



Princípios de reconstrução mamária

08





1. CIRURGIA CONSERVADORA E REPARAÇÃO LOCAL (ONCOPLASTIA)

A cirurgia conservadora seguida de radioterapia é o tratamento cirúrgico de escolha sempre que possível para o tratamento do câncer de mama, graças às evidências de muitos estudos realizados. Entre eles, destacam-se os estudos clínicos randomizados conduzidos por Umberto Veronesi na Itália e por Bernard Fisher nos Estados Unidos, com resultados publicados no final da década de 1970 e no início da década de 1980 e com atualização de mais de 20 anos.

Resultados demonstraram que a sobrevida global (SG) das pacientes foi a mesma quando tratadas por mastectomia ou quadrantectomia seguida de radioterapia. Dessa forma, não havendo contraindicações ao tratamento conservador e sendo desejo da paciente, o tratamento está indicado^{1,2}. Além da segurança oncológica, os estudos evidenciaram o quanto a não extirpação mamária e o bom resultado estético pós-cirúrgico impactam positivamente em questões psicossociais e na aderência ao tratamento pelas pacientes^{3,4}.

A escolha da incisão adequada, que resulta em cicatrizes pouco visíveis, como periareolar, sulco inframamário e axilar, e respeita as linhas de força da mama são as ideais. Se houver necessidade de ressecção cutânea, é preciso atenção para não gerar desvio do complexo aréolo-papilar (CAP). A escolha da técnica e uma boa síntese são fundamentais.

Em determinados casos, a cirurgia conservadora, apesar de tratar adequadamente o câncer, resulta em variáveis graus de mutilação mamária, nos quais os efeitos deletérios estéticos podem ser importantes. Assim, ganha espaço a reconstrução parcial da mama, procedimento reparador locorre-gional imediato que segue o modelo oncoplástico⁵⁻⁷.

Waljee *et al*, comparando o grau de assimetria após a cirurgia conservadora de mama e a qualidade de vida, concluíram que, quanto mais acentuada a assimetria, maiores são os sintomas de depressão, o medo de morrer e o medo de recorrência, além de impactar diretamente a qualidade de vida⁸.

O conceito de cirurgia oncoplástica surgiu em grandes centros europeus, representando grande avanço na cirurgia de câncer de mama, o qual procura integrar conceitos clássicos da cirurgia plástica mamária ao tratamento oncológico. A cirurgia oncoplástica tem como objetivo não só propiciar tratamento seguro do câncer de mama, mas também trazer qualidade de vida



a essas pacientes⁶⁻¹⁰. Ela se fundamenta no princípio do deslocamento (*displacement*), em que a correção do defeito promovido pelo volume tecidual removido é possível utilizando-se o tecido mamário residual, ou por meio do princípio da reposição (*replacement*), no qual o volume removido é reposto por meio de tecidos regionais ou à distância⁶. O descolamento de tecido mamário adjacente ao leito tumoral e a aproximação do mesmo para reparar o leito tumoral fazem parte da rotina cirúrgica atual do cirurgião, sendo definida como Oncoplastia de nível I.

Em ressecções mais amplas, em que há necessidade de maior quantidade de tecido para reparação local e o volume mamário remanescente e o grau de ptose permitem essa reparação, aplicam-se técnicas de mamoplastia redutora, o que é denominado de Oncoplastia de nível II, permitindo, assim, o reposicionamento seguro e adequado do CAP, a correção adequada da hipertrofia e da ptose mamária e o remodelamento do parênquima, proporcionando aspecto natural ao cone mamário.

Técnicas consagradas de mamoplastias começaram a ser empregadas na reconstrução parcial mamária pós-cirurgia oncológica e, entre elas, destacam-se: pedículo superior (Pitanguy, 1961), pedículo inferior (Lyacir Ribeiro, 1975), periareolar (Andrews, 1975) e periareolar *round-block* (Benelli, 1988)¹¹⁻¹⁵.

