

RELATO DE CASO

Mamoplastia oncoplástica: técnica de *round block*

Oncoplastic mammoplasty: round block technique

Roberto Vieira¹, Juan Sebastián Sánchez², Waldyr Gomes³

Descritores

Mama
Câncer de mama
Mastectomia Segmentar
Cirurgia
Reconstrução

Keywords

Breast
Breast neoplasms
Mastectomy, Segmental
General surgery
Reconstruction

RESUMO

A técnica oncoplástica de *round block* ou *donut* é utilizada para reconstrução imediata de segmentectomias ou quadrantectomias em pacientes com câncer de mama; a técnica foi inicialmente indicada para tratamentos de ptose e hipertrofias mamárias de baixo grau, até que evoluiu para o tratamento de câncer de mama localizado em qualquer quadrante da mama. Neste artigo apresentamos um caso clínico de uma mulher de 53 anos com carcinoma ductal invasivo do tipo não especial, sendo este luminal A. O tamanho do tumor foi classificado como estágio T1, a paciente apresentava uma mama de médio tamanho, ideal para esse tipo de técnica. O tumor foi ressecado com margens livres, obtendo, assim, um bom resultado oncológico e uma cicatriz periareolar, sendo esta menos aparente que uma cicatriz vertical, favorável para um bom resultado estético.

ABSTRACT

The round-block oncoplastic technique or Donut is used for immediate reconstruction for segmentectomy or quadrantectomies in patients with breast cancer, the technique was initially indicated for breast ptosis treatments and mammary hypertrophy until it evolved for the treatment of breast cancer located in any quadrant of the breast. In this article we present a case of a woman with 53 years old who present a ductal carcinoma luminal A type. Tumor size was classified as T1 stage, the patient had a medium size breast, ideal for this type of technique. The tumor was resected with clear margins, getting a good oncologic outcome and with good cosmetic results with a periareolar scar that is less apparent than a vertical one.

Trabalho realizado no Serviço de Mastologia do Instituto Fiocruz (IFF) e na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Sociedade Brasileira de Mastologia Regional Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Departamento de Mastologia da Escola Médica de Pós-Graduação da PUC-RJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Sociedade Brasileira de Mastologia – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Roberto Vieira – Rua Visconde de Pirajá, 351, sala 615 – CEP: 22410-003 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: dr.rvieira@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 26/10/2015. Aceito em: 28/10/2015

Introdução

Com evolução da cirurgia da mama foram criadas diferentes técnicas cirúrgicas para atingir condições que ofereçam uma boa vascularização cutânea, preservação da sensibilidade, cicatrizes de visibilidade reduzida e simetria das mamas. Este é o caso da evolução da incisão periareolar até se converter no dia de hoje na técnica de *round block* ou *donut*, uma das técnicas mais utilizadas para reconstrução imediata de segmentectomias ou quadrantectomias em pacientes com câncer de mama.

Thorek¹ publica, em 1922, o transplante livre do mamilo e descreve uma incisão periareolar; Lötsch², em 1923, descreve uma incisão periareolar e vertical (circumvertical) para ser empregada em mamoplastia; Schwarzmann³, em 1937, descreve uma ponte dérmica para preservar o aporte do sangue do complexo aréola mamilar; Arié⁴, em 1957, descreve uma incisão periareolar, vertical e do sulco inframamário, e por aí surgiram incontáveis modificações e variações de técnicas de mamoplastia que incluem a incisão periareolar (descrita por Lassus⁵, em 1970, e Marchac e Olarte⁶, em 1982) até que a incisão se tornasse exclusivamente periareolar, técnica que foi descrita por Renó⁷ no Segundo Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, no ano de 1985, inclusive antes que Benelli^{8,9}, no ano de 1990, publicasse a técnica com o nome de *round block* na revista *Aesthetic Plastic Surgery*.

Segundo Benelli^{8,9}, os primeiros casos relatados se remontam no ano de 1983, época em que se reduzia o diâmetro das aréolas que aumentaram de diâmetro por causa de mamoplastias anteriores. O resultado, em longo prazo, da redução do diâmetro das aréolas foi satisfatório, derivando, assim, na técnica de *round block*, indicada para tratamentos de ptose e hipertrofias mamárias de baixo grau.

