



Adenectomia mamária com reconstrução imediata sem uso de próteses

Evaldo A. D'Assumpção

1. Cirurgião Plástico Titular Senior da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
Membro da Academia Mineira de Medicina.
Cirurgião Plástico do Hospital Mater Dei.

A impropriamente chamada "mastectomia subcutânea" tem tido suas indicações aumentadas na medida em que se aprimoram os meios diagnósticos, especialmente em casos de displasia mamária; mas também em casos de carcinoma mamário da mama oposta, principalmente quando se faz a reconstrução da mama amputada e em condições de cancerofobia.

A grande inconveniência deste procedimento, tanto do ponto de vista da paciente como do cirurgião, é a utilização de próteses artificiais. Além de seu custo elevado, freqüentemente ocorre a contração capsular comprometendo o resultado estético e funcional, além da objeção que muitos fazem contra a inserção de um corpo estranho em uma mama de alto risco, mesmo que nenhuma pesquisa tenha comprovado qualquer problema com o uso de próteses adequadas, neste aspecto.

Em nosso meio, a elevada incidência de mamas com grandes volumes, geralmente de manequim superior a 44, dificulta a obtenção de mamas semelhantes, através do uso de próteses. E, reduzir esta mama desperdiçando um grande volume de tecido dermo-adiposo, nos parece algo inadequado.

Tendo tudo isto em mente, idealizamos uma técnica, que foi publicada em 1978 e na qual é possível realizar-se uma ampla adenectomia mamária, com excelente visão de toda a região que estará sendo tratada, conservando-se o pólo inferior da mama, geralmente adiposo, para ser utilizado como um grande retalho dermo-gor-

duroso que irá ser moldado de forma a substituir o conteúdo glandular retirado, dando um resultado estético final idêntico ao de uma mamoplastia redutora, estética.

Este procedimento foi idealizado a partir dos trabalhos de Longagre e Skoog que, associados e modificados em alguns aspectos essenciais que serão descritos, permite uma mais completa remoção do tecido glandular, devido à ampla exposição, e um excelente resultado cosmético.

Método

Para a realização desta cirurgia, é feita a marcação prévia da maneira descrita por Wise, Strombeck e Skoog (fig. 1). Aqui, uma primeira modificação é feita, quando a base do retalho dérmico que irá levar o complexo aréolo-mamilar (CAM) será ampliada em mais de 1/3 de sua largura, proporcionando assim um pedículo mais amplo e portanto de vascularização mais acentuada, assegurando a viabilidade do retalho mesmo sendo ele mais lon-

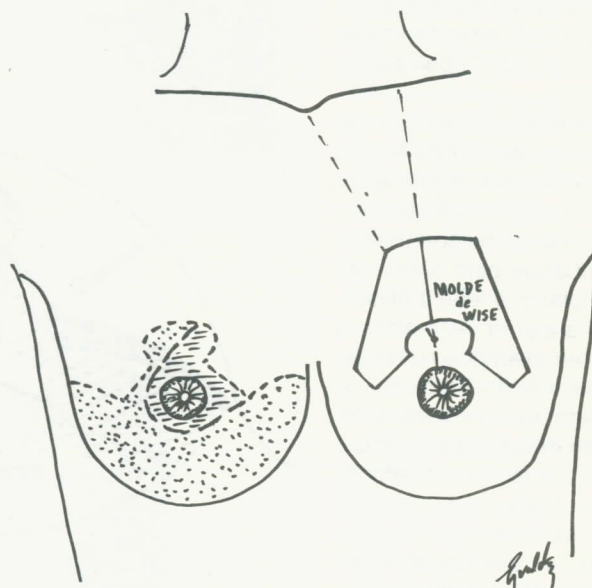


Figura 1. Marcação da mama, utilizando o molde de WISE. Uma linha hemiclavicular é traçada até o mamilo e sobre ela é determinado o novo ponto para localização do complexo aréolo-mamilar.

