ACM Arquivos Catarinenses de Medicina
ISSN (impresso) 0004-2773
ISSN (online) 1806-4280
AMB Associação Médica Brasileira

RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÃO DE MAMA COM RETALHO TRAM - SÉRIE DE CASOS

BREAST RECONSTRUCTION WITH TRAM FLAP - CASE SERIES

Victor Antonio Brocco[1]
Antonio Carlos Pinto de Oliveira[2]
Alice Fischer Morello[3]
Daniele Walter Duarte[4]
Milena de Mello Fávero[5]
Marcus Vinícius Martins Collares[6]

RESUMO

A incidência de câncer de mama tem aumentado. A evolução dos tratamentos elevou as taxas de sobrevida, destacando a reconstrução mamária como essencial. Dados indicam que apenas 10% das mulheres submetidas à mastectomia no Brasil foram reconstruídas. A reconstrução pode ser imediata ou tardia: a imediata oferece melhores resultados estéticos, mas pode aumentar o risco de complicações, como necrose e piora da qualidade da pele em casos de radioterapia. A reconstrução tardia permite um planejamento mais seguro. O retalho TRAM pode causar enfraquecimento da parede abdominal e risco de hérnias, porém nesta série de casos foi uma opção viável onde a microcirurgia não está disponível. As pacientes apresentaram boa estética e harmonia corporal e sem complicações. Em um hospital-escola com foco no SUS, a ampliação do uso de retalhos autólogos pode aumentar o número de reconstruções mamárias e reduzir o impacto psicossocial, oferecendo melhores resultados em menos procedimentos.

Descritores: Câncer de mama. Mamoplastia. Retalho miocutâneo.

ABSTRACT

The incidence of breast cancer has been rising. The evolution of treatments has improved survival rates, highlighting breast reconstruction as essential. Data indicate that only 10% of women undergoing mastectomy in Brazil have received reconstruction. Reconstruction can be immediate or delayed: immediate reconstruction offers better aesthetic results but may increase the risk of complications, such as necrosis and deterioration of skin quality in cases of radiotherapy. Delayed reconstruction allows for safer planning. The TRAM flap can cause abdominal wall weakness and an increased risk of hernias; however, in this series of cases, it was a viable option where microsurgery is not available. The patients achieved good aesthetic results, bodily harmony, and no complications. In a teaching hospital focused on SUS, expanding the use of autologous flaps could increase the

[1] Residente de Cirurgia Plástica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre - RS, Brasil. E-mail: mdvictorbrocco@gmail.com
[2] Membro Titular. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: acpoliveira@hcpa.edu.br
[3] Membro Titular. Preceptora do Serviço de Cirurgia Plástica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - RS – Brasil.Email: afischer@hcpa.edu.br
[4] Membro Titular. Preceptora do Serviço de Cirurgia Plástica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: danieleduarte@hcpa.edu.br
[5] Estudante de Medicina. Universidade Ulbra, Canoas – RS - Brasil. E-mail: milena.mfavero@rede.ulbra.br
[6] Membro Titular. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Porto Alegre - RS – Brasil. Email: mcollares@hcpa.edu.br

ACM Arquivos Catarinenses de Medicina
ISSN (impresso) 0004-2773
ISSN (online) 1806-4280
AMB Associação Médica Brasileira

number of breast reconstructions and reduce the psychosocial impact, offering better outcomes in fewer procedures.

