

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS-MASTECTOMIA

* CARLOS A.M. BRÁS GOMES

Mestre em Cirurgia Plástica

Hospitais Cívicos de Lisboa

Professor da Universidade de Fortaleza—UNIFOR

O autor chama a atenção para os poucos casos de mastectomia encaminhados ao Cirurgião Plástico, enumerando as causas que motivam estas situações.

Advoga uma maior divulgação à população, das vantagens da reconstrução, frisando que a mesma não evita qualquer diagnóstico de recidiva do câncer.

Descreve, em seguida, as indicações, contra-indicações e técnicas cirúrgicas utilizadas.

BREAST RECONSTRUCTION AFTER MASTECTOMY

Only a few women subjected to a radical mastectomy made reconstruction.

The others usually suffer psychological and emotional shock, often of a marked degree, with effects that may persist for years.

The Author considers that divulgation should be done, because reconstruction does not seem to hinder detection of carcinoma.

Indications, contra-indications and the operative techniques are described.

INTRODUÇÃO

O carcinoma mamário é o câncer mais comum na mulher. Atualmente, uma em cada onze americanas, desenvolve câncer durante a sua vida⁵.

Nos últimos anos, as autoridades médicas têm realizado esforços para a divulgação através dos meios de informação, da importância do diagnóstico precoce da doença, através de exames periódicos e autoexame.

Esta situação tem motivado o aparecimento crescente de mulheres que são mastectomizadas em estágios iniciais da doença e, portanto, em melhores condições de reconstrução mamária.

Paradoxalmente, a divulgação da doença tem originado também um maior número de pacientes que preferem permanecer com a doença, escondendo-a, a serem "mutilada"⁶

É imperioso que, simultaneamente à divulgação da necessidade de diagnóstico precoce e dos meios terapêuticos disponíveis, se incida sobre as possibilidades de reconstrução do órgão mutilado e da ausência de riscos de recidiva da lesão, devida à reconstrução, conceito presente na maioria das pessoas e inclusive no meio médico e paramédico⁷.

A reconstrução mamária constitui um importante fator psicológico de recuperação da paciente mastectomizada, devendo ser sempre discutida com esta, no pré-operatório da mastectomia, a possibilidade de a realizar.

QUANDO RECONSTRUIR?

A discussão deste item tem sido grande e as opiniões divergem.

As indicações para a reconstrução incidem nas pacientes portadoras de neoplasias nos estágios I, II e III, independen-

temente da idade, radioterapia ou quimioterapia.

As contra-indicações incidem sobre o estágio IV, com a presença de metástases.

A recidiva local constitui menos de 2% dos casos, pelo que a reconstrução não vai levar a um atraso no diagnóstico de eventual recidiva⁶.

Embora um grande número de cirurgiões plásticos realizem reconstrução mamária no mesmo tempo cirúrgico e outros após 1 - 2 anos da mastectomia, preferimos pessoalmente realizar a reconstrução 3 meses após a mastectomia, a fim de que a paciente se conscientize da mutilação que apresenta, sem entrar no campo patológico, dando assim maior valor à reconstrução.

Em relação ao problema da radioterapia pós-operatória, a reconstrução só traz benefícios; uma cicatriz de mastectomia, a maioria das vezes sob tensão, em que pouco mais existe do que pele e gradil costal, favorece o aparecimento de radiodermite. Pelo contrário, a presença de um retalho muscular ou miocutâneo, em que a perfusão sanguínea é de boa qualidade, não permite qualquer complicação das radiações gama.

No tocante à reconstrução durante a quimioterapia, também não existe qualquer impedimento, exceto no que diz respeito ao processo de cicatrização que é atrasado. Nestes casos, a retirada dos pontos deve ser retardada⁷.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS

São numerosas as técnicas cirúrgicas existentes e dependem do tipo de mastectomia realizada.

Quando há preservação do músculo peitoral maior, os resultados estéticos são bons, pois não existe uma grande deformidade que é a depressão da fossa infraclavicular e a ausência do pilar anterior da axila. Nestes casos, a simples co-

locação de uma prótese de silicone submuscular resolve o problema².

Nos casos de ausência do peitoral maior, cicatrizes sob tensão ou enxertos, em que a pele está aderida ao gradil costal, é necessário transpor para a área mastectomizada, tecido suficiente para a reconstrução, que pode ser obtido de várias áreas, das quais as mais utilizadas são: ^{2, 3, 9, 11}.

1. Da mama contralateral;
2. Retalho miocutâneo do grande dorsal;
3. Retalho miocutâneo do reto abdominal vertical ou transverso;
4. Retalho abdomino-mamário contralateral;
5. Retalho microcirúrgico.

A reconstrução do complexo aréolo-mamilar é realizada como último temp cirúrgico, após se obter uma simetria e volume, de acordo com a mama contralateral, que é com freqüência modificada através de mamoplastia redutora ou de aumento.

