

Técnica do retalho do pedículo superior em oncoplastia

Oncoplastic surgery technique of strapped to the superior pedicle

María del Rosario Sarmiento Piñeres¹, Bruno Bohrer Flores¹, Carlos Ricardo Chagas¹, Juan Sebastian Sanchez Tobar¹, Waldyr Gomes da Costa Neto², Roberto José da Silva Vieira³

Descritores

Reconstrução da mama
Retalho perfurante
Câncer de mama

Keywords

Breast reconstruction
Perforator flap
Breast cancer

RESUMO

A inclusão das técnicas oncoplásticas no tratamento do câncer de mama permite resultados oncológicos comparáveis com cirurgias tradicionais e resultados estéticos satisfatórios para as pacientes, que evitam transtornos em sua identidade feminina. O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento de literatura para mostrar a técnica de mastopexia do pedículo superior como tratamento cirúrgico oncoplástico para tumores T1, T2 e T3, localizados nos quadrantes inferiores ou central da mama.

ABSTRACT

The incidence of breast cancer in the world and its growth, the evolution of treatment and neo adjuvant have improved the quality of life of treated women. The inclusion of oncoplastic techniques in breast cancer treatment allows oncologic results comparable with traditional surgeries and provides a satisfactory cosmetic outcome in order to avoid disruptions in their female identity. The aim of this paper was to review the literature to show the technical upper pedicle in mastopexy technique as an oncoplastic surgical treatment of tumors T1, T2 and T3, located within the central or lower breast quadrants.

Introdução

O câncer de mama é a doença maligna com maior incidência na mulher no mundo. Os últimos dados apontam que 1,67 milhão de mulheres foram diagnosticadas com esse câncer no mundo em 2012. Naquele ano, havia 6,23 milhões de mulheres com esse diagnóstico nos cinco anos anteriores. A incidência do câncer de mama aumentou mais de 20%, enquanto a mortalidade aumentou cerca de 14%, desde 2008. Foram registrados, para todo o Brasil, 11,88 óbitos por 100.000 mulheres em 2011¹.

É importante observar o aumento da inclusão da cirurgia oncoplástica no mundo como resultado da intenção de melhorar o resultado estético após uma operação de câncer de mama, diminuindo o impacto psicológico na paciente, sempre atuando sob o princípio de segurança oncológica. Um estudo feito na Espanha mostra que, desde 1993, eram realizadas reconstruções imediatas em pacientes com câncer de mama, chegando a uma taxa de 56%; 10 anos depois, a porcentagem chegou a 78. Isso quer dizer que cada vez mais, com o treinamento dos especialistas, são feitas mais cirurgias reconstrutoras em pacientes com câncer de mama².

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.

¹Programa de Pós-graduação em Mastologia da PUC-RJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Instituto Fiocruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Sociedade Regional de Mastologia do Rio de Janeiro – 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: rosariosarmiento@hotmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 26/04/2016. Aceito em: 08/09/2016

Com relação aos tratamentos do câncer de mama, é realizada a cirurgia, que pode ser a ressecção parcial ou total da mama, como uma das primeiras escolhas. A mama é um dos órgãos mais importantes na identidade feminina e na sexualidade da mulher, seu tratamento cirúrgico quase sempre traz repercussões físicas, emocionais, sexuais e até mesmo interfere na qualidade de vida da paciente. Em alguns casos, essa interferência pode ser muito grave, levando a transtornos como a depressão^{3,4}.

O tratamento cirúrgico do câncer de mama teve uma evolução importante desde os primeiros relatos do Doutor Halsted há mais de 100 anos, com a utilização de técnicas cirúrgicas radicais como conduta do tratamento do câncer de mama⁵. A cirurgia de mama adaptou procedimentos cada vez mais conservadores, fato demonstrado pelo Doutor Veronesi em seus estudos MILAN I e II, em que procedimentos consistentes em exérese cirúrgicas completas de tumor, com margem de tecido livre de neoplasia e posteriormente administração de radioterapia externa, mostraram controle da doença e sobrevida global sem dados estatísticos significativos comparáveis com cirurgias radicais⁶. Esse foi um passo fundamental na integração da cirurgia conservadora de mama que, conseqüentemente, evita muitos aspectos emocionais que pioram a difícil situação da mulher com diagnóstico de câncer⁷.

