



RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO DE MÚSCULO GRANDE DORSAL: SÉRIE DE 50 CASOS

BREAST RECONSTRUCTION WITH THE LATISSIMUS DORSI FLAP: A 50 CASE SERIES

Guilherme Pereira Smaniotto¹
Ricardo Kunz¹
Guilherme Augusto Hettwer¹
Carolina Perinotti²
Francisco Felipe Laitano³
Milton Paulo de Oliveira⁴

RESUMO

A reconstrução mamária após mastectomia pode receber uma ampla variedade de modalidades reconstrutivas que devem ser discutidas com as pacientes quando a reconstrução for uma opção. O uso do retalho do músculo grande dorsal (MGD), devido aos seus vários benefícios, permanece como uma ótima escolha a ser considerada pelo cirurgião plástico. Esta série tem o objetivo de apresentar a análise retrospectiva de 50 pacientes operados com esta modalidade autóloga de reconstrução. A principal indicação encontrada para a cirurgia foram as complicações relacionadas à reconstrução prévia com o uso de implante mamário sozinho, tendo em vista que 43% das pacientes estavam expostas à radioterapia. Além disso, a complicação de maior ocorrência foi o seroma, morbidade facilmente manejável e de baixo risco pós operatório. Devido à sua versatilidade de uso e ao baixo risco de complicações, portanto, o retalho do MGD é uma opção de grande importância para a cirurgia reconstrutiva do câncer de mama.

Descritores: Reconstrução da mama. Neoplasias da mama. Retalhos cirúrgicos.

ABSTRACT

Breast reconstruction after a mastectomy procedure can be given a wide variety of reconstructive modalities that should be discussed with patients when reconstruction is an option. The use of the latissimus dorsi flap, due to its many benefits, has remained an excellent option considered by the plastic surgeon. This series aims to present a retrospective analysis of 50 patients operated on with this autologous reconstruction modality. The main indications found for surgery were complications related to previous reconstruction with the use of breast implant alone, considering that 43% of patients were exposed to radiotherapy. In addition, the most frequent complication was seroma, an easily manageable morbidity with low postoperative risk. Due to its versatility of use and low risk of complications, therefore, the latissimus dorsi flap is a very important option for reconstructive surgery for breast cancer.

Keywords: Breast reconstruction. Breast neoplasms. Surgical flaps.

¹Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUC-RS

²Estudante da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

³Chefe da equipe de reconstrução mamária do Hospital São Lucas da PUC-RS

⁴Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUC-RS



INTRODUÇÃO

A reconstrução mamária após uma mastectomia em pacientes com câncer de mama pode ser realizada imediatamente ou tardiamente à mastectomia. As alternativas de reconstrução são os retalhos de tecido autólogo, as próteses mamárias, ou a combinação de ambas as técnicas de reconstrução.

Existe uma ampla variedade de fatores que devem ser levados em consideração para a seleção do método de reconstrução mais indicado para cada paciente. Fatores relacionados à paciente, fatores oncológicos, fatores psicológicos, e fatores do próprio cirurgião, que inclui a sua habilidade em realizar a opção reconstrutiva com boa técnica cirúrgica e experiência¹.

O uso de tecido autólogo para a reconstrução da mama após a mastectomia é considerado por muitos cirurgiões plásticos como o padrão-ouro, já que essa reconstrução com tecido autólogo vai durar para sempre e geralmente melhora com o tempo. Dentre os vários tipos de sítios doadores, um dos mais comumente utilizado é o do abdômen, que inclui o retalho Musculocutâneo Transverso do Reto abdominal (TRAM), o retalho Perfurante da Artéria Epigástrica Inferior Profunda (DIEP) e o retalho da Artéria Epigástrica Inferior Superficial (SIEA)². Além desse, outro sítio doador muito comum é o do dorso, sendo o retalho do MGD empregado como opção reconstrutiva de grande versatilidade para vários defeitos oncológicos mamários³. As suas principais vantagens são: morbidade do sítio doador baixa, vascularização do pedículo toracodorsal confiável, e ausência de necessidade de procedimentos microvasculares⁴. Dentre as indicações para a reconstrução com o retalho de MGD, incluem-se as falhas em reconstrução prévia com implante mamário, falha de outra reconstrução autóloga prévia, recidiva neoplásica e reconstrução tardia pós-mastectomia. Apesar de o seroma ser a complicação mais comum, a morbidade relacionada à cirurgia é baixa e o retalho do MGD é um método consistente e seguro para a reconstrução mamária⁵.

OBJETIVO

Apresentar uma série de pacientes submetidas a reconstrução mamária com retalho de MGD, dando ênfase às indicações e complicações, além de comparar com dados encontrados na literatura científica.