No Quadro I, são discriminadas as principais técnicas de reconstrução aréolo-mamilar^{1, 4, 8, 10}.

QUADRO I – Reconstrução Areólo-Mamilar

ANO	AUTOR	TÉCNICA
1912	Lexer	Enxerto de aréola.
1947	Conway	Tatuagem pigmentar.
1949	Adams	Enxerto de pequeno lábio.
1971	Millard	Conservação do complexo aréolo-mamilar
1973	Wexler	Divisão do mamilo.
1977	Cronin	Enxerto em espiral da aréola oposta.
1977	Brent	Enxerto de pele total retroauricular mais enxerto de lóbulo auricular.

Quando a mama contralateral é reduzida, preferimos utilizar o procedimento de Cronin que retira uma espiral e uma cunha do mamilo, enxertando-os na mama reconstruída. Quando não é necessário intervir na mama oposta, utilizamos enxerto de pele total da face interna da coxa ou região retroauricular, coadjuvado com a retirada de cunha do lóbulo auricular para reconstrução mamilar.

CONCLUSÕES

A paciente mastectomizada só na última década, tem tido oportunidade de se beneficiar da reconstrução mamária.

Isto tem permitido uma melhor reabilitação física, psíquica e social.

No entanto, os meios que o cirurgião plástico dispõe para a reconstrução, a ausência de agravamento do câncer primário, a inalteração do tempo de sobrevida e os baixos custos para a paciente, não têm sido suficientemente divulgados, de forma a abrangerem um maior número de pacientes mastectomizadas.

Temos, nos últimos anos, tentado divulgar, no meio médico, as técnicas de reconstrução, criando um ambulatório de atendimento de mastectomizadas.

Mas o número de pacientes encaminhadas para reconstrução é pequeno; continuam existindo tabus em relação à

reconstrução, por parte de grande número de cirurgiões, não elucidando as pacientes das possibilidades e vantagens da reconstrução mamária.

Acreditamos que é preferível a uma mulher viver com uma mama reconstruída, permitindo uma melhor qualidade de vida, independente do tempo de sobrevida, do que com a mutilação de uma estrutura, que constitui na sociedade atual um símbolo de feminilidade e sexualidade.

Apresentamos, a seguir, em esquemas, algumas das técnicas utilizadas em reconstrução mamária.

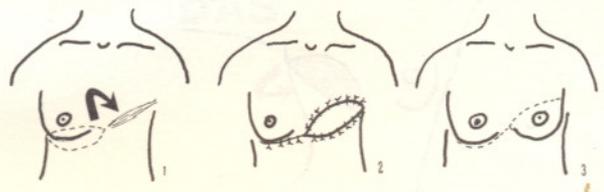


FIG. 1 - Retalho miocutâneo contralateral do reto abdominal (Plast. Reconstr. Surg. 71(5): 668, 1983).

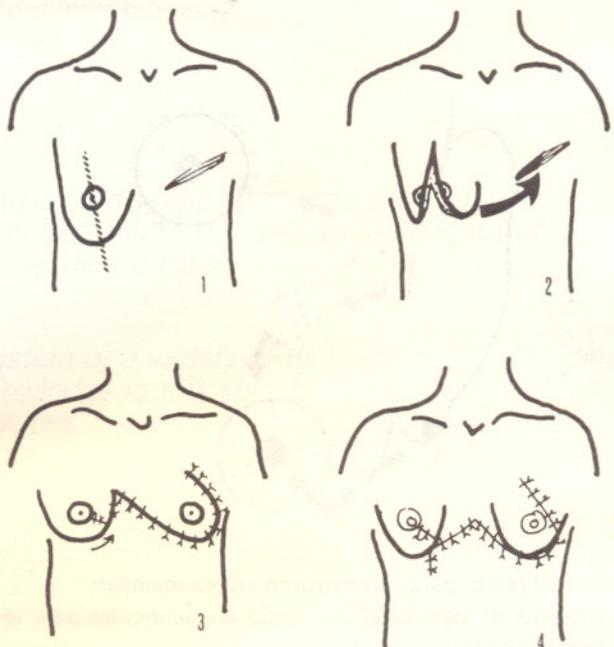


FIG. 2 - Bipartição da Mama – Técnica de Ronaldo Pontes (Brit. J. Plast. Surg., 26:377, 1973).