O termo cirurgia oncoplástica se refere às técnicas cirúrgicas, nas quais os segmentos do tecido mamário comprometido com doença maligna são ressecados com margens cirúrgicas amplas e, após montagem do tecido glandular restante, pode-se conseguir o melhor resultado estético possível^{8,9}. A cirurgia oncoplástica tornou-se o tratamento cirúrgico mais individualizado, já que ainda existem controvérsias em vários aspectos no manejo das pacientes porque nem todos os procedimentos cirúrgicos reconstitutivos mamários possuem nível de evidência elevado na literatura. Então, algumas decisões são baseadas em critérios relacionados à experiência do cirurgião¹⁰.

Na utilização de procedimentos oncoplásticos no tratamento do câncer de mama, o grande medo é a segurança oncológica, sobretudo em termos de recidiva, mas a literatura demonstra segurança quando a paciente tem um planejamento adequado prévio e é tratada por uma equipe multidisciplinar⁹. Staub et al., em uma série de 298 pacientes tratadas com cirurgia conservadora, demonstraram uma taxa de sobrevida de cinco anos, livre de recidiva e doença de 93,7%, em pacientes com tumores T1, T2 e T3¹¹.

O objetivo deste trabalho é apresentar a técnica do pedículo superior como tratamento do câncer de mama para ser utilizada em pacientes que cumprem com os critérios para a realização de cirurgia conservadora com resultados estéticos satisfatórios.

Retalho de pedículo superior

O retalho do pedículo superior é utilizado por cirurgiões plásticos como uma técnica de mastopexia para correção de ptoses mamárias, com ou sem implantes de silicone¹².

O pedículo superior indicado para mamas hipertróficas, com tumores situados nos quadrantes inferiores, permite a ressecção ampla da região tumoral e o remodelamento da mama, de tal forma que reposicione o complexo aréolo-mamilar, respeitando a irrigação areolar pelo pedículo superior e permitindo a reconstrução mamária aos moldes das técnicas de mastoplastia redutoras como Pitanguy, Le Jour, Gerardo Peixoto, entre outras. Deve-se pensar no emprego de retalhos autólogos ou próteses quando houver uma desproporção da relação tumor/mama, estes geralmente ocupando 20% ou mais do volume total da mama, ou quando há a necessidade da realização de uma mastectomia na qual uma grande quantidade de pele tenha que ser removida, o que impossibilitaria a sutura e união dos retalhos superior com o inferior. Apesar de uma legislação vigente no Brasil que estimula a atenção com a reconstrução mamária, ela só acontece em poucos centros, atingindo no máximo 15% das mulheres mastectomizadas no Brasil¹³.

Esse retalho permite a exérese dos tumores localizados nos quadrantes inferiores e central, além dos quadrantes medial ou lateral. As indicações são: reconstrução de defeitos após quadrantectomia em mulheres com mama de tamanho hiperplástico, com ptose e que além apresentem tumores localizados nos quadrantes central ou retroareolar, inferior-medial ou lateral^{14,15}. As condições requeridas previamente são que o tumor não esteja perto da pele, que a mama tenha características de ser hipertrófica e que a distância do sulco inframamário com a aréola seja de, no mínimo, 6 cm¹⁶.

As contraindicações dessa técnica são: tumores localizados nos quadrantes superior, superointerno e superoexterno, quando o tumor estiver perto da pele, ou mamas pequenas sem ptose^{15,16}.

Depois da avaliação da paciente, procede-se à marcação dos pontos de referência. Com a paciente em pé e os braços ao longo do corpo, é traçada uma linha que se estende da linha hemiclavicular, passando pelo mamilo até ultrapassar o sulco inframamário. Esse cruzamento deve situar-se a 10 cm da linha média. A nova posição do mamilo será ao longo dessa linha que divide a mama a uma distância aproximada de 20 cm da fúrcula esternal, em que será marcado o ponto A, que, habitualmente, corresponde à projeção digital do sulco inframamário¹⁶. Os pontos B e C são marcados a cerca de 7 a 8 cm do ponto A, após pinçamento digital ao longo da linha que divide a mama, estimando o ângulo do vértice superior. Esses 7 a 8 cm marcam a futura distância entre o centro do complexo aréolo-mamilar com o novo sulco inframamário, centrado no ponto D, determinado pela intersecção da linha média da mama com o sulco inframamário¹⁷ (Figura 1A).