Na mama da direita, estão delineados o retalho inferior (pontilhado), o retalho de SKOOG (tracejado) que transportará o CAM e as linhas de incisão, tracejadas.

go — em mamas muito ptosadas — e mais delgados, quando o conteúdo glandular for muito volumoso em contraposição ao panículo subcutâneo, adiposo, muito fino.

O diâmetro do CAM será reduzido para torná-lo proporcional ao novo volume de mama que será obtido após a cirurgia.

Toda a cirurgia é realizada com o paciente em decúbito dorsal, sem elevação acentuada do dorso. Isto é possível exatamente porque fazemos a marcação prévia, com o paciente em posição ortostática, antes da anestesia.

Optamos sempre pela anestesia geral, que proporciona maior conforto ao paciente e ao cirurgião, permitindo um maior cuidado na remoção do tecido glandular, essencial para uma maior efetividade do tratamento proposto.

A cirurgia é iniciada pela decorticação de todo o pólo inferior da mama, abaixo das linhas demarcatórias (zona pontilhada na figura 1).

Em seguida, uma incisão é feita em toda a extensão da linha tracejada nesta mesma figura 1, chegando até ao tecido glandular ou aquilo que começa a representá-lo.

É feita uma dissecação logo abaixo do tecido adiposo e sobre este tecido glandular, na direção caudal, até se obter um retalho amplo, dermo-gorduroso, de base situada no sulco inframamário, que é rebatido para baixo (fig. 2). No mesmo plano, é feita a dissecação do retalho superior, este em sua maior parte cutâneo-adiposo uma vez que contém sua cobertura íntegra, exceto no retalho de transporte do CAM, que foi também decorticado como o retalho de base caudal. Esta dissecação é levada até ao plano muscular, cuidando-se para deixar este retalho com uma boa espessura que conserve toda a sua vascularização e inervação.

Completada esta dissecação, tem-se o tecido glandular amplamente exposto e ainda aderido ao plano muscular. Faz-se então sua ressecção, sob total visão, a nível do plano muscular. Uma revisão é feita na face interna de ambos os retalhos, superior e inferior,

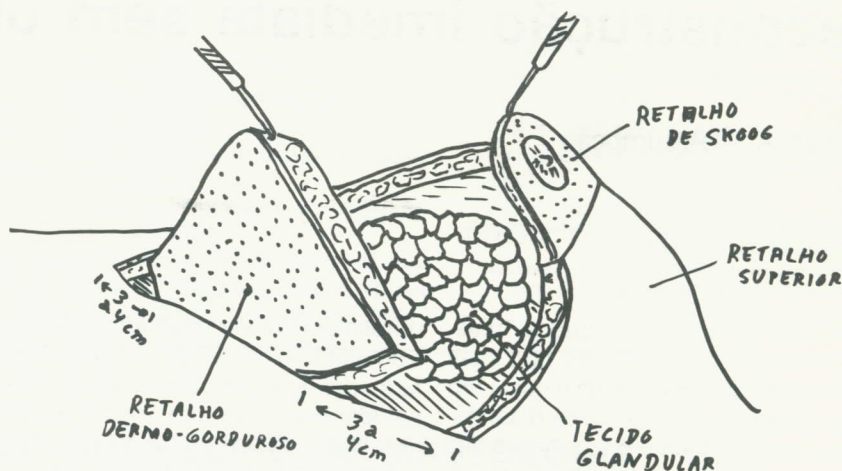


Figura 2. Todos os retalhos estão levantados, expondo amplamente o tecido glandular aqui representado esquematicamente. O retalho inferior, dermogorduroso, tem seus cantos libertados numa extensão de 3 a 4 cm de cada lado para facilitar sua modelagem.