A pele da aréola se adapta facilmente ao volume mamário assim como ocorre na amamentação, por isso tem uma fácil adaptação nas grandes desepitelizações e ressecções glandulares segmentares no câncer de mama; a técnica *round block* mantém os preceitos oncológicos e estéticos.

Os diferentes quadrantes da mama podem ser abordados facilmente através da extensa incisão periareolar desepitelizada, permitindo grandes ressecções tumorais, além de ressecções glandulares de tumores localizados na região retroareolar da mama.

Relato de caso

R.D.C.L.L, 53 anos, sexo feminino, branca, G0P0A0, DUM 08/2014, nega uso de medicamentos e alergias, a mãe faleceu com antecedente de câncer de pâncreas, tia materna com antecedente de câncer de mama e avós maternos com câncer que desconhece o tipo.

Em outubro de 2014, após exame de mamografia, a paciente foi diagnosticada com um nódulo em mama esquerda de 1,9 cm (T1c), de categoria 5, passando por core biópsia, que confirmou, por meio do histopatológico, carcinoma ductal infiltrante grau nuclear 3 (Figura 1).

Em novembro de 2014, a paciente foi submetida à segmentectomia de mama esquerda com marcação pré-cirúrgica com fio e biópsia de linfonodo sentinela; o laudo histopatológico demonstrou carcinoma ductal invasivo tipo não especial, grau II, de 1,8 cm, receptores de estrogênio e progesterona >75%, HER2 negativo, Ki67 <14%, sendo luminal A, limites cirúrgicos livres, linfonodo sentinela livre de neoplasia. A paciente foi submetida à radioterapia adjuvante e à hormonioterapia adjuvante com Anastrozol 1 mg/dia prevista por cinco anos, em seguimento semestral (Figuras 2 e 3).

Discussão

A técnica de *round block* tornou-se hoje muito utilizada em nosso serviço, pelas diferentes vantagens que tem. A escolha dessa técnica neste caso apresentado tem relação com o que se apresenta nas publicações e na literatura internacional (Figura 4).

De acordo com Zaha e Onomura¹⁰ e Kim¹¹, a técnica de *round block* é uma boa escolha para pacientes com mamas de pequeno a médio tamanho. O princípio básico da oncoplastica é a relação mama-tumor, e as pacientes classificadas dentro dos estádios T1 e T2 e com mamas pequenas seriam as de melhor escolha para esse tipo de técnica, segundo Moustafa e Fakhr¹² e Chen¹³ (Figura 5).

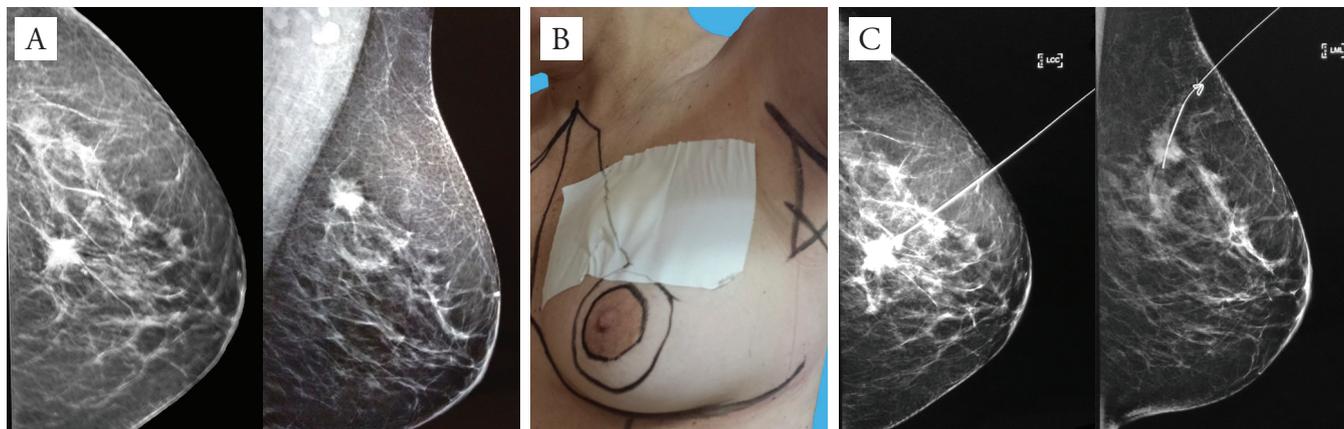


Figura 1. Mama esquerda: (A) mamografia craniocaudal e médio lateral oblíqua; (B) marcação pré-operatória; (C) mamografia com fio de marcação craniocaudal e médio lateral oblíqua