O procedimento cirúrgico é realizado com a paciente em decúbito dorsal, com os braços abertos de maneira simétrica e preparada para uma possível pesquisa de linfonodo sentinela ou esvaziamento axilar, dependendo do estadiamento; faz-se a demarcação da aréola com areóloto e procede-se com a incisão da linha para demarcar o pedículo superior e a desepitelização da pele (Figura 1B). Posteriormente, cria-se uma janela para exérese do tumor ou segmento com doença (Figuras 1C e 1D) e realiza-se ressecção

do polo inferior para uma projeção central. Posteriormente, continua-se com montagem da mama, com a união dos pontos B, C e D para visualização da forma da mama (Figura 1E). Por último, procede-se à reposição do novo complexo aréolo-mamilar, com síntese da pele por planos^{16,17} (Figura 1F).

Relato de caso

Paciente do sexo feminino de 43 anos, branca, G2P2A0, nega histórico de doença patológica progressiva, alergias, câncer ou doenças crônicas. Foi à consulta de rotina com mastologia; no exame físico observaram-se mamas pêndulas, hipertróficas sem retrações; à palpação, sem mamas palpáveis; axila clinicamente negativa. Trouxe mamografia 03-02-2016 com laudo de mama direita com calcificações benignas dispersas pela mama BIRADS 2 e de mama esquerda com microcalcificações esparsas BIRADS 2. A ultrassonografia mamária fevereiro 15-02-2016 teve como laudo que, na mama direita, não foi detectado

processo expansivo sólido ao estudo ecográfico BIRADS 1 e que, na esquerda, observa-se imagem nodular, isoecoica ao tecido adiposo, ovalada de margens circunscritas, interfase abrupta, localizada na união dos quadrantes internos, justareolar, medindo 8,3 x 5,3 x 7,9 mm, não se podendo diferenciar entre nódulo sólido de baixa densidade e inclusão adiposa, BIRADS 3. Por discrepância entre o laudo mamográfico e a ultrassonografia, realizou-se pedido de ressonância magnética de mamas.

A ressonância magnética de mamas 04-03-2016 teve como laudo: área de realce não nodular, irregular, que mede 3,2 x 3,2 x 1,5 cm no terço médio do quadrante inferior interno da mama esquerda, distando 3,1 cm da papila e 1,6 cm da pele medial; na axila esquerda, é observado linfonodo globoso de 3,2 cm, BIRADS 4. Em relação a esse resultado da ressonância, foi solicitada uma biopsia guiada por mamotomia realizada em 07 de abril de 2016 com resultado histopatológico de carcinoma ductal infiltrante, grau 2, presença de pequeno foco de carcinoma mucinoso em um dos fragmentos, desmoplasia moderada, infiltrado linfocitário leve e sem invasão vascular nem infiltração perineural.