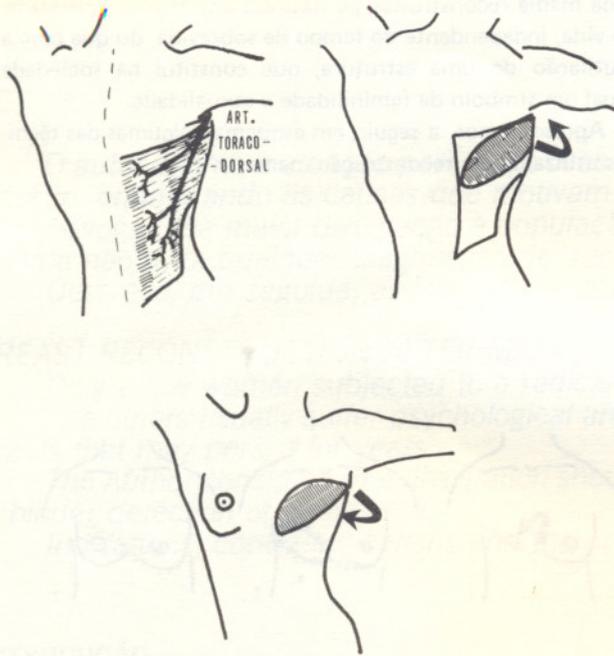


FIG. 3 - Retalho Miocutâneo do *Latissimus Dorsi* (Grande Dorsal).

1. Músculo gr. dorsal com a sua vascularização;
2. Área de músculo e pele que é transposta anteriormente;
3. Para reconstrução mamária.
Seg. Bostwick *Plast. Reconstr. Surg.* 63(1):31, 1979.

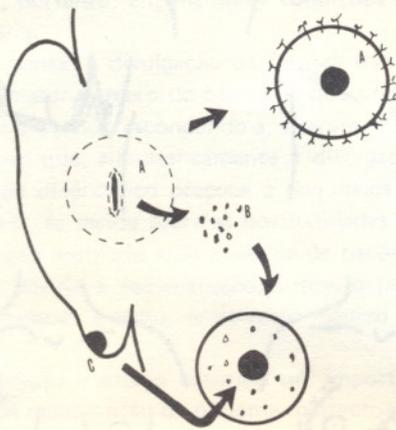


FIG. 4 - Técnica para reconstrução aréolo-mamilar:

- a. Enxerto de pele total da região retroauricular para reconstrução da aréola;
- b. Retirada de cartilagem (ilhas), para simular os tubérculos de Montgomery;
- c. Retirada de tecido do lóbulo auricular para reconstrução do mamilo.

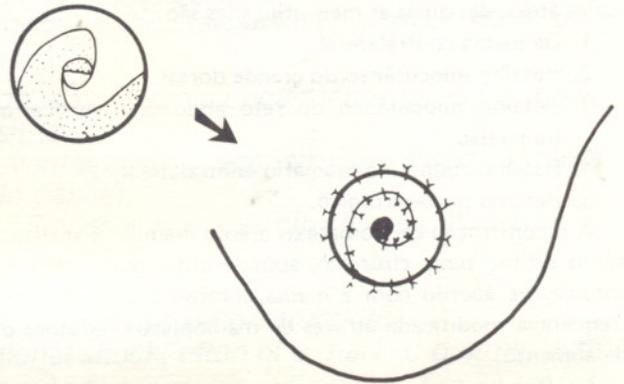


FIG. 5 - Técnica para reconstrução aréolo-mamilar. — Retirada de uma espiral aréolo mamilar da mama contralateral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BRENT, B. Nipple. - *areolar reconstruction with auricular tissues*. *Past. Reconstr. Surg.* 60:353, 1977.
02. CRONIN, T. D. *Reconstruction of Breast Without additional skin or muscle flaps*. *Clinics in Plastic Surgery.* 6:47-55, 1979.
03. DE LA PLAZA, R. *Post Mastectomy reconstruction by contralateral abdominomammary Flap*. *An. Plast. Surg.* 6:97, 1981.
04. FRANCO, T. *Conservação Heterotópica de mamilo para reimplante ulterior*. *Revista do C. B. C.* 19:263, 1971.
05. GIULIANO, A. E. Breast. *In Current Surgical Diagnosis & Treatment*. 6th ed. Lange Medical Publ. 1983.
06. HAKME, F. *Reconstrução de mama. Estágio atual pós-mastectomia por câncer*. *J. B. M.* 44(3):60, 1983.
07. JANELLI, G. D. *Evaluation of reconstruction after mastectomy for carcinoma. A general surgeon's Point of View*. *Clinics in Plastic Surgery.* 6:11-13, 1979.
08. MILLARD, D. *Nipple and areola reconstruction by split - skin graft from the normal side*. *Plast. Reconstr. Surg.* 50:350, 1972.
09. ROBBINS, T. *Rectus abdominus myocutaneous flap for breast reconstruction*. *Aust. N. Z. J. Surge* 49:527, 1979.
10. SPINA, V. *Neo-areoloplastia com enxerto de pequeno lábio*. *Rev. Paul. Med.* 37:215, 1950.
11. VASCONEZ, L. O. & PSILAKIS, J. M. *Breast reconstruction with contra-lateral rectus abdominal myocutaneous Flap*. *Plast. Reconstr. Surg.* 71:668, 1983.