2. SEGURANÇA ONCOLÓGICA

Inúmeros são os estudos que avaliaram a segurança da associação das duas modalidades cirúrgicas. Entre eles, destaca-se a metanálise publicada por Losken *et al*, demonstrando que a cirurgia conservadora oncoplástica apresentou menor recorrência local quando comparada à cirurgia conservadora sem associação de técnicas de Oncoplastia (4% *versus* 7%, $p < 0,0001$), além de maior satisfação com o resultado estético pós-cirúrgico (89,5% *versus* 82,9%, $p < 0,001$), quando comparada às pacientes submetidas à cirurgia conservadora sem técnicas de mamoplastias¹⁶. Lorenzi *et al*, em estudo de coorte no qual foram avaliadas 454 pacientes de uma mesma instituição com seguimento de 7,2 anos, observaram SG semelhante entre as pacientes submetidas à cirurgia conservadora associada ou não a técnicas de mamoplastia (91,4% *versus* 91,3%, $p = 0,917$) e menor recidiva local, sem diferença estatística significativa, no grupo em que se associaram técnicas de mamoplastia (69% *versus* 71,3%, $p = 0,049$)¹⁷.



Em 2020, uma nova metanálise foi publicada, com a avaliação de 18.103 pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama, na qual foi avaliada a recorrência local em pacientes submetidas a cirurgia conservadora, cirurgia conservadora oncoplástica e mastectomia. Os resultados demonstraram que não houve diferença entre os grupos (RR=0,861; IC de 95%; 0,64–1,16; $p=0,296$)¹⁸.

3. PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

No planejamento cirúrgico pré-operatório, é importante ter ideia de quais pacientes poderão se beneficiar da cirurgia oncoplástica com técnicas mais avançadas. Ressecções de 10% ou mais de tecido mamário de quadrantes mediais e inferiores, ressecções de 20% ou mais de quadrantes laterais e ressecções de quadrantes centrais podem gerar resultados estéticos insatisfatórios^{7,19}. Dessa forma, com a avaliação do volume e da ptose mamária, do grau de lipossustituição, de comorbidades e da relação volumétrica tumor-mama, pode-se planejar adequadamente a técnica que será empregada na realização da cirurgia oncológica mamária^{6,20}.

4. ESCOLHA DA TÉCNICA DE REPARAÇÃO

As técnicas de mamoplastias redutoras se baseiam em pedículos vasculares que irrigam o CAP e que podem ser aplicadas quando há a necessidade de reparação de defeitos resultantes das cirurgias oncológicas conservadoras. Técnicas do pedículo superior, superomedial, superolateral, inferior e periareolar (*round-block*) são bem aplicadas em grande parte dos casos que necessitem de reparação mamária. O volume mamário, o grau de ptose e a localização tumoral nortearão a escolha da técnica.

5. PRINCIPAIS TÉCNICAS CIRÚRGICAS

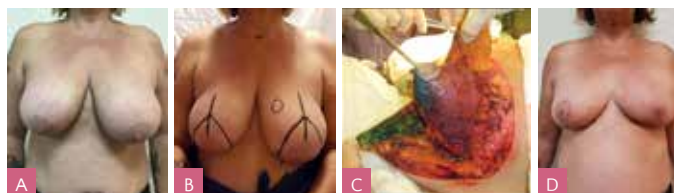
Pedículo inferior

Conceito

A técnica do pedículo inferior é empregada de modo geral quando estamos frente a tumores localizados nos quadrantes superiores. Sendo assim, preserva-se tecido mamário dos quadrantes inferiores, os quais serão responsáveis pelo remodelamento mamário. A irrigação do CAP será proveniente,

principalmente, da quarta, quinta e sexta artérias intercostais, de ramos da artéria torácica interna, de ramos profundos da torácica lateral e pela irrigação superficial (plexo subdérmico)^{13,20}.

Figura 1. Técnica do pedículo inferior: (A) pré-operatório; (B) marcação; (C) intraoperatório; e (D) pós-operatório



Indicações^{1,2,20}

- Relação tamanho do tumor e volume mamário (tumor-mama) factível com cirurgia conservadora;
- Mamas de médio e grande volumes;
- Mamas que apresentem ptose.

Contraindicações

As contraindicações absolutas para realização da técnica do pedículo inferior são as mesmas das cirurgias conservadoras sem técnicas de Oncoplastia e a relação tumor-mama que não permita adequado remodelamento mamário^{1,2,20}.

Já as contraindicações relativas são: grau de ptose mamária muito importante, mamas muito lipossustituídas e algumas comorbidades e vícios (diabetes descompensado, doenças do colágeno ativa, vasculopatias, obesidade e tabagismo), os quais podem favorecer complicações^{20,21}.

Veja esse conteúdo na íntegra
acessando a OC Academia:
<http://ocacademia.com>