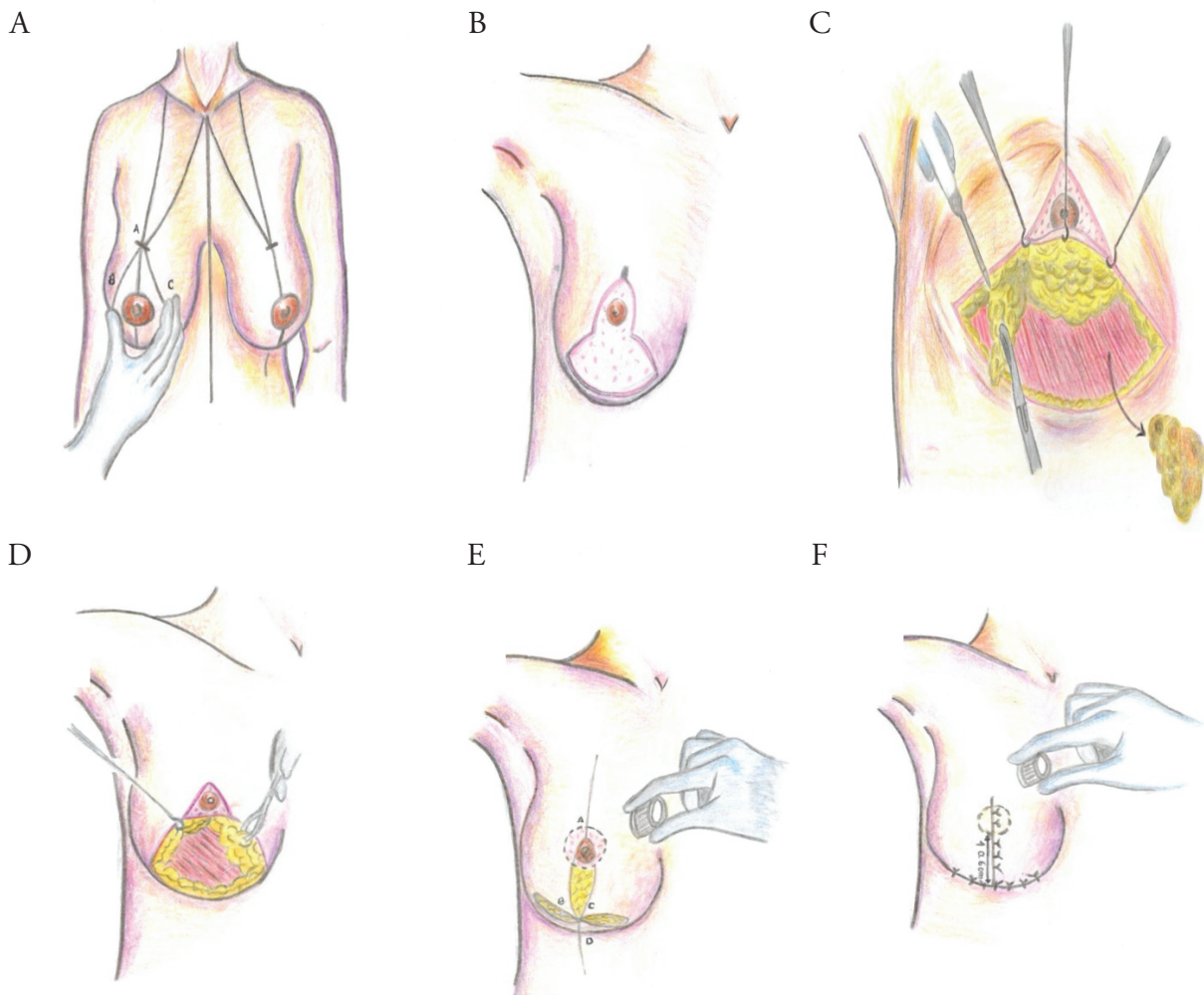


Figura 1. (A) Marcação dos pontos de referência; (B) desepitelização da pele; (C) exérese do tumor ou quadrante com doença; (D) montagem da mama; (E) união dos pontos A, B, C e D; (F) Reposicionamento do complexo aréolo-mamilar.

A paciente foi submetida à cirurgia em 22 de abril de 2016, e o procedimento realizado foi a quadrantectomia da mama esquerda mais linfadenectomia níveis I e II após linfonodo sentinela positivo, mais reconstrução da mama com técnica do pedículo superior e equalização da mama direita (Figura 2).

Discussão

Na literatura, é possível encontrar avaliação da cirurgia do pedículo superior utilizada pelos cirurgiões plásticos para reconstrução da mama com ptose e incorporar esse tipo de técnica cirúrgica como tratamento para pacientes com tumores nos quadrantes inferiores ou central, afastados da pele, T1 e T2 e com margem cirúrgica livre de doença. Os resultados oncológicos são comparáveis com cirurgias radicais quando se confronta recorrência e prognóstico da doença. Observa-se que as complicações, como necroses da pele e da aréola, deiscência de sutura e infecção da ferida cirúrgica, são maiores em tabagistas e pacientes obesas¹⁸.

O resultado estético satisfatório é sempre relacionado com o tamanho do tumor e a relação do tamanho das mamas acompanhado de equalização da mama contralateral. O resultado oncológico é bom quando a margem de ressecção é ampla¹⁹.

A pesquisa do linfonodo sentinela tem ajudado na identificação das pacientes com axila negativa, as quais não requerem linfadenectomia axilar, beneficiando também o resultado estético das mamas reconstruídas. A radioterapia é componente fundamental do tratamento conservador do câncer de mama. Porém, pacientes com mamas com predomínio gorduroso apresentam complicações tardias, como esteatonecrose e perda de volume mamário, que resultam em assimetrias nas reconstruções. Nessas pacientes, deve-se ter cuidado no dimensionamento do defeito gerado pela cirurgia oncológica e procurar sempre deixar a mama maior do que a contralateral, para, em um segundo tempo, se necessário, reduzir essa diferença²⁰.

Conclusão

A técnica cirúrgica do pedículo superior é uma alternativa oncológica com bons resultados, que pode ser utilizada cada vez mais em pacientes com tumores nos quadrantes inferiores ou central, com mamas grandes ou médias e ptose, baseando-se nas indicações explicadas detalhadamente no texto. Com o resultado oncológico satisfatório, o controle da doença e os resultados estéticos conseguidos, tem-se a melhora da saúde emocional da paciente com câncer de mama.