Após a retirada do tumor, uma das vantagens da técnica é que ao confeccionar os retalhos glandulares não é necessário o descolamento total da mama, podendo realizar um descolamento parcial, com menos risco de sangramento e de formação de seromas, tanto que Chen também utiliza o mesmo princípio. A incisão circular da técnica elimina a tensão cutânea, quando comparada com a incisão vertical, facilitando uma boa cicatrização (Figura 6).



Figura 2. (A) Pré-operatório; (B) pós-operatório a pós-radioterapia adjuvante da mama esquerda

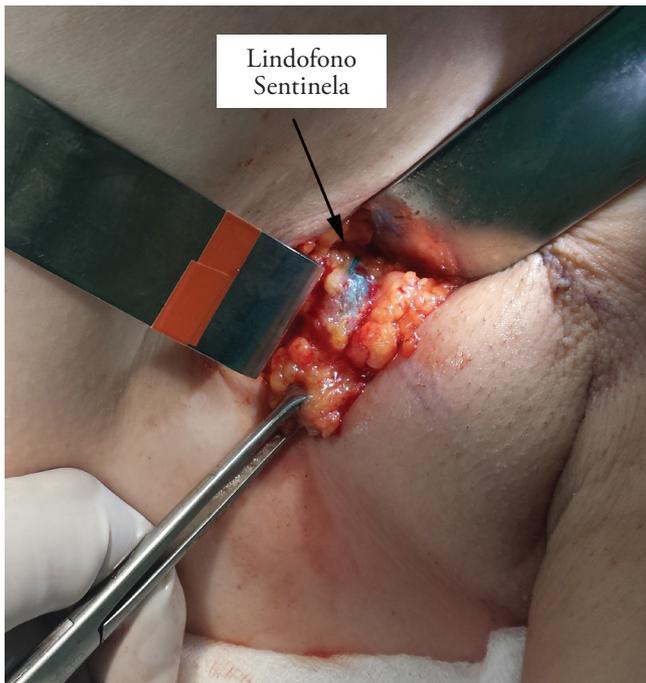


Figura 3. Linfonodo sentinela negativo para malignidade

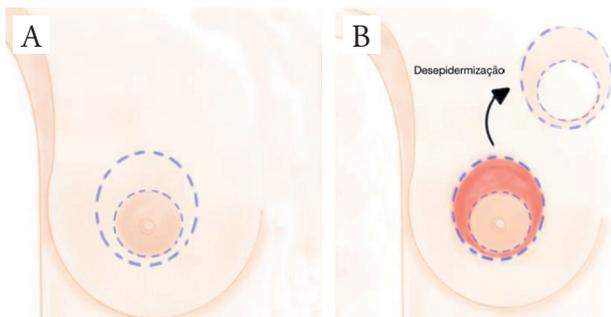


Ilustração: JSSánchez

Figura 4. (A) Marcação pré-operatória; (B) marcação periareolar desepidermizada

Conclusão

As mulheres com câncer de mama que desejam uma reconstrução imediata, sem prótese, sem retalhos miocutâneo, com cicatrizes pequenas e que apresentam mamas de pequeno a médio tamanho, com tumores em estádios T1 e T2, são as que mais se beneficiam da técnica de *round block*.