Keywords: *Breast câncer. Mammaplasty. Myocutaneous flap*

INTRODUÇÃO

A incidência de câncer de mama tem aumentado drasticamente. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Brasil deve registrar 73.610 novos casos até 2025. E com a evolução das modalidades de tratamento curativa tem elevado grandemente as taxas de sobrevida, trazendo o destaque a reconstrução mamária como papel de protagonismo no que tange a qualidade de vida e melhora da autoestima pós-mastectomia. Segundo dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), em 2018, apenas 10% das mulheres no Brasil submetidas a uma mastectomia tiveram suas mamas reconstruídas após receberem tratamento oncológico pelo Sistema Único de Saúde. A abordagem da reconstrução mamária pode ser classificada em dois momentos: imediata ou tardia. A reconstrução imediata é realizada concomitantemente à cirurgia de ressecção do câncer de mama, enquanto a reconstrução tardia pode ser realizada semanas ou até anos após [2]. As vantagens de reconstrução imediata são melhores resultados estéticos mantendo a forma do footprint mamário e evitando a experiência negativa da perda da mama, porém pode aumentar o risco de necrose do envelope cutâneo e nos casos onde há radioterapia no pós operatório pode evoluir com piora da qualidade mamária e da pele reconstruída. Enquanto, a reconstrução tardia pode-se ter um planejamento mais adequado de acordo com as necessidades do caso e também é uma opção mais segura no que tange à certeza de ressecção oncológica com margens negativas. A reconstrução com tecidos autólogos e especificamente com retalho abdominal pediculado foi utilizado pela primeira vez por Robbins em 1979, orientado verticalmente [3] e posteriormente em 1982 [4] foi descrito utilizando a orientação transversal - TRAM - Retalho miocutâneo transverso abdominal. Este tipo de retalho possibilitou criar uma forma maior de mama, utilizando o excesso de pele e gordura da parte inferior do abdômen, enquanto se realizava uma abdominoplastia. Porém, como consequência desta abordagem causava um defeito na área doadora do abdômen, gerando enfraquecimento da parede abdominal e o risco aumentado de hérnias. Com o avanço dos retalhos livres [5] surgiu o retalho perfurante da artéria epigástrica inferior profunda (DIEP) e que não exigia sacrificar o músculo e sem as consequências na parede abdominal [6-8,9]. Sendo os retalhos livres e os expansores seguidos de implantes, as modalidades mais indicadas e preferíveis para a reconstrução mamária no cenário atual.

ACM Arquivos Catarinenses de Medicina
ISSN (impresso) 0004-2773
ISSN (online) 1806-4280
AMB Associação Médica Brasileira

OBJETIVO

Apresentar, por meio de uma série de casos, a reconstrução mamária utilizando o retalho TRAM em serviços de cirurgia plástica onde não há disponibilidade de microcirurgia com expertise e volume adequado.

MÉTODO

Demonstrar através de série de casos as indicações, resultados e complicações da reconstrução mamária com retalho TRAM. Foram selecionadas 5 pacientes para a reconstrução mamária pós-mastectomia que apresentavam uma grande deficiência de tecido na loja mamária. As condições técnicas para a realização da cirurgia de retalho autólogo foram previamente avaliadas, considerando a presença de flacidez e excesso de tecido cutâneo e adiposo na região do abdômen inferior, além da topografia doadora. Foram realizadas fotos pré-operatórias das pacientes, que foram então submetidas a anestesia geral associada ao bloqueio do neuroeixo. O procedimento foi dividido em etapas: enquanto uma equipe realizava o preparo da loja receptora na mama, com ressecção de cicatriz prévia de mastectomia e amplo descolamento cutâneo da pele, limitando-se cranialmente ao segundo espaço intercostal e caudalmente ao sulco mamário, tendo como comparação com a mama contralateral, outra equipe realizava o descolamento do retalho na região abdominal. O retalho era baseado no pedículo da artéria epigástrica superior, com o eixo no músculo reto abdominal contralateral à mama a ser reconstruída. As etapas incluíam a marcação da altura do retalho no sentido crânio-caudal e látero-lateral. A incisão cutânea era iniciada na margem superior com descolamento do retalho abdominal até o apêndice xifóide e ampliado para subcostal no lado onde seria abortado o músculo reto abdominal. Posteriormente, iniciava-se a abertura da fáscia aponeurótica do reto abdominal contralateral ao defeito a ser reconstruído com cerclagem do ventre muscular, realizando-se descolamento em direção caudal até ilha de pele da zona I com manutenção da ilha de pele com fáscia e perfurantes íntegras. Secção do músculo reto em porção inferior com ligadura da artéria epigástrica e descolamento ante fáscia tranversalis até subcostal com identificação do pedículo vascular. Prosseguia-se então a tunelização para loja mamária. Para cobertura do defeito gerado na parede abdominal, uma tela de Marlex era inserida no abdômen.O retalho, já tunelizado na loja mamária, era confeccionado de acordo com a necessidade de tecido mamário, adequando-se ao perfil de cada paciente. Foram inseridos 2 drenos de portovac, um na mama e outro na loja do abdômen. Realizado acompanhamento de pacientes com fotos nos tempos 1,3,6 e 12 meses.