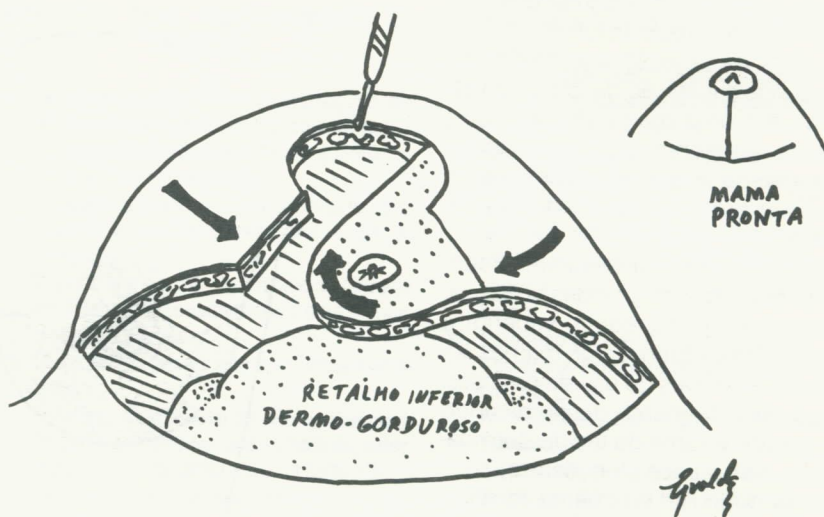


Figura 3. Esquematicamente vê-se o retalho inferior já modelado, substituindo o tecido glandular removido e o retalho superior sendo preparado para recobrir o inferior, dando a nova forma à mama. No canto superior, uma ilustração da mama já montada e a posição das incisões, depois de saturadas.



Figura 4. Per-operatório, mostrando o retalho inferior já modelado e suturado sobre o músculo e o retalho superior todo aberto, pronto para formar a nova mama.

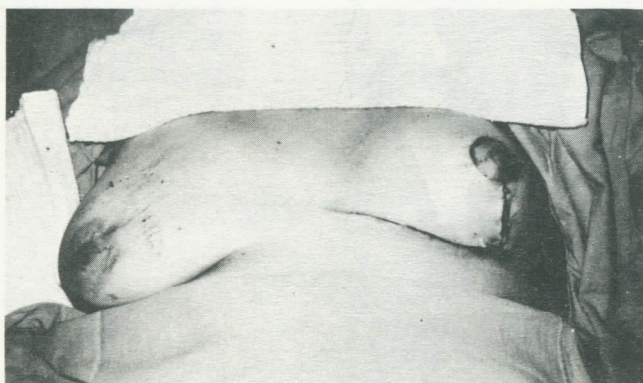


Figura 5. Aspecto per-operatório, vendo-se a mama esquerda pronta e a direita por fazer, para uma comparação entre o pré e pós-operatório.

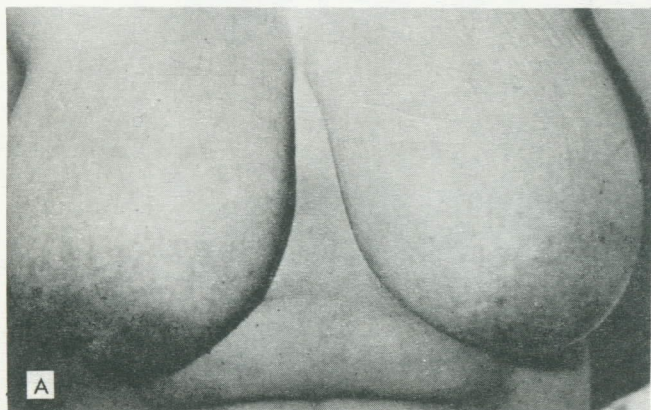


Figura 6 a, b, c e d. Paciente de 48 anos, mama manequim 50 e o pós-operatório após 1 ano. Caso de displasia e mastodínia resistente a tratamento clínico.

buscando algum elemento glandular, especialmente partes dos ligamentos de Cooper, somente possível de serem removidos devido à ampla exposição que se obtém com esta técnica.

