

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS MASTECTOMIA

Dez Anos de Experiência no Hospital de Santarém

F. RIBEIRO DE CARVALHO, CARLOS MARQUES CORREIA

Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Hospital Distrital de Santarém. Santarém

RESUMO

Os AA. fazem uma revisão das modernas técnicas cirúrgicas disponíveis para a reconstrução mamária post mastectomia e da filosofia que preside à oferta da reconstrução às mulheres submetidas a mastectomia, como parte integrante do tratamento global do cancro da mama.

É dado particular relevo à reabilitação psico emocional, à restituição da auto-estima e auto-imagem das doentes, ajudando-as a melhor suportarem o diagnóstico de cancro e a prosseguirem o seu tratamento. Sempre que possível e desejado expressa e consentidamente pelas doentes, a reconstrução, deve ser imediata à mastectomia. Contudo, a reconstrução não deve limitar-se apenas à reposição de volume, mas contemplar todos os atributos essenciais que definem a mama feminina.

Apresenta-se a experiência de reconstrução mamária no Hospital de Santarém nos últimos dez anos, onde foram operadas 99 doentes, num total de 106 reconstruções, quer imediatas quer diferidas, as técnicas utilizadas, seus resultados e complicações.

SUMMARY

Breast Reconstruction. Ten years of experience

The authors describe ten years of experience in breast reconstruction in the Department of Plastic and Reconstructive Surgery in the District Hospital of Santarém - Portugal. Ninety-nine patients were treated with 106 reconstructions, most of these were immediate and some were delayed. The authors were interested in providing an adequate volume, but also into obtaining an acceptable aesthetic result. This contributes considerably to the psychological recovery of the patients.

INTRODUÇÃO

A mama feminina, a par da sua função biológica, tem um significado particularmente importante na identificação sexual da mulher, na sua auto-imagem e auto-estima. É olhada como símbolo de feminilidade e desempenha um papel decisivo na vitalidade física e emocional da mulher. A sua mutilação cirúrgica acarreta invariavelmente desequilíbrio emocional e é fonte de depressão. A associação do sentido de perda ao medo das consequências do cancro, pode assumir proporções catastróficas a nível social, sexual e psicológico.

No cancro da mama, para além de factores pessoais e demográficos, há a ter em conta uma multiplicidade de

factores que incluem a predisposição genética, a adversidade hormonal, a incompetência imunológica e a eventual exposição a carcinogénicos.

É o mais frequente cancro da mulher, atingindo os 26% de todos os tumores malignos, sendo responsável por 18% das mortes por cancro nos EUA. Uma em cada dez mulheres desenvolverão cancro da mama durante as suas vidas¹.

São hoje bem conhecidos os estádios psicológicos post-mastectomia. Aos sentimentos iniciais de negação, raiva e lamentação de perda do órgão, só posteriormente, vencida a depressão, se associa o desejo de reabilitação. Actuando precocemente, isto é, reconstruindo o mais

cedo possível, de imediato à mastectomia preferencialmente, encontra o cirurgião plástico a melhor ocasião para proporcionar à doente uma reabilitação também precoce²⁻⁴.

Não há hoje em dia, mercê das modernas técnicas cirúrgicas e graças à evolução tecnológica das endopróteses, lugar à proposta de mastectomia sem a lógica oferta de reconstrução. Longe parecem ir os tempos em que à mulher mastectomizada restava contentar-se com a dissimulação da sua deformidade mediante artifícios pouco convincentes e gratificantes.

A **reconstrução mamária post-mastectomia**, aparece assim como parte integrante do tratamento do cancro da mama na maioria dos casos, com especial acuidade para a **reconstrução imediata**¹⁻³.

TERAPÊUTICA DO CANCRO DA MAMA

O tratamento do cancro da mama é privilegiadamente um terreno multidisciplinar. De entre as armas terapêuticas disponíveis, a cirurgia ocupa um lugar de destaque nas suas várias modalidades (cuja controvérsia não cabe no âmbito deste artigo). A atitude cirúrgica em geral, parece contudo apontar para uma actuação cada vez menos radical, comprovada que está a não melhoria da sobrevida pela maior agressão cirúrgica para o mesmo estadio da doença.

Outras modalidades de tratamento, incluem a quimioterapia e a radioterapia, isoladamente ou em complemento da cirurgia.

Para o cirurgião plástico que se propõe actuar nesta área, é importante o conhecimento dos detalhes e critérios do tratamento do cancro da mama, o diagnóstico histológico e o prognóstico de cada caso particular para melhor planear a reconstrução. A interdisciplinaridade é vital para se assegurarem resultados satisfatórios.

