

CASO CLÍNICO

# **Latissimus Dorsi: Alternativa cirúrgica para tumores benignos e volumosos da mama**

*Latissimus Dorsi flap: Surgical alternative to bulky and benigne breast tumor*

Luiz Alberto Barcellos Marinho<sup>1,2</sup>, Carlos Andre Patzlaff<sup>2</sup>

## **Descritores**

Mama  
Nódulo  
Mamoplastia

## **Keywords**

Breast  
Nodule  
Mammoplasty

## **RESUMO**

A utilização do músculo Grande Dorsal (*Latissimus Dorsi*) para tratamento cirúrgico de mulheres com câncer de mama, como maneira de proporcionar reconstrução mamária, foi descrita por Iginio Tansini, em 1906. Esta técnica permaneceu esquecida por muitos anos até que, em 1976, Olivari retomou o trabalho realizado por Tansini. Apesar da euforia inicial, logo a técnica do Grande Dorsal perdeu espaço para o retalho TRAM e, atualmente, tem o seu uso em pequena proporção, uma vez que a reconstrução mamária com próteses mamárias tem sido a preferência em vários serviços de cirurgia de mama ao redor do mundo. No entanto, a utilização desta técnica pode ajudar em alguns casos de tumores, mesmo benignos, onde haja dificuldade de se conseguir próteses mamárias. Os autores apresentam um caso de mulher de 32 anos com grande tumor mamário benigno. A mama foi operada e reconstruída com o músculo Grande Dorsal.

## **ABSTRACT**

*The use of Latissimus Dorsi for surgical treatment of women with breast cancer, as a way to provide mammary reconstruction was described by Iginio Tansini, in 1906. This surgery remained forgotten for many years until, in 1976, Olivari took up the work of Tansini. Despite the initial euphoria, Latissimus Dorsi technique lost space for TRAM flap and currently its use has a small extent, since the mammary breast reconstruction protheses have been preferred in several breast surgery services around the world. However, this technique may help in some tumors cases, even the benign ones where there is difficulty in getting breast implants. The authors report a case of a 32 years old woman with a big benign breast tumor. The tumor was removed and the breast was reconstructed with Latissimus Dorsi flap.*

Trabalho realizado na Clínica da Mulher – Ambulatório de Especialidades da Prefeitura Municipal de Chapecó – Chapecó (SC), Brasil.

<sup>1</sup>Ambulatório de Mastologia da Faculdade de Medicina de Joaçaba (UNOESC) – Chapecó (SC), Brasil.

<sup>2</sup>Clínica da Mulher – Chapecó (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Luiz Alberto Barcellos Marinho – Rua São João 73-D, apto. 302 – Centro – CEP: 89801-230 – Chapecó (SC), Brasil – E-mail: lbmarinho@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

**Recebido em:** 09/05/2015. **Aceito em:** 11/05/2015

## Introdução

O uso de retalho miocutâneo do músculo grande dorsal foi utilizado inicialmente por Tansini<sup>1</sup>. A cirurgia descrita por Tansini ficou esquecida por quase 70 anos, quando Olivari<sup>2</sup> em 1976, retoma esta técnica para tratamento de mulheres com indicação de mastectomia e que desejavam reconstruir a mama comprometida. A partir de então, esta técnica cirúrgica passou a fazer parte do arsenal cirúrgico de médicos que buscavam soluções para reparar grandes defeitos causados pela mastectomia clássica de Halted, Patey ou Madden. O entusiasmo inicial pelo uso de retalho do músculo grande dorsal (*Latissimus Dorsi*) logo perdeu espaço para outro retalho mio-cutâneo descrito por Maxwell et al. em 1979 (TRAM). Atualmente, a utilização do *Latissimus Dorsi* tem sido usado com menos frequência por boa parte de cirurgiões que se dedicam a reconstrução mamária. A opção pelo uso de próteses mamárias tem ocupado o primeiro lugar quando a reconstrução mamária imediata é a proposta de tratamento para câncer de mama<sup>4,5</sup>.

No entanto, nem sempre é possível realizar a reconstrução mamária com próteses devido aos entraves burocráticos dos serviços públicos de saúde no Brasil. Nestes casos, é possível recorrer à técnica do grande dorsal para corrigir defeitos na superfície da mama, ocasionados por tumores benignos e grandes.