Uma hemostasia cuidadosa é realizada através de termo-cautério e em seguida é iniciada a montagem da nova mama. Para facilitar este procedimento, o retalho inferior tem sua base caudal seccionada por 3 ou 4 cm em cada angulo, o que irá permitir uma adequada conformação deste retalho que, dobrado sobre si mesmo, através de pontos de fio absorvível n.º 4-0, irá tomar uma forma piramidal, sendo fixado à musculatura peitoral bem junto à base do retalho superior. Este segundo retalho será modelado sobre o primeiro (fig. 3), dando então a nova forma à mama (fig. 4). As suturas serão feitas com pontos subdérmicos de fio absorvível n.º 4-0 e em seguida, uma sutura intradérmica de fio inabsorvível 4-0, contínua, que será removida ao final de nove dias. Fitas de adesivo cirúrgico microporoso são utilizadas para reforçar esta sutura e proporcionar melhores resultados finais (fig. 5).

O curativo consiste num simples "soutien" de lycra, colocado sobre camadas de gase seca, o qual é retirado para inspeção no dia seguinte e, estando tudo bem, é permitido à paciente tomar banho de corpo inteiro, retirando o "soutien" durante este banho e recolocando-o para uso contínuo, durante 3 meses.

Nenhum dreno é utilizado pois a hemostasia é a mais rigorosa possível.

Os cuidados pós-operatórios são os mesmos de qualquer mamoplastia estética.

Observações

Foram analisadas as 200 últimas pacientes operadas por esta técnica, coletando-se os seguintes dados: (Todas com mais de um ano de "follow-up") (fig. 6, 7 e 8).

a) Indicações para a cirurgia:

156 pacientes com doença fibrocística e mastodínia resistentes

te a tratamento clínico.

25 pacientes submetidas a reconstrução mamária pós-mastectomia por câncer da mama oposta.

11 pacientes com cancerofobia e que buscavam simultaneamente a uma solução para este problema, uma mamaplastia redutora estética. Todas tinham mais de 40 anos de idade.

8 pacientes com tumores benignos recidivantes, já operados por mais de 2 vezes.

b) Complicações:

5 pacientes tiveram recidiva significativa da mastodínia.

7 pacientes apresentaram cistos de inclusão, removidos cirurgicamente.

21 pacientes tiveram pequenas deiscências, todas devidas à reação aos fios utilizados na sutura subdérmica e que não foram adequadamente reabsorvidos, exigindo remoção dos mesmos em período superior a 21 dias, seguindo-se total cicatrização.

9 pacientes tiveram necrose superficial de aréola, que não exigiu qualquer intervenção ou correção posterior.

1 paciente teve necrose aerolar completa, exigindo reconstrução do CAM em uma segunda cirurgia.

c) Grupo etário

18 pacientes entre 30 e 40 anos de idade.

125 pacientes entre 40 e 50 anos de idade.

57 pacientes acima de 50 anos de idade.

e) Resultado estético e funcional (sensibilidade):

38 pacientes apresentavam redução significativa da sensibilidade do CAM, após 1 ano.

17 pacientes se mostraram pouco satisfeitas com o resultado estético, após 1 ano.