RECONSTRUÇÃO POST-MASTECTOMIA

Perante a doença e uma vez decidida a mutilação cirúrgica, sob o ponto de vista reconstrutivo, cabe colocar quatro questões:

- 1 - Quem é candidata a uma reconstrução.
- 2 - Quando reconstruir.
- 3 - Que objectivos se pretendem atingir.
- 4 - Como atingir esses objectivos.

1 - Quem Reconstruir.

Uma decisão realista e inteligente, passa por sentar à mesma mesa, a doente, o cirurgião oncologista e o cirurgião plástico.

À doente exigir-se-á nesta entrevista, um desejo expresso e consentido pela reconstrução e uma correcta

informação sobre a sua doença e tratamento. Ser-lhe-á fornecida informação sobre as possibilidades técnicas de reconstrução mamária em geral e do seu caso em particular.

O cirurgião geral ou ginecologista, que antecipadamente tenha oferecido a possibilidade de reconstrução à doente, (uma vez que o seu silêncio sobre o assunto poderá ser interpretado pela doente como desacordo médico pela reconstrução), terá em conta, o tamanho do tumor e a sua histologia, o envolvimento ganglionar e o tipo de cirurgia que se propõe efectuar, bem como se haverá eventual necessidade de químio ou radioterapia complementar.

Quanto ao cirurgião plástico, para lá da informação colhida do cirurgião oncologista, sua opinião sobre a reconstrução e evolução previsível do caso, deverá certificar-se da real motivação da doente, sua idade e condições físicas gerais. Terá ainda em conta as possibilidades de obter um bom resultado.

2 - Quando Reconstruir

Se a reconstrução mamária for decidida de imediato à mastectomia - **Reconstrução Imediata - R.I.**- esta deve iniciar-se no mesmo acto operatório, regra geral comportando o primeiro tempo da reconstrução. Caso se decida aguardar a reconstrução para um tempo posterior, regra geral após a conclusão da terapêutica complementar e nunca antes de três meses após a mastectomia, falar-se-á de - **Reconstrução Diferida. -R.D.**

Ambas as opções apresentam vantagens e inconvenientes que se prendem com aspectos ora técnicos ora estratégicos, tendo em conta o caso clínico e a vontade da doente. Pessoalmente não advogamos, como norma, o parecer dos que vêem vantagem em fazer a doente pagar o preço de se ver mastectomizada durante algum tempo, para assim melhor valorizar o resultado da reconstrução. Ainda que imperfeita, a perspectiva de devolução à doente de uma eminência mamária, com os atributos que a caracterizam, aparece sempre como um factor positivo na sua reabilitação psico - emocional e na vontade de prosseguir o tratamento.

A ponderar, na exclusão de uma reconstrução mamária:

- a) - Doentes com carcinomas com tempo de duplicação curto (carcinomas inflamatórios)
- b) - Doentes com tumores invasivos da grelha costal.
- c) - Doentes muito obesas e com grandes mamas
- d) - Todos os casos em que um resultado minimamente satisfatório não possa ser assegurado (*primum non nocere*).
- e) - Doentes indecisas quanto à reconstrução.

A presença de metástases ganglionares não contraindicam por si só a reconstrução. As próteses mamárias actualmente utilizadas na reconstrução, não encobrem a recorrência local da doença em especial se colocadas no espaço retro muscular. Não interferem com a terapêutica adicional e, se necessária a radioterapia, a presença do silicone não obriga à alteração das dosagens de alta voltagem¹.

3 - Objectivos a Atingir

- Reconstruir tão bem quanto possível, um volume mamário natural, de consistência apropriada e confortável
- Obter simetria.
- Reconstruir um complexo areolo-mamilar tão natural quanto possível.
- Manter as relações estático - dinâmicas e posturais da doente.
- Restituir à doente uma vida normal, a auto-imagem e o uso de roupas desejadas.
- Proporcionar bem estar e reabilitação psico-emocional.

4- Como Reconstruir

4.1 - Os tecidos locais e o volume

O critério de escolha de uma técnica cirúrgica, prende-se sobretudo com a qualidade e a quantidade dos tecidos do tórax mastectomizado. A exiguidade de tegumentos ou a sua má vitalidade (radiodermite, p. ex.), imporão que se transportem para o tórax tecidos de qualidade. Se localmente, o terreno for favorável, então o problema de volume, poderá ser, tão somente alcançado, através da aplicação de um implante. Assim:

A - A **reposição de volume** (com tecidos suficientes) pode obter-se mediante:

- A inclusão de uma prótese definitiva
- A aplicação de um expansor tissular, posteriormente substituído por uma prótese definitiva.
- A aplicação de uma prótese expansora / definitiva (Prótese de BECKER)⁵
- Retalho muscular.

