

CANCER DE MAMA: TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM PRÓTESES OU EXPANSORES

Rafaello Frasson
Betina Vollbrecht
Francisco Laitano Neto
Felipe Zerwes

UNITERMOS

NEOPLASIAS DA MAMA; IMPLANTE MAMÁRIO/Avaliação em Saúde.

KEYWORDS

BREAST NEOPLASMS; BREAST IMPLANTATION/Health evaluation.

SUMÁRIO

Nas pacientes com câncer de mama a reconstrução mamária é fundamental para diminuir os danos estéticos e psicológicos que uma mastectomia podem ocasionar. Neste artigo, os autores discutem a reconstrução mamária utilizando prótese de silicone e/ou expansores de tecidos, suas indicações, contra-indicações, complicações, vantagens e desvantagens da técnica cirúrgica.

SUMMARY

The mamary reconstruction is fundamental in patients with breast cancer, to decrease the aesthetic and psychologic damages that a mastectomy can cause. In this article, the authors discuss the breast reconstruction with silicon prostheses or expanders, its indications, contraindications, complications, advantages and disadvantages of the surgical technique.

INTRODUÇÃO

A reconstrução mamária tem como objetivo a criação de uma nova mama, com volume e forma que seja simétrico possível à mama contralateral. Não existe reconstrução ideal, porém o que se deseja de uma técnica de reconstrução é que seja eficaz, relativamente rápida, reproduzível em diferentes realidades socioculturais e que tragam poucas complicações pós operatórias, não interferindo, portanto, no tratamento oncológico adjuvante.

INDICAÇÕES

Após a realização de uma mastectomia por câncer de mama, as pacientes podem ser candidatas a algum tipo de reconstrução com implante (prótese de silicone definitiva ou expansor). Vários fatores determinam o tipo de reconstrução para cada paciente, como por exemplo: tamanho da mama desejada, presença de outras doenças, viabilidade dos retalhos cutâneos e principalmente o desejo da paciente para determinado tipo de reconstrução. A reconstrução pode ser imediata (no mesmo tempo da mastectomia) ou tardia (após a terapia adjuvante), a qualquer momento.

CONTRA-INDICAÇÕES

Apesar de virtualmente todas as pacientes serem candidatas a reconstrução com prótese ou expansor, a contra-indicação absoluta para a mesma é a ausência de quantidade de pele suficiente para o fechamento da ferida sobre a prótese ou o expansor. Esta condição pode ocorrer após mastectomias para tumores avançados, no qual é retirada uma grande quantidade de pele ou após radioterapia prévia que tenha danificado o tecido cutâneo impedindo o seu uso. Outra contraindicação absoluta é a presença de infecção ativa no momento da reconstrução. Nestes casos o melhor a fazer é um fechamento primário, e discutir a reconstrução mamária em um segundo momento.

VANTAGENS E DESVANTAGENS

As vantagens da reconstrução mamária com prótese ou expansor são: técnica relativamente simples, poucas complicações intraoperatórias, tempo operatório relativamente baixo, internação hospitalar curta e recuperação rápida das atividades diárias. Além disso, tem a vantagem de a pele da nova mama ser semelhante da contralateral, não necessitar de outras cicatrizes e sem o risco de defeitos da área doadora como ocorre nas reconstruções com retalhos. As desvantagens são: assimetria durante a fase de expansão (quando utilizado expansores), dor e desconforto torácico, maior número de visitas ao cirurgião para a expansão, forma da mama mais redonda com menos ptose, requerendo muitas vezes procedimentos de simetrização da mama contralateral, além de a sensação ao toque ser menos natural.

TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO

A cirurgia consiste na dissecação do espaço subpeitoral e desinserção do músculo grande peitoral da porção medial (externo) e de todo sulco até encontrar a fáscia do músculo reto abdominal. O músculo peitoral cobrirá então

superiormente a prótese. Lateralmente, o músculo serrátil anterior pode ser dissecado para completar o fechamento da bolsa junto com o peitoral maior. Desta maneira está formada a bolsa completa. Em alguns casos esta pode ser parcial, quando não dissecamos o serrátil. Utiliza-se esta técnica nos casos de reconstrução imediata com implante definitivo apenas quando o retalho lateral da mastectomia é muito bem vascularizado e de boa espessura. A reconstrução com implante pode ser feita em um ou dois estágios de acordo com a prótese utilizada e o tipo de mama a ser reconstruída.