Todas as demais pacientes ficaram

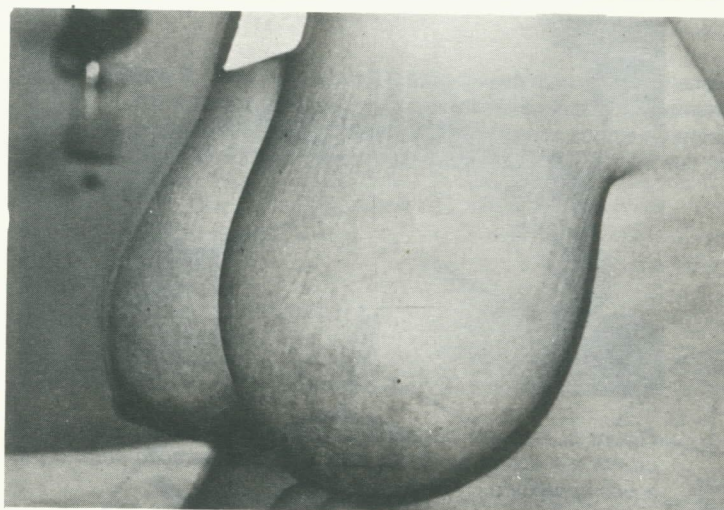
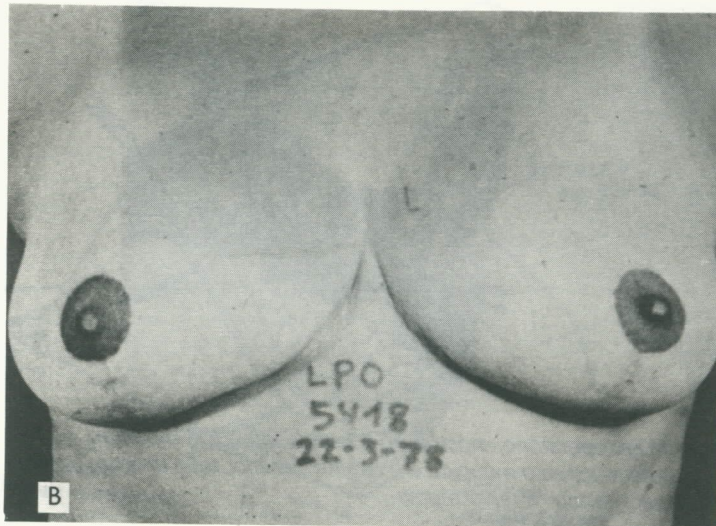
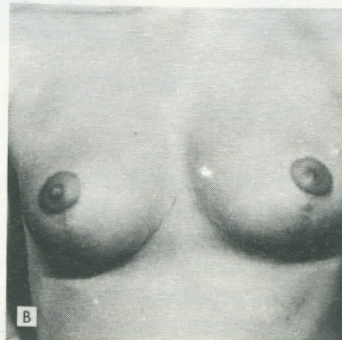




Figura 7 a, b, c e d. Paciente de 35 anos de idade, com acentuada displasia e mastodínia. Resultado após 1 ano, observando-se a excelência do resultado estético. Não apresentava qualquer problema ligado à patologia anterior.



totalmente satisfeitas com o resultado obtido, em todos os aspectos.

Comentários e conclusões

Apesar de toda a evidência de que as próteses de silicone são bem toleradas pelo organismo e não haja qualquer comprovação de que sejam cancerígenas, acreditamos que, sempre que se for possível evitar o uso de material estranho ao organismo, como implantes, isto deve ser feito. Considerando que a grande maioria das mulheres brasileiras apresentam mamas de maiores volumes do que gostariam de ter — considerando principalmente o fato de vivermos em um país tropical, onde roupas leves ou trajes de banho são fartamente usados — acreditamos que uma técnica para adenectomia mamária, na qual o próprio tecido da paciente possa ser utilizado, além de proporcionar uma ampla exposição para um tratamento mais efetivo da patologia que se objetiva tratar, é muito mais adequada do que as técnicas clássicas que utilizam próteses e uma via de acesso mínima, por uma incisão submamária, de péssima exposição do tecido a ser removido. Talvez seja exatamente por isto, que muitos autores condenam estas adenectomias, considerando-as inefetivas no tratamento de displasias, mastodínias e tumores benignos recidivantes.