B - A **reposição de volume com fornecimento de tecidos suplementares**, mediante:

- Retalhos locais toraco- epigástricos (com prótese).
- Retalho miocutâneo do Grande Dorsal (*Latissimus Dorsi*), com ou sem prótese
- Retalho miocutâneo toraco - epigástrico, com ou sem prótese. (retalho superior do recto abdominal)
- Retalhos miocutâneos do Recto anterior do abdomen, transversal (T.R.A.M) ou vertical (V.R.A.M.).
- Retalhos livres microcirúrgicos (Gr. Glúteo;

T.R.A.M. etc.)

A reconstrução mamária não deve limitar-se contudo à reposição de volume, sendo de salientar outros atributos essenciais na definição da mama feminina, tais como a forma e a consistência. A obtenção de uma ptose natural, de um sulco sub mamário bem definido e a reconstrução areolo - mamilar são fundamentais.

AS PRÓTESES MAMÁRIAS

As próteses mamárias definitivas bem como os expansores tissulares, são aplicadas, após selecção criteriosa do seu volume, num espaço retro muscular previamente criado, cuja dissecação inclui os músculos peitorais, grandes dentado e oblíquo e a aponevrose do recto anterior do abdómen.

Para os expansores e após dez a doze dias, inicia-se a expansão por via percutânea, mais ou menos rapidamente. Normalmente a expansão é semanal, podendo estar concluída às quatro ou seis semanas, processando-se o segundo tempo operatório (substituição do expansor pela prótese definitiva) geralmente após a conclusão da terapêutica adjuvante e nunca antes de decorridos três meses sobre a operação inicial.

O cirurgião plástico dispõe hoje em dia de uma variedade de expansores e próteses mamárias que lhe permitem a adaptação às exigências de cada caso. Cabe aqui referir, a propósito da polémica de anos anteriores em relação com os implantes de silicone, os inúmeros trabalhos entretanto publicados, em que claramente se demonstra o não relacionamento do silicone com o cancro, as doenças autoimunes ou reumatismas⁶⁻⁸. As complicações directamente relacionadas com os implantes mamárias são apenas locais, tais como a contratura capsular (cuja taxa de ocorrência baixou para 2 a 4% com a introdução no mercado de próteses de superfície texturizada.), o aparecimento de calcificações peri protéticas tardias, cuja destruição radiológica com lesões malignas é habitualmente possível⁹ e a rotura ou a deflação dos implantes cuja ocorrência obrigará à sua substituição.

OS RETALHOS MIOCUTÂNEOS

A possibilidade de utilização de retalhos miocutâneos, permite a reposição de tecidos em falta, transpondo para o tórax mastectomizado tecidos de outras localizações corporais. A preservação do pedículo vascular de um músculo, permite a sua transposição, bem como a pele e o tecido celular em falta, irrigados pelas perfurantes músculo cutâneas.

Entre os retalhos mais utilizados, contam-se o retalho miocutâneo do grande dorsal^{1,10} (Figura 1) e o reta-

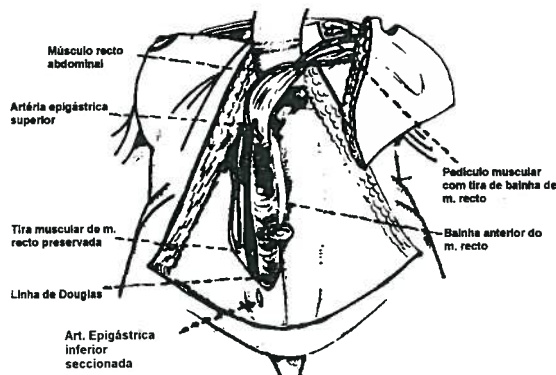


Fig. 1 - Retalho do grande dorsal

lho miocutâneo do recto anterior do abdómen^{1,10-13} nas suas várias versões. (Figura 2)