ACM Arquivos Catarinenses de Medicina
ISSN (impresso) 0004-2773
ISSN (online) 1806-4280
AMB Associação Médica Brasileira

RESULTADOS

As imagens das pacientes 1,2, 3 nos trazem o registro fotográfico das fotos pré-operatórias e de 6 meses de pós operatório. A primeira observação importante a ser destacada é que a indicação pode advir desde áreas receptoras com pequenos defeitos até grandes perdas na loja mamária. Em todos os casos citados não foram utilizados implantes mamários, realizou-se basicamente desepidermização das porções do retalho que serviram de volume, enquanto a epiderme da superfície exposta ficou íntegra. Preferencialmente quando indicado realizava-se mastopexia contralateral na mesma cirurgia, tendo em vista a alta demanda de casos para reconstrução. Das pacientes avaliadas, uma delas apresentou pequena deiscência da ferida cirúrgica não porção medial da loja mamária com cicatrização completa em 4 semanas, as demais não apresentaram na casuística seroma ou hérnias no período até então. Percebe-se como resultado um volume, forma e contorno mamário adequado, também transmitindo um contorno corporal mais harmônico tanto no corpo superior no que diz respeito à mama quanto no corpo inferior pela abdominoplastia.

DISCUSSÃO

Existem diversas modalidades para reconstrução mamária conforme já citados na introdução. Desde o protocolo da reconstrução imediata com implantes ou uso de expansores; ou reconstrução tardia com retalhos autólogos. Na experiência deste serviço e na pequena série de casos foi demonstrado o que está de acordo com a literatura e estudos prévios que tanto a satisfação geral quanto estética foram significativamente maior para reconstrução autóloga unilateral[9] do que a reconstrução com implantes. Não foi realizado nenhum estudo comparativo ou abordagem estatística, mas na experiência dos residentes e cirurgiões que acompanharam os casos ficou marcante este aspecto. Dentre as políticas de saúde se deve pensar em ampliar o número de pacientes reconstruídas sendo de imediato nos casos no mesmo tempo cirúrgico da mastectomia ou com retalho autólogas e simetrização na mesma cirurgia tardiamente tendo em vista uma abordagem ou no máximo duas para reconstrução total da mama e simetrização. Dentre os retalhos autólogos, os pediculados tanto o TRAM quanto o grande dorsal são alternativas muito bem elegíveis no arsenal de serviços onde a microcirurgia não seja uma realidade, apesar dos potenciais defeitos e complicações que podem gerar na área doadora

CONCLUSÃO

Conclui-se que o retalho TRAM é uma modalidade cirúrgica ainda muito utilizada em serviços onde inexiste a microcirurgia e deve ser repensado o seu uso e ampliada a sua indicação no

cenário atual e não só como alternativa. Maior quantidade de pacientes operadas com resolutividade rápida em no máximo dois procedimentos se traduz, em um hospital escola de atendimento prioritariamente SUS e com serviço de residência médica, em maiores números de reconstrução mamária, tratamento mais rápido e menor impacto psicossocial para as mulheres.

REFERÊNCIAS

1-https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-survival-rates.html Acessado 10 de abril 2025
2. Kronowitz SJ (2007) Immediate versus delayed reconstruction. Clin Plast Surg 34:9–50
3. Robbins TH (1979) Rectus abdominis myocutaneous fap for breast reconstruction. Aust Nz J Surg 49:527–30
4. Hartrampf CR, Schefan M, Black PW (1982) Breast reconstruction with a transverse abdominal island fap. Plast Reconstr Surg 69:216–24
5. Koshima I, Soeda S (1989) Inferior epigastric artery skin faps without rectus abdominis muscle. Br J Plast Surg 42:645-8
6. Allen RJ, Treece P (1994) Deep inferior epigastric perforator fap for breast reconstruction. Ann Plast Surg 32:32–8
7. Blondeel PN, Vanderstraeten GG, Monstrey SJ et al (1997) The donor site morbidity of free DIEP faps and free TRAM faps for breast reconstruction. Br J Plast Surg 50:322–30
8. Kroll SS, Schusterman MA, Reece GP et al (1995) Abdominalwall strength, bulging, and hernia after TRAM fap breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 96:616-9
9. Craft RO, Colakoglu S, Curtis MS, Yueh JH, Lee BS, Tobias AM, et al. Patient satisfaction in unilateral and bilateral breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2011;127(4):1417-24.

FIGURAS

Figura 1: pré e pós-operatório

ACM Arquivos Catarinenses de Medicina
ISSN (impresso) 0004-2773
ISSN (online) 1806-4280
AMB Associação Médica Brasileira

Figura 2: pré e pós-operatório

Figura 3: pré e pós-operatório