama direita, enquanto na mama esquerda foi realizada incisão infra areolar e confecção de retalhos mastopexia com pedículo superomedial, abertura da loja muscular e retirado expansor 450cc, colocação de prótese 400cc alto completo e ressecção de cerca de 25g do tecido mamário para simetrização.

DISCUSSÃO

A variedade de técnicas disponíveis para reconstrução mamáriapossibilita que exista a combinação de métodos aloplásticas (expansores e implantes) e autógenas (tecido próprio). Alguns fatores como forma e tamanho da mama, localização e tipo histológico do tumor, cicatriz da mastectomia e preferências do cirurgião e da paciente serão decisivos para escolha. O músculo grande



dorsal é um dos melhores retalhos para reconstrução mamária imediata e tardia. Entre as indicações para utilização do RLD estão as pacientes que não são candidatas ao retalho TRAM em razão de abdominoplastia prévia, pele ou subcutâneo insuficiente, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo. Em pacientes com radioterapia prévia, o RLD demonstra-se superior, essencialmente, devido à sua alta promoção de boa vascularização. O RLD vem se tornando cada vez mais usado desde os anos de 1977, quando Schneider *et al* descreveu seu uso, de modo a restaurar forma e função, promover cobertura muscular sob o implante, substituir a pele da mama e criar uma ptose natural.

A adequada técnica prioriza a cobertura das partes moles do retalho e minimiza os defeitos e complicações da área doadora. Os expansores são usados para facilitar a cirurgia e ganhar mais área de recobrimento. Ele pode ser inserido entre o grande dorsal e o peitoral maior ou inferior a ambos os músculos sendo este superior em resultado estético. A preservação do CAP é fator importante para aspectos psicossociais da paciente, o que foi determinante neste caso. Tem que se ter em mente a preservação do CAP pois a taxa de recidiva é similar à mastectomia padrão.

CONCLUSÃO

O RLD é eficaz para reconstrução mamária por se tratar de um retalho com boa vascularização e facilitar alterações em orientação e rotação, alcançando a linha média. O RLD com preservação do CAP, é uma técnica com baixo índice de complicações, com bons resultados estéticos minimizando efeitos das cicatrizes, oferecendo volume e projeção e alta taxa de satisfação das pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Momoh AO, Griffith KA, Hawley ST, et al. Postmastectomy Breast Reconstruction: Exploring Plastic Surgeon Practice Patterns and Perspectives. *Plast Reconstr Surg.* 2020;145(4):865-76. doi:10.1097/PRS.0000000000006627
2. Wahsh, Mohamed. (2018). Post Nipple-Sparing Mastectomy Reconstruction: Renewed Popularity of Latissimus Dorsi Flap for More Cosmetically Appealing Results. *The Egyptian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery.* 42. 415-422. 10.21608/ejprs.2018.80768.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//...> Acesso em: 27 março 2022.
4. Pallara T, Cagli B, Fortunato L, et al. Direct-To-Implant and 2-Stage Breast Reconstruction After Nipple Sparing Mastectomy: Results of a Retrospective Comparison. *Ann Plast Surg.* 2019;83(4):392-395. doi:10.1097/SAP.0000000000001893

5. Galimberti V, Vicini E, Corso G, et al. Nipple-sparing and skin-sparing mastectomy: Review of aims, oncological safety and contraindications. *Breast*. 2017;34 Suppl 1(Suppl 1):S82-4.
doi:10.1016/j.breast.2017.06.034

FIGURAS



Figura 1: Pré e pós operatório



Figura 2: Pré e pós operatório