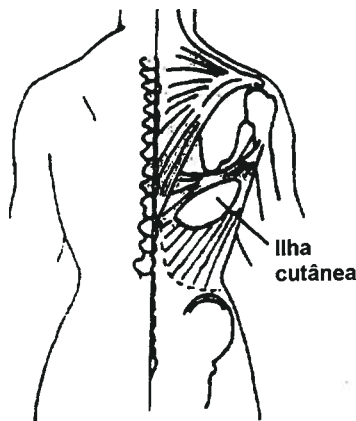


Fig. 2 - Retalho TRAM com o seu pedículo muscular

Este último, baseado nos vasos epigástricos superiores, ou inferiores (retalhos microcirúrgicos), oferece a dupla vantagem de não necessitar da inclusão de prótese, dada a grande quantidade de tecidos que fornece, proporcionando ainda à doente uma abdominoplastia, pela utilização dos tecidos que habitualmente se descartam nesse procedimento estético. A sua grande desvantagem, prende-se com a magnitude deste procedimento. É uma intervenção exigente tecnicamente e pressupõe criteriosa selecção dos doentes, experiência do cirurgião e sentido artístico na adaptação do retalho à forma a que se destina. A Taxa global de complicações deste tipo de retalhos, que segundo alguns autores atinge os 26 %¹¹ não pode ser negligenciável. A reparação da parede abdominal deve também ser meticulosa para evitar o aparecimento de hérnias, em especial se ambos os rectos são utilizados, caso em que se recorre à utilização de materiais de prótese (polipropileno, etc.) para a reconstrução da parede.

Quanto aos retalhos do grande dorsal, sendo de grande fiabilidade quanto ao seu pedículo vascular, cuja incidência de perda de tecidos é inferior a 1%^{1,10} tem como grandes desvantagens o facto de não proporcionarem suficiente volume, obrigando à inclusão de prótese e deixarem uma cicatriz dorsal inestética. (Figura 3).



Fig. 3 - Reconstrução imediata com retalho do grande dorsal. Notar cicatriz dorsal

4.2 - A Mama Contralateral

A obtenção de simetria numa reconstrução mamária é sempre um objectivo a perseguir. Em todos os casos há que decidir da necessidade de actuar sobre a mama contralateral, pelo seu volume e grau de ptose, de modo a atingir esse desideratum. A redução mamária, ou a mastopexia, são os procedimentos habituais, assegurada que deve estar a não existência de patologia associada. A frequência da bilateralidade do cancro da mama ou de outra patologia de elevado risco, ditarão a oportunidade de uma mastectomia sub-cutânea. A inclusão de uma prótese ou de um retalho restituirão o volume de acordo com o lado oposto.

Estes procedimentos são habitualmente diferidos para um segundo tempo operatório, podendo contudo serem executados no mesmo tempo da mastectomia.

4.3 - Reconstrução do complexo areolo-mamilar C.A.M.

Pelo seu significado, a reconstrução do complexo are-

olo - mamilar deve fazer parte integrante da reconstrução mamária, seja imediatamente ou num tempo complementar. Sem aréola e mamilo uma mama reconstruída não tem um aspecto natural, embora haja bastantes doentes que se sintam compensadas apenas com o volume, não pretendendo a sua reconstrução.

Os elementos a ter em consideração no seu planeamento são a simetria, o tamanho, a projecção e a cor do complexo do lado oposto.

Existem inúmeras técnicas descritas, mais ou menos elaboradas para a reconstrução quer da aréola quer do mamilo. Para a aréola, podem ser utilizados enxertos da aréola da mama oposta, caso haja necessidade de cirurgia desse lado, ou de pele pigmentada colhida da prega crural¹⁴ ou do pequeno lábio. Pode ainda recorrer-se à tatuagem com pigmentos apropriados. (Figura 4)



Fig. 4 - Resultado final de reconstrução imediata com TRAM à esqª
Simetria sem necessidade de actuar sobre a mama oposta.
Reconstrução recente do CAM

Quanto à reconstrução mamilar, pode igualmente recorrer-se a enxertos compostos quer do mamilo oposto quer de outras localizações (lóbulo da orelha; polpa de um dedo do pé; etc.). Há ainda a possibilidade de recorrer a um número significativo de retalhos locais (tec. Skate de Hartrampf; tec. Cruz de Malta de Little ; Star-flap; Fish tail flap de Mc. Craw; tec. Kroll; etc.)^{15,16}

DEZ ANOS DE EXPERIÊNCIA DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA NO HOSPITAL DE SANTARÉM (1987 -1997)

Nos últimos dez anos, no Hospital de Santarém, mercê de uma estreita colaboração entre os vários serviços interessados no tratamento do cancro da mama, foi possível oferecer às nossas doentes a reconstrução mamária quer imediata quer diferida.

Foi criada uma consulta multidisciplinar de senologia, onde além de cirurgiões (Cirurgia geral, Ginecologia e Cirurgia plástica), colaboram outras especialidades como Anatomia Patológica, Radiologia, Fisiatria, Psiquiatria e Medicina Interna (Quimioterapia), contando ainda com o apoio de Psicólogo e Assistente Social. A Radioterapia, quando indicada, é feita noutra Instituição fora do Hospital.