Reconstrução em um estágio com prótese definitiva: A reconstrução com prótese definitiva foi popular no passado, perdeu espaço para a reconstrução em dois estágios na última década, e hoje retorna como uma forma ideal de reconstrução. Muitas publicações apontam para um melhor resultado cosmético para pacientes reconstruídas em dois estágios. Entretanto, isto acontece porque as mastectomias eram mais agressivas, com retirada do sulco e deixando os retalhos muito finos, aumentando as chances de uma reconstrução com uma prótese definitiva. Com as técnicas menos agressivas, em que a pele restante seja viável, a reconstrução imediata com prótese é a melhor forma de reconstrução, pois se resolve tudo em um único tempo. Utilizam-se, de preferência, próteses em gel de silicone com o invólucro texturizado que propicia menor incidência de contratura capsular. A forma da prótese de preferência é a anatômica, a qual permite escolher a base desejada, altura e projeção.

Reconstrução em um estágio com prótese expansora: Semelhante ao que foi descrito acima, a diferença desta prótese é que a mesma possui um volume predeterminado de gel de silicone e um outro compartimento no qual é possível injetar solução salina para aumentar o volume gradativamente e alcançar a melhor simetria contralateral. Apesar de ser uma idéia excepcional, esta prótese comporta dois problemas: o primeiro é que posteriormente será necessário realizar um novo procedimento para retirar a válvula expansora e, segundo, é que existe o risco de ocorrer deflação da parte inflável, sendo necessário então a substituição da prótese.

Reconstrução em dois estágios: Esta reconstrução se faz com a utilização de expansores teciduais específicos para este fim. É sem dúvida a técnica mais utilizada, pois permite ao cirurgião plástico esperar para ter certeza de que não existirá sofrimento dos retalhos da mastectomia, e a partir daí iniciar a expansão. Além disso, permite a expansão até volumes maiores do que seria possível apenas com a colocação de uma prótese definitiva. Permite, ainda, escolher entre perfis altos ou baixos com projeção maior ou menor da neomama, propiciando um bom espaço para a reconstrução definitiva no segundo tempo. É indicada principalmente quando falta tecido para a reconstrução com prótese definitiva, quando existe risco de sofrimento

cutâneo, quando a mama contralateral é volumosa. Esta forma de reconstrução é muito segura e deve ser proposta principalmente para pacientes que necessitam de radioterapia ou naquelas que não querem ser submetidas à reconstrução com tecido autólogo.

COMPLICAÇÕES

As complicações da reconstrução mamária com prótese ou expensor podem ser definidas em imediatas e tardias. Entre as imediatas as mais freqüentes são: hematoma, infecção (representando 1 a 3% dos casos), seroma persistente, necrose cutânea e exposição da prótese (3 a 4%). Nos casos de exposição de prótese e infecção, o implante deve ser removido e uma nova reconstrução indicada após três a seis meses. As complicações tardias são: deflação da prótese/expensor, “rippling” que significa pequenas dobras do implante que podem ser palpadas pela paciente na mama e, a contratura capsular, que pode chegar a ocorrer em até 50 a 68% dos casos seguidos de radioterapia. O tratamento destas complicações é cirúrgico, podendo ser recidivantes.

CONCLUSÃO

A reconstrução mamária com prótese ou expensor pode ser utilizada na maioria das pacientes, com uma pequena ressalva àquelas que foram ou serão submetidas à radioterapia. É uma técnica facilmente reproduzível, requer pouco tempo de internação e não provoca sequelas no sítio doador como nos casos dos retalhos pediculados e livres. E o mais importante, até hoje nenhum trabalho demonstrou que a reconstrução mamária prejudica a sobrevida global e/ou o seguimento clínico das pacientes com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. McCarthy CM, Pusic AL, Sclafani L, et al. Breast cancer recurrence following prosthetic, postmastectomy reconstruction: incidence, detection, and treatment. *Plast Reconstr Surg*. [Sereals on internet]. 2008 Feb;121(2):381-8. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18300953?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=4
2. Petit JY, Gentilini O, Rotmensz N, et al. Oncological results of immediate breast reconstruction: long term follow-up of a large series at a single institution. *Breast Cancer Res Treat*. [Sereals on Internet]. 2008 Dec;112(3):545-9. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18210199?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=10.
3. Gouy S, Rouzier R, Missana MC, et al. Immediate reconstruction after neoadjuvant chemotherapy: effect on adjuvant treatment starting and survival. *Ann Surg Oncol*. [Sereals on Internet]. 2005 Feb;12(2):161-6 Disponível em: javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'Ann%20Surg%20Oncol.');