MÉTODOS

Esta é uma série de 50 pacientes que foram submetidos a reconstrução mamária por câncer de mama com retalho de MGD, combinado ou não ao uso de implante mamário. As cirurgias ocorreram nos períodos de Setembro de 2015 a Dezembro de 2021, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do



Sul, Brasil. Todas as pacientes assinaram termo de consentimento pré-operatório aplicado pelo cirurgião que conduziu a realização das cirurgias. As pacientes operadas foram oriundas tanto do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto de Convênios Particulares. Os procedimentos foram realizados pelo coordenador do Serviço de Reconstrução Mamária do Hospital São Lucas da PUCRS e sua equipe, conforme a sua rotina de execução do procedimento (foto e imagem).

O IMC acima de 30 não foi considerado um critério de exclusão, e foram incluídas no estudo as pacientes que tiveram a sua reconstrução realizada em tempo imediato e tardio, sendo todas unilaterais.

Foi realizada análise retrospectiva dos dados registrados no prontuário das 50 pacientes.

RESULTADOS

Na análise das características clínicas, o intervalo de idade das pacientes foi de 33-77 anos, com média de 54,5 anos de idade. 30 pacientes eram hípidas. A comorbidade mais frequente foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), verificada em 12 pacientes. 9 pacientes tinham índice de massa corporal (IMC) igual ou acima de 30 (obesidade). 13 pacientes foram submetidas a reconstruções imediatas, enquanto 37 pacientes foram submetidas a reconstruções tardias. Além disso, 43 pacientes tiveram exposição à radioterapia. 38 pacientes foram submetidas à reconstrução híbrida com retalho de MGD combinada à inclusão de implante mamário, enquanto 12 pacientes tiveram suas mamas reconstruídas com retalho de MGD apenas (Tabela 1).

A principal indicação cirúrgica foram as falhas em reconstrução prévia com implante mamário, totalizando 22 pacientes. Destas, 18 pacientes tiveram suas mamas previamente expostas à radiação. Extrusão foi a falha em reconstrução prévia com implante mais comum, sendo verificada em 9 pacientes. 7 pacientes tiveram seus implantes mamários infectados, e 3 pacientes apresentaram contratura capsular. Além disso, reconstrução tardia pós mastectomia foi a segunda indicação mais frequente, encontrada em 12 pacientes. 11 pacientes tiveram recidiva neoplásica em local de setorectomia com radioterapia prévia. Falha de reconstrução prévia com retalho TRAM ocorreu em 1 paciente, devido à infecção do retalho, sendo esta paciente com IMC de obesidade (Tabela 2).

Acerca das complicações, 10 pacientes as apresentaram no pós operatório, sendo que 7 pacientes tiveram seroma. 40 pacientes não tiveram complicações (Tabela 3).

Além disso, todas as pacientes tiveram colocação de dreno de sucção no dorso ao término da cirurgia, com média de 14,8 dias de permanência do dreno. Suturas de adesão na área doadora do dorso foram realizadas em 38 pacientes.



DISCUSSÃO

De acordo com Spear et al., uma reconstrução com resultado estético aceitável com riscos manejáveis pode ser realizada usando uma prótese combinada ao retalho do MGD, já que a cobertura muscular fornece tecido adicional de boa qualidade, adequados volume e vascularização para proteger o implante e reduzir a possibilidade de exposição ou infecção da prótese⁶.

Spear et al. também evidencia que a reconstrução puramente autóloga pode ser a melhor escolha para muitas mamas irradiadas, pois foi reportada uma taxa de contratatura capsular aumentada em mamas irradiadas e reconstruídas somente com o implante. Segundo o autor, aproximadamente metade das pacientes que tiveram reconstrução prostética em área previamente irradiada tiveram que ser submetidas a nova reconstrução mamária com confecção de retalho musculocutâneo⁷. Isso ratifica a principal indicação para a cirurgia de reconstrução mamária com retalho do MGD no estudo. Aproximadamente 82% das pacientes tiveram complicações associadas à prótese em área previamente irradiada.

Em estudo de Hanwright et al., reconstrução mamária em obesas com uso de expansores teciduais foi associada a menor morbidade quando comparada à reconstrução autóloga. O autor, todavia, não faz referência à exposição prévia das pacientes à radioterapia, incluindo no trabalho pacientes que tiveram exposição à quimioterapia apenas. Quando comparados os tipos de reconstruções autólogas, o retalho de MGD apresentou o menor índice de morbidade pós operatória. Além disso, a morbidade em não obesas submetidas a reconstrução autóloga com retalho de MGD foi menor quando comparada com as outras técnicas de reconstrução autóloga para não obesas, que incluíram o retalho TRAM e o retalho livre⁸.