A selecção inicial das doentes a reconstruir é feita pelo cirurgião oncologista que faz o contacto com a Cirurgia Plástica para que em conjunto se discuta o caso, tendo por base os pressupostos já anteriormente enunciados, cabendo à doente a decisão final.

CASUÍSTICA OPERATÓRIA

Entre Janeiro de 1987 e Setembro de 1997, tivemos a oportunidade de operar um total de 99 doentes, tendo sido feitas 106 reconstruções das quais 80 foram imediatas (75.4 %) e 26 diferidas.

Quanto à técnica utilizada, em 56 reconstruções (52.8%) utilizámos apenas próteses, com ou sem expansão prévia, em 35 a reconstrução foi feita com retalhos T.R.A.M. (33 %), em nove casos (8.4 %) utilizámos o retalho do Grande Dorsal e nas restantes seis reconstruções (5.6 %) foram usadas outras técnicas.

RECONSTRUÇÕES COM PRÓTESES

Das 56 reconstruções com próteses (Quadro I), todas imediatas, em 56 % foi usada expansão prévia, em 17.8% aplicou-se uma prótese definitiva no primeiro tempo operatório e em 26.7 % dos casos recorreu-se à aplicação de próteses expansoras de Becker.

Quadro I - Reconstrução com Próteses

	Nº D.	Uni	Bil	M.R.M	M.S.	Nº Rec.
Expansor + Prótese	31	31	—	31	—	31
Só Prótese	8	6	2	5	3	10
P. Becker	12	9	3	10	2	15
TOTAIS	51	46	5	46	5	56

Nº D. - número de doentes; Uni - Unilateral; Bil - Bilateral; M.R.M. - Mastectomia Radical Modificada; M.S. - Mastectomia Subcutânea; Nº Rec. - Número de reconstruções

Neste grupo de doentes as idades variaram entre os 22 e os 66 anos (idade média - 42.4 anos).

Nas 46 reconstruções unilaterais, houve necessidade de pexia ou redução da mama oposta em 20 doentes 43.4% dos casos. (Figura 5). As cinco reconstruções bilaterais foram feitas em doentes submetidas a mastectomia sub-cutânea.

Só 27 doentes concluíram a reconstrução (52.9%) tendo os complexos areolo-mamílares sido reconstruídos neste grupo, pelas técnicas de enxerto e *nipple Sharing* em oito casos, enxerto e retalho local em 15 casos (téc. Skate -5; Cruz de Malta -2; téc. Kroll -8) e tatuagem areolar com retalho local em quatro casos (C-V flap -2; téc. Mc. Craw -2).

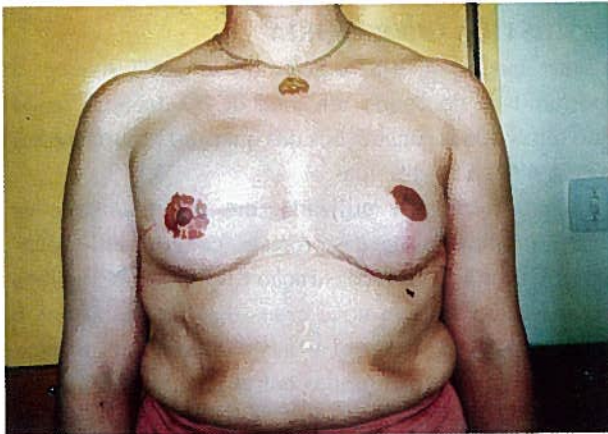


Fig. 5 - Reconstrução imediata à dta com expansão prévia e prótese Mastopexia à esqª. Resultado final.

A taxa global de morbilidade neste grupo foi de 9.8 %, obrigando à remoção do expansor em dois casos e da prótese noutra, por rotura dos primeiros e por seroma do segundo. Num caso de reconstrução bilateral devido a grave deformação mamária (contratura Baker III e IV), fez-se a reconversão da reconstrução com retalhos T.R.A.M. e finalmente registámos um caso de dor intratável da mama reconstruída também reconvertida com retalho T.R.A.M.

Três das doentes deste grupo faleceram antes de concluída a reconstrução. (um por doença cérebro vascular, no post-operatório imediato e outras duas por generalização da doença, aos 12 e 14 meses respectivamente).

RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS

Reconstruímos 48 doentes utilizando retalhos (47 % do total das reconstruções), tendo, das 50 reconstruções efectuadas, 24 sido imediatas (48 %) e 26 sido diferidas (52 %).

Reconstruções com retalhos T.R.A.M.