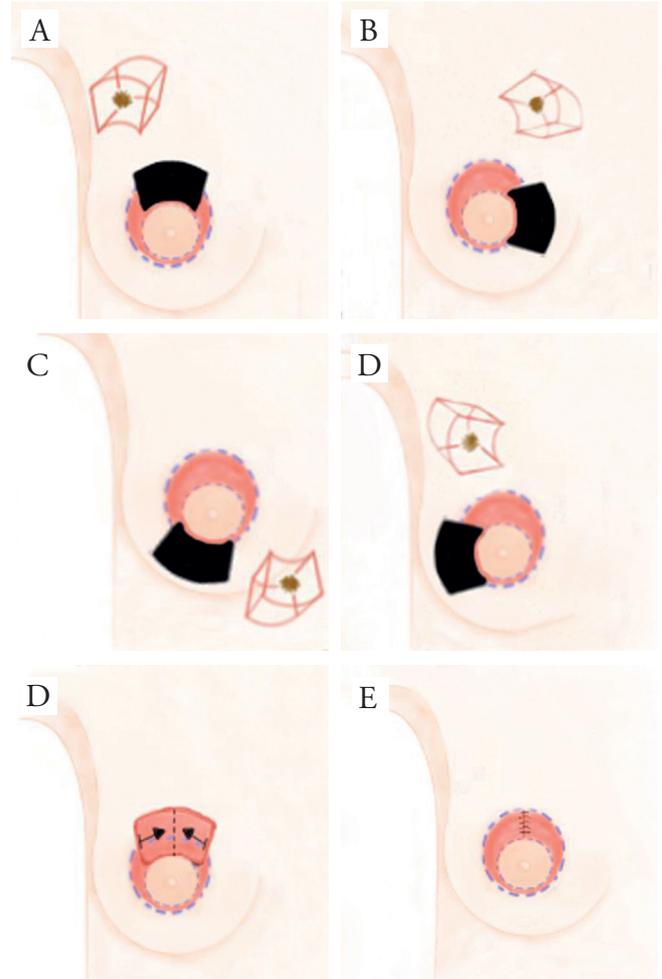


Ilustração: JSSánchez

Figura 5. Segmentos de ressecção tumoral: (A) quadrantes superiores; (B) quadrantes mediais; (C) quadrantes inferiores; (D) quadrantes laterais; (E) aproximação dos retalhos glandulares à linha média da ressecção e (F) sutura dos retalhos com nylon 4.0.

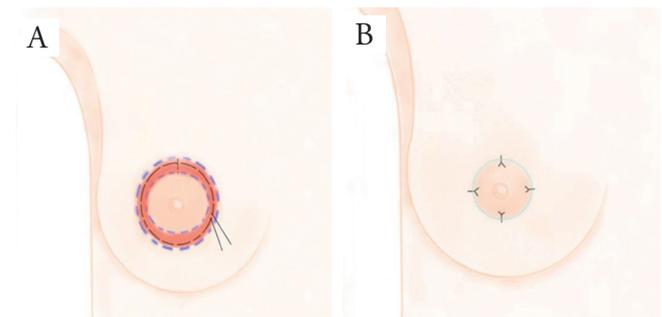


Ilustração: JSSánchez

Figura 6. (A) Sutura subdérmica em bolsa de tabaco com nylon 5.0 e (B) pontos de cerclagem com nylon 5.0 e sutura intradérmica com monocryl 4.0

Referências

1. Thorek M. Possibilities in the reconstruction of the human form. *N Y Med J*. 1922;116:572.
2. Lötsch F. Über hängebrustplastik. *Zentralbl Chir*. 1923;50:1241.
3. Schwarzmann E. Avoidance of nipple necrosis by preservation of corium in one-stage plastic surgery of the breast. *Rev Chir Struct*. 1937;7:206-9.
4. Arie G. Una nueva tecnica de mastoplastia. *Rev Lat Amer Cirug Plast*. 1957;3:23-38.
5. Lassus C. A technique for breast reduction. *Int Surg*. 1970;53(1):69-72.
6. Marchac D, De Olarte G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast Reconstr Surg*. 1982;69:45-55.
7. Renó WT. Mamoplastia periareolar em cone. Apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, Sessão Pinga-Fogo, Gramado, Brasil -1985.
8. Benelli L. Technique de plastie mammaire: le "round block." *Rev Fr Chir Esthet*. 1988;50:7.
9. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique. *Aesthetic Plast Surg*. 1990;14(2):93-100.
10. Zaha H, Onomura M. Breast conserving surgery using the round block technique combined with partial reconstruction using the latissimus dorsi flap. *Breast*. 2013;22(1):98-9.
11. Kim MK. Round block technique without cerclage in breast-conserving surgery. *Ann Surg Oncol*. 2013;20(10):3341-7.
12. Moustafa A, Fakhr I. Outcome of different oncoplastic surgical (OPs) techniques for centrally located breast cancer (CLBC). *J Egypt Natl Canc Inst*. 2014;26(4):203-9.
13. Chen DR. An optimized technique for all quadrant oncoplasty in women with small-to medium-sized breasts. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014;18(12):1748-54.