Em estudo de 174 casos, Tomita et al. apresentaram que a complicação mais comum em 21% dos pacientes foi o seroma⁹. Este dado correlaciona-se com o encontrado no estudo.

Sutura de adesão no dorso foi associada a prevenção na formação de seroma no pós operatório¹⁰.

CONCLUSÃO

Em suma, devido a sua versatilidade para indicação em diferentes contextos clínicos e o seu índice de complicações baixo e de pouco morbidade, o uso do retalho de MGD permanece como uma ótima escolha para a reconstrução mamária de pacientes com câncer de mama.



REFERÊNCIAS

1. Nahabedian M. Y. Breast Reconstruction: A Review and Rationale for Patient Selection. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2009; 124(1), 55–62.
2. Nahabedian M Y, Patel K. Autologous flap breast reconstruction: Surgical algorithm and patient selection. *Journal of Surgical Oncology*, 2016; 113(8), 865–74.
3. Sood R, Easow J M, Konopka G, Panthaki Z J. Latissimus Dorsi Flap in Breast Reconstruction. *Cancer Control*, 2018. 25(1), 1-7.
4. Tomita K, Yano K, Masuoka T, Matsuda K, Takada A, Hosokawa K. Postoperative Seroma Formation in Breast Reconstruction With Latissimus Dorsi Flaps. *Annals of Plastic Surgery*, 2007; 59(2), 149–51.
5. Menke H, Erkens M, Olbrisch R R. Evolving Concepts in Breast Reconstruction With Latissimus Dorsi Flaps: Results and Follow-up of 121 Consecutive Patients. *Annals of Plastic Surgery*, 2001; 47(2), 107–14.
6. Spear S L, Boehmler J H, Taylor N S, Prada C. The Role of the Latissimus Dorsi Flap in Reconstruction of the Irradiated Breast. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2007; 119(1), 1–9.
7. Spear S L, Onyewu C. Staged breast reconstruction with saline-filled implants in the irradiated breast: Recent trends and therapeutic implications. *Plast. Reconstr. Surg.*, 2000; 105: 930.
8. Hanwright P J, Davila A A, Hirsch E M, Khan S A, Fine N A, Bilimoria K Y, Kim J Y S. The differential effect of BMI on prosthetic versus autogenous breast reconstruction: A multivariate analysis of 12,986 patients. *The Breast*, 2013; 22(5), 938–45.
9. Tomita K, Yano K, Masuoka T, Matsuda K, Takada A, Hosokawa K. Postoperative Seroma Formation in Breast Reconstruction With Latissimus Dorsi Flaps. *Annals of Plastic Surgery*, 2007; 59(2), 149–51.
10. Sajid DB, Betal D. Prevention of Postoperative Seroma-Related Morbidity by Quilting of Latissimus Dorsi Flap Donor Site: A Systematic Review. *Clin Breast Cancer*. 2011; 11(6):357-63.



Figura 1: visão da marcação pré operatória



Imagem 2: Canto superior esquerdo: visão frontal de pré operatório, Canto superior direito: visão lateral de pré operatório, Canto inferior esquerdo: visão frontal de pós operatório, Canto inferior direito: visão lateral de pós operatório



Tabela 1 - Características clínicas das 50 pacientes

	n = 50	%
Intervalo de idade (média em anos)	33-77 (54,5 anos)	
Hígidas	30	60
Obesidade	9	18
HAS	12	24
Diabéticas	7	14
Tempo relativo à mastectomia		
- Imediato	13	26
- Tardio	37	74
Radioterapia prévia	43	86
Tipo de reconstrução		
- Autóloga	12	24
- Híbrida	38	76

Legenda: Obesidade = índice de massa corporal maior ou igual a 30; HAS = hipertensão arterial sistêmica; Autóloga = retalho de músculo grande dorsal; Híbrida = autóloga + próstética

Tabela 2 - Indicações

Indicações	Número de pacientes (n=50)	%
Falha em reconstrução prévia com implante	22	44
Reconstrução tardia pós mastectomia	12	24
Recidiva neoplásica	11	22
Falha de TRAM prévio	1	2
Reparo de parede torácica	2	4
Sequela de setorectomia prévia	2	4



Tabela 3 - Complicações

Complicações	Número de pacientes (n=50)	%
Seroma	7	14
Deiscência de ferida operatória	1	2
Necrose distal do retalho	1	2
Pioderma gangrenoso	1	2
Não tiveram complicações	40	80