Realizámos 16 Reconstruções Imediatas e 19 Recons-

truções Diferidas. (Quadro II) (Figura 6)

Quadro II - Reconstrução Com Retalho Recto Abdominal (T.R.A.M. flap)

	Nº D.	Uni.	Bil.	M.R.M.	M.S.	Conv.	NºRec
Imediata	16	16	—	15	1	—	16
Diferida	17	15	2	15	—	2	19
TOTAIS	33	31	2	30	1	2	35

NºD. - Número de doentes; Uni-Unilateral; Bil. - Bilateral; M.R.M. - Mastectomia Radical Modificada; M.S. - Mastectomia Subcutânea ; Conv. - Conversão da reconstrução

A idade média foi de 37 anos (31 a 54) para as R. I. e 50 anos (38 a 67) para as R.D.



Fig. 6 - Resultado de reconstrução imediata com TRAM à dta, antes da reconstrução do CAM. Foram conseguidos um volume e pose simétricos à mama oposta.

Apenas em dois casos de R.D. se interveio na mama contralateral.

As R.D. ocorreram entre os dez meses e os oito anos post mastectomia.

Em 62.5 % das R.I. , a reconstrução foi concluída (dez casos). Três doentes não quiseram a reconstrução do CAM, estando outras três aguardando a sua conclusão.

Quanto às R.D., 15 doentes concluíram a reconstrução (78.9 %), duas não quiseram, estando outras duas aguardando o tempo final de reconstrução.

As reconstruções do CAM, nestas doentes, foi feita maioritariamente com tatuagem areolar e retalho local do tipo C-V flap ou pela téc- de Mc. Craw. (Figuras 7 e 8)

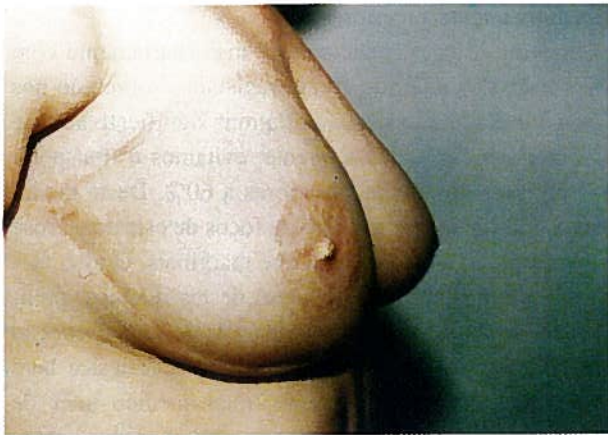


Fig. 7 - A mesma doente da Fig. 8. Vista lateral. Boa simetria, volume e definição do sulco sub-mamário.



Fig. 8 - Resultado final de reconstrução Diferida, quatro anos após mastectomia à dta., com TRAM. Foi obtido um bom resultado.

A técnica usada para o levantamento do pedículo muscular, foi em 15 casos, a técnica de Hartrampf^{12,13}, tendo-se nos restantes casos deixado apenas por levantar uma única tira muscular externa (vide Figura 2)

A taxa global de complicações com o uso do T.R.A.M. foi de 22,8 % (31.2 % nas RI e 15.7 % nas RD).

Nos 16 casos de RI registámos: dois casos de necrose marginal que obrigaram a desbridamento, dois casos de necrose extensa (2/3 do retalho), obrigando a intervenção de salvamento com outro retalho (Grande dorsal) e um caso de esteatonecrose, que pelo seu volume foi necessário remover cirurgicamente.

Houve a registar também um caso de recorrência local da doença, precedendo a generalização da mesma.

Nas R.D. houve a registar a lipólise de um dos retalhos num caso de reconstrução bilateral, com compromisso do resultado final, uma necrose marginal, que obrigou a desbridamento e encerramento com retalho local e um caso de necrose extensa (2/3 do retalho), resolvido com um retalho do grande dorsal.

Quanto a complicações da parede abdominal, decorrentes do levantamento do ou dos rectos, não tivemos qualquer complicação, nomeadamente hérnias, quer nas RI, quer nas RD.

Reconstrução com retalho do Grande Dorsal

O retalho do Grande dorsal foi por nós usado em nove reconstruções, (Quadro III) todas unilaterais, das quais sete foram imediatas e duas diferidas.

Quadro III - Reconstrução Com Retalho do Grande Dorsal

	NºD.	Uni.	Só Ret.	Ret.+Prót.	Nº Rec.
Imediata	7	7	7	—	7
Diferida	2	2	—	2	2
TOTAIS	9	9	7	2	9

NºD. - Número de doentes; Uni. - Unilateral; Só Ret. - Só Retalho; Ret.+ Prot. - Retalho + Prótese; Nº Rec. - Número de reconstruções.