Acreditamos que esta técnica aqui estudada supera todas estas desvantagens, trazendo reais benefícios às pacientes que a ela são submetidas. E, por isto mesmo, julgamos que a indicação da adenectomia subcapsular (pois é realizada abaixo da cápsula cutâneo-adiposa) deve ser melhor considerada sempre que o mastologista se encontrar diante das patologias referidas como indicação para este procedimento e relacionadas neste trabalho.

Referências bibliográficas

1. D'Assumpção EA: Immediate reconstruction without prostheses following subcutaneous mastectomy in large breasts — British Journal of Plastic Sur-

gery 31: 24, 1978.

2. D'Assumpção EA: Tactical modifications in the Skoog reduction mammoplasty Aesthetic Plast. Surg. 6: 179, 1982.
3. Longacre JJ: The use of local pedicle flaps for reconstruction of the breast after sub-total or total extirpation of the mamary gland and for the correction of distortion and atrophy of the breast due to excessive scar — Plast. & Reconstr. Surg. 11: 380, 1953.
4. Skoog T: A technique of breast reduction — Acta Chirurgica Scandinavica 126-1, 1963.
5. Wise J: A preliminary report of a method of planning the mammoplasty — Plast. & Reconstr. Surg. 17:367, 1956.

Resumo

O autor apresenta sua técnica para a reconstrução mamária pós-adenectomia mamária subcapsular (mastedomia subcutânea), na qual utiliza o pólo inferior da mama, sob a forma de um retalho dermo-gorduroso para preencher o espaço deixado pela remoção do tecido glandular, modelando a nova mama através de princípios de técnica de Skoog, por ele modificada.

Apresenta sumariamente os resultados obtidos em 200 pacientes submetidas a este procedimento.

Summary

The author presents his technique for reconstruction of the breast after subcutaneous mastectomy (called by him "sub-capsular adenectomy"), in which he utilizes the inferior pole of the breast, as a dermo-fat flap to refill the empty space leaved by the breast tissue removed. The new breast is conformed by means of Skoog technique modified by him.

The results of 200 patients treated by this technique is presented.

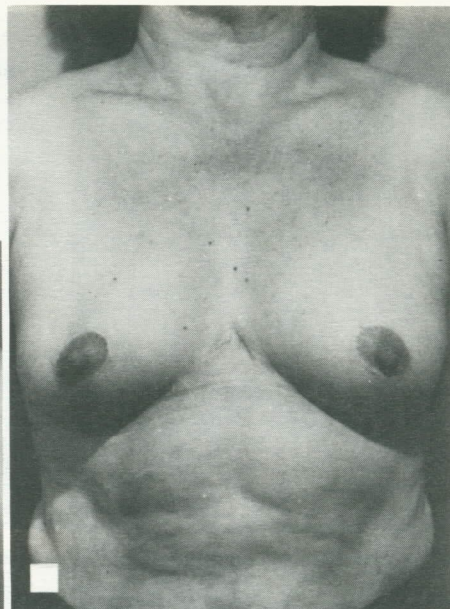
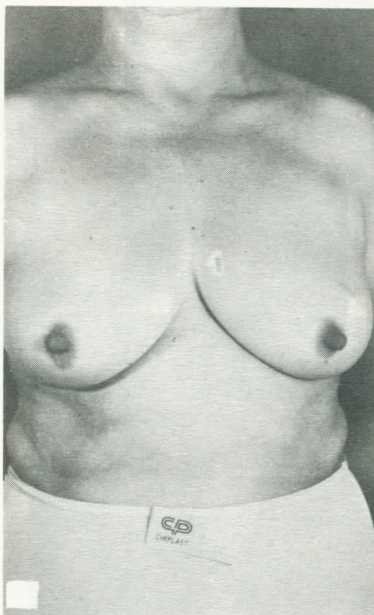


Figura 8 a, b, c e d. Paciente de 52 anos de idade, com displasia e câncerofobia. Mamas de manequim 46, proporcionando um resultado excelente, passando seu manequim para 42 e liberação dos problemas físicos e psicológicos.