Relatamos um caso de tumor de mama de grandes dimensões em paciente jovem. A área da mama comprometida pelo tumor correspondia a aproximadamente a 40% de toda a mama e o resultado estético, certamente, ficaria a desejar se a extirpação da área tumoral acontecesse de forma usual.

## Caso Clínico

Paciente R.A.D., 32 anos, G2 P2 A0 C0, primeiro parto há 10 anos e o último há dois anos. Amamentou nas duas ocasiões e no último parto amamentou até seis meses atrás. Ela foi encaminhada à Clínica da Mulher, da Secretária de Saúde do município de Chapecó (SC) após notar tumor no quadrante superior interno (QSI) da mama direita de grandes proporções e crescimento rápido (Figura 1). No exame clínico, observou-se grande área tumoral na mama direita no quadrante superior interno, sem sinais de inflamação, retração de pele ou edema local ou generalizado da mama. Não havia linfonodos palpáveis no exame da axila, fossa infra ou supraclavicular do lado direito. O diagnóstico inicial foi de tumor filóides ou fibroadenoma hiperclular. O exame de ultrassom de mama mostrou grande área tumoral no QSI de mama direita de limites precisos, sem efeito Doppler, sem comprometimento da pele ou do músculo grande peitoral (Figura 2).

A proposta cirúrgica para o tratamento da paciente foi realizar biópsia de congelação da área tumoral e realização de cirurgia de retalho do Grande Dorsal para preenchimento da região tumoral que seria removida.

Após realização de exames pré-operatórios e a explicação à paciente sobre qual seria a estratégia cirúrgica para a remoção do tumor, a mesma foi encaminhada para o Hospital Regional do Oeste na cidade de Chapecó, tendo assinado antes o Termo de Consentimento Pós-Informado.

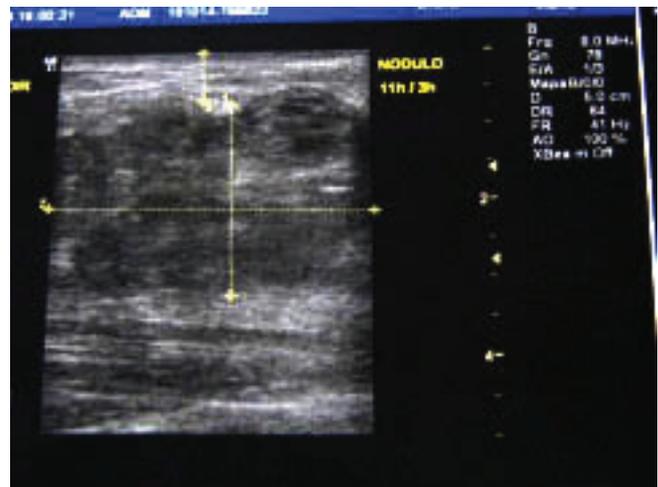
Na sala de cirurgia, foram feitas as marcações na pele do dorso da paciente para a realização de rotação de retalho do Grande Dorsal (Figura 3).

O exame de congelação de parte do tumor mostrou tratar-se de “mastite granulomatosa pós lactação”. O tumor foi totalmente retirado e a paciente foi submetida a cirurgia proposta a fim de preencher grande área tumoral removida, o que evitou alteração de forma e volume da mama operada e garantiu a simetria em relação a mama esquerda.

Paciente permaneceu internada por 24 horas e, após uma semana, compareceu ao ambulatório para retirada de dreno de aspiração a vácuo. Na época, a cicatriz tanto da área doadora como da área receptora apresentavam resultados satisfatórios (Figuras 4 e 5).



**Figura 1.** Paciente na primeira consulta no ambulatório – Clínica da Mulher para avaliação do tumor na mama direita



**Figura 2.** Imagem do tumor ao exame de ultrassom



**Figura 3.** Paciente na sala de cirurgia com as marcações prévias para a realização de retalho do Grande Dorsal



**Figura 4.** Uma semana após a cirurgia – 1ª revisão pós operatória e retirada do dreno de aspiração contínua



**Figura 5.** Primeira revisão pós cirurgia (8º dia) visão de perfil

## Discussão

A abordagem cirúrgica de tumores mamários tem hoje uma filosofia bem diferente do que existiu desde as primeiras mastectomias radicais realizadas por Halsted e que, durante muito tempo, pareciam ser dogmáticas, quando sequer se pensava que seriam possíveis mudanças. Atualmente, não é admissível que o especialista em doenças da mama não tenha como parte de seu arsenal cirúrgico a formação em reconstrução mamária, ou o que se denomina Oncoplástica. A partir deste novo conceito, é fundamental que a paciente tenha o tratamento cirúrgico correto sem que o item da boa imagem corporal não seja valorizado.