Usamos este retalho, nas reconstruções imediatas, sobretudo em doentes com tumores ulcerados ou com lesões de radiodermite. A reconstrução visou sobretudo o fornecimento de tecidos de boa qualidade, após mastectomias com excisões locais alargadas (vide Figura 3). Em nenhum dos casos operados foi incluída prótese. A sobrevida destas doentes foi em média de dois anos, não tendo sido oportuna qualquer tentativa posterior de conclusão da reconstrução. Em dois casos foi possível obter volume aceitável apenas com o retalho.

Nas duas reconstruções diferidas, um e três anos post mastectomia, foram colocadas próteses sob o retalho. Num caso foi feita pexia da mama oposta. A reconstrução do CAM foi feita nas duas doentes, mediante enxertos de pele, areolar num caso, e retalhos locais (técnica Skate) para a reconstrução mamilar.

Reconstrução com retalhos Tóraco- Epigástricos

Realizámos seis reconstruções com retalhos tóraco-epigástricos, uma das quais, imediata, na sua versão músculo cutânea - Retalho do recto superior. (Quadro IV).

Em cinco doentes com mamas pouco volumosas, em que a mastectomia havia deixado alguma pele excedentária no tórax, com uma cicatriz oblíqua, foram usados retalhos dermo adiposos tóraco - epigástricos, fornecendo tecidos suplementares à cobertura de uma prótese definitiva. É uma alternativa para as doentes sem condições locais para retalhos abdominais ou que rejeitem cicatriz dorsal.

Quadro IV - Reconstrução com Retalhos Tóraco - Epigástricos

	NºD.	Uni.	C/ Prót.	Só Ret.	Nº Rec.
R. Imediata					
Ret.Miocut.	1	1	—	1	1
R.Diferida					
Ret. Locais	5	5	5	—	5
TOTAIS	6	6	5	1	6

Nº D. - Número de Doentes; Uni. - Unilateral; C/ Prót. - Com Prótese; Só Ret. - Só Retalho; Nº Rec. - Número de reconstruções

Os resultados obtidos foram apenas modestos, com má definição do sulco sub mamário. Em nenhuma das doentes foi operada a mama oposta e apenas duas destas doentes concluíram a reconstrução.

A reconstrução imediata com o retalho miocutâneo, ocorreu numa doente com cicatrizes abdominais que contraindicavam o T.R.A.M. É um retalho de difícil execução, que embora forneça suficiente volume, apresenta dificuldades de modelação dos tecidos.

DISCUSSÃO

Na grande maioria das reconstruções que efectuámos, reservámos os procedimentos complementares para um ou mais tempos posteriores, sendo alguns efectuados em regime ambulatorio e sob anestesia local.

Nas reconstruções em que utilizámos expansores e próteses, todas imediatas, houve sempre a necessidade de redefinição do sulco sub mamário, mediante lipoaspiração, cápsulotomias e nalguns casos por procedimentos de Ryan¹⁷, após concluída a terapêutica adjuvante e a maturação da cápsula peri protética.

Significativo, neste grupo, o número de doentes, geralmente da faixa etária mais elevada, que não quis concluir a reconstrução, nomeadamente do C.A.M., tendo-se sentido compensadas apenas com o volume obtido.

O grau de satisfação global das doentes tem sido elevado, assinalando a reconstrução como factor positivo na sua reabilitação. Contudo, pensamos que, para se atingirem os melhores resultados, temos que contar com múltiplos procedimentos e um grande empenhamento das doentes.

Nas reconstruções com o T.R.A.M., pese embora a elevada taxa de complicações registada, de resto semelhante à de outras estatísticas, temos obtido resultados

qualitativamente superiores.

As complicações, relacionadas maioritariamente com a perfusão dos retalhos, foram registadas sobretudo nos casos iniciais, tendo vindo a diminuir significativamente com a experiência. Actualmente, evitamos o transporte de volumes do retalho superiores a 60%. Deste modo, temos tido um menor número de focos de esteatonecrose e de perdas de tecidos, ainda que marginais. Outros factores importantes para o sucesso destes retalhos, prendem-se, na nossa experiência, para lá de uma execução meticulosa, com uma adequada técnica anestésica bem como com um recbro atento, quer médico quer de enfermagem.

Não registámos nenhum caso de complicação abdominal pelo levantamento muscular, nomeadamente hérnias, o que atribuímos a uma cuidada reparação da parede abdominal.