A paciente R.A.D. apresentava tumor mamário, cujo volume era de aproximadamente de 40% do total da mama. É sabido que, ao se remover 20% ou mais de tecido mamário, ocorre aumento do risco de deformidade na cicatrização final<sup>6</sup>. Foram analisadas as possíveis estratégias para a realização da cirurgia e apresentadas a paciente para que ela pudesse participar da decisão da técnica cirúrgica que pudesse fazer a remoção tumoral sem deixar um resultado estético inaceitável.

A escolha do *Latissimus Dorsi* aconteceu porque poderia recompor a mama da paciente mantendo o formato e o volume. Embora a utilização do retalho do Grande Dorsal não seja a primeira opção em muitos serviços médicos que se dedicam a tratamento cirúrgico dos tumores mamários. Jones, professor de cirurgia da universidade de Illinois, afirma que, a partir dos anos 1990, passou a usar menos a cirurgia com *Latissimus Dorsi* e que utiliza esta cirurgia em 30% das pacientes atendidas por ele<sup>7</sup>. Foi explicado para a paciente que seria necessário retirar tecido da parte das costas e levá-lo para a área receptora, e que ficaria com duas cicatrizes: a cicatriz da área doadora e a cicatriz da área receptora.

A cirurgia ocorreu como foi previamente planejada. A paciente permaneceu internada por 24 horas e, após oito dias, compareceu no ambulatório da Clínica da Mulher – Chapecó (SC) para a primeira revisão pós cirurgia e retirada do dreno de aspiração contínua. Ela declarou que estava satisfeita com o resultado final e foi orientada para retornar após 30 dias para a segunda revisão de cirurgia.

A cirurgia usando o retalho do músculo Grande Dorsal atingiu o objetivo do tratamento para o tumor desta paciente, sendo possível a retirada completa do tumor sem prejuízo para o volume ou a forma da glândula mamária afetada. Acreditamos que, embora a técnica do retalho do músculo do Grande Dorsal seja usada com menor frequência, é ainda procedimento cirúrgico de grande valia para tumores mamários

## Conclusão

A retirada de nódulos mamários pequenos que acometem a glândula mamária é procedimento relativamente simples e possível de ser realizada por profissionais que estão dando os primeiros

passos em Mastologia. Contudo, algumas vezes, os nódulos benignos podem se apresentar com grandes volumes e a simples retirada dos mesmos pode acarretar resultado estético inaceitável. Para situação como esta, a utilização de *Latissimus Dorsi* pode se constituir na estratégia mais adequada para manter a boa imagem corporal por parte da paciente.

## Referências

1. Tansini I. Sopra il moi nuovo processo di amputazione della mamella. *Gazetta Medica Italiana*. 1906;57:141
2. Olivari N. The latissimus flap. *Br J Plast Surg*. 1976;29(2):126-8.
3. Maxwell G P, Steuber K, Hoopes JE. Experience with thirteen free latissimus dorsi myocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg*. 1979;64:1-8.
4. Giladi AM, Chung KC, Aliu O. Changes in use of autologous and prosthetic posmastectomy reconstruction after medicaid expansion in New York state. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(1):53-62.
5. Jagsi R, Jiang J, Momoh AO, Alderman A, Giordano SH, Buchholz TA, et al. Trends and variation in use of breast reconstruction in patient with breast cancer undergoing mastectomy in the United States. *J Clin Oncol*. 2014;32(9):919-26.
6. Rainsbury R. Surgery insight: oncoplastic breast-conserving reconstruction-indications, benefits, choices and outcomes. *Nat Clin Pract Oncol*. 2007;4(11):657-64.
7. Jones EG. *Bostowick's Plastic & Reconstructive Breast Surgery*. 3ed. St. Louis: Quality Medical Publishing; 2010. p. 1800.