Como pontos favoráveis, neste tipo de reconstrução, sublinhamos a ptose que se consegue obter, o bom preenchimento do cavado infra clavicular e a dispensa de material aloplástico

CONCLUSÃO

Ao fornecer informações sobre os passos a seguir no tratamento de uma doente com cancro da mama a quem se propõe uma mastectomia, o cirurgião deverá sempre incluir a possibilidade de reconstrução. As possibilidades técnicas disponíveis e a oportunidade do procedimento deverão ser discutidas com a doente. Numa grande maioria de casos, infelizmente, essa é a única boa notícia que tem para oferecer.

Pela aplicação retro muscular das próteses e a sua própria composição, a detecção precoce de eventuais manifestações locais da doença (recorrência local) ou a terapêutica adjuvante, não ficam prejudicadas.

Quando imediata, a reconstrução pela inclusão de uma prótese ou um expansor, não alonga, regra geral, a intervenção para além de uma hora.

A utilização de retalhos miocutâneos, quando correctamente seleccionados e elaborados, são procedimentos seguros e não acarretam prejuizos funcionais valorizáveis.

Para lá de uma melhor reabilitação psico emocional, fazendo com que as doentes se sintam de novo *normais*, a reconstrução mamária ajuda a suportar o diagnóstico de cancro e ao regresso dos sentimentos de feminilidade, de auto confiança e sensualidade. Proporciona ainda a manutenção de uma boa atitude postural, estática e dinâmica.

Por tudo isto, é hoje em dia indiscutível o benefício da

reconstrução mamária. A experiência adquirida até ao momento, tendo em conta os resultados e o grau de satisfação das nossas doentes, leva-nos a propor a reconstrução mesmo naqueles casos em que a mastectomia vise apenas o controle local da doença. Como diz I. T. Jackson¹ *O seu primeiro ano pode ser o seu último.*

BIBLIOGRAFIA

1. BOHMERT H, LEIS H.P, JACKSON IT: Breast Cancer - Conservative and Reconstructive Surgery. Georg Thieme Verlag, N.Y., 1989
2. GOLDBERG P, STOLZMAN M, GOLDBERG H M.: Psychological considerations in breastreconstructions. Ann. Plast. Surg. 1984; 13: 38- 43
3. STEVENS L A, MCGRATH M, DRUSS RG, and others: The Psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. Plast Reconstr Surg 1984, 73: 619- 628
4. TEIMOURIAN B, and Adham, M. N. Survey of patients responses to breast reconstruction. Ann Plast Surg 1982; 9: 321- 325
5. BECKER H, MARAIST F: Immediate breast reconstruction after mastectomy using a permanent tissue expander. Southern Med. J.; 1987; 80:154-60
6. WARREN D, BLACKBURN JR JAMES C. GROTTING, MICHAEL P. EVERSON: Lack of evidence of systemic inflammatory reumatic disorders in symptomatic women with breast. Implants. Plast. Reconstr. Surg. 1997; April, 1054- 1060.
7. JACK W: Silicone fears - How real are they? in Advances in Plast Reconstr Surg; 1996; vol. 12: 1-7 Mosby - Year Book, inc. St. Louis, Missouri
8. BRODY G S, CONWAY D P , DEADPEN D M et al.: Consensus statement on the relationship of breast implants to connective- tissue disorders. Plast. Reconstr. Surg.; 1992 ; 90: 1102
9. GUMUCIO C A, PIN P YOUNG V L et al.: The effect of breast implants on the radiographic detecting of microcalcification and soft-tissue masses. Plast Reconstr Surg 1989; 84: 772
10. HEINZ B , CHRISTIAN J G: Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast. A surgical Atlas Thieme;1997
11. WILKINS E G, AUGUST D A, KUZON W M, JR., CHANG A E, DAVID J S: Immediate Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap Reconstruction. After Mastectomy. J Am Coll Surg 1995 ; 180 : 177- 183
12. HARTRAMPF C R, BENNETT G K: Autogenous tissue reconstruction in the mastectomy patient. Am Surgery 1987; 205: 508 - 518
13. SHEFLAN M., HARTRAMPF C R, BLACK P W: Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. Plast Reconstr Surg 1982; 16: 900-909
14. BROADBENT T R, WOOLF R H, METZ P S: Restoring the mammary areola by a skin graft from the upper inner thigh. Bri Plast Surg 1977;30:220
15. HARTRAMPF C R, CULBERTSON J: A dermal fat flap for nipple reconstruction. Plast Reconstr Surg 1984,73: 982
16. LITTLE J W, T. MUNASIFI D T, MC. CULLOCH: One stage reconstruction of a projecting nipple: The Quadropod flap Plast Reconstr Surg 1983; 71: 126
17. RYAN J J: A lower thoracic advancement flap in breast reconstruction after mastectomy. Plast Reconstr Surg 1982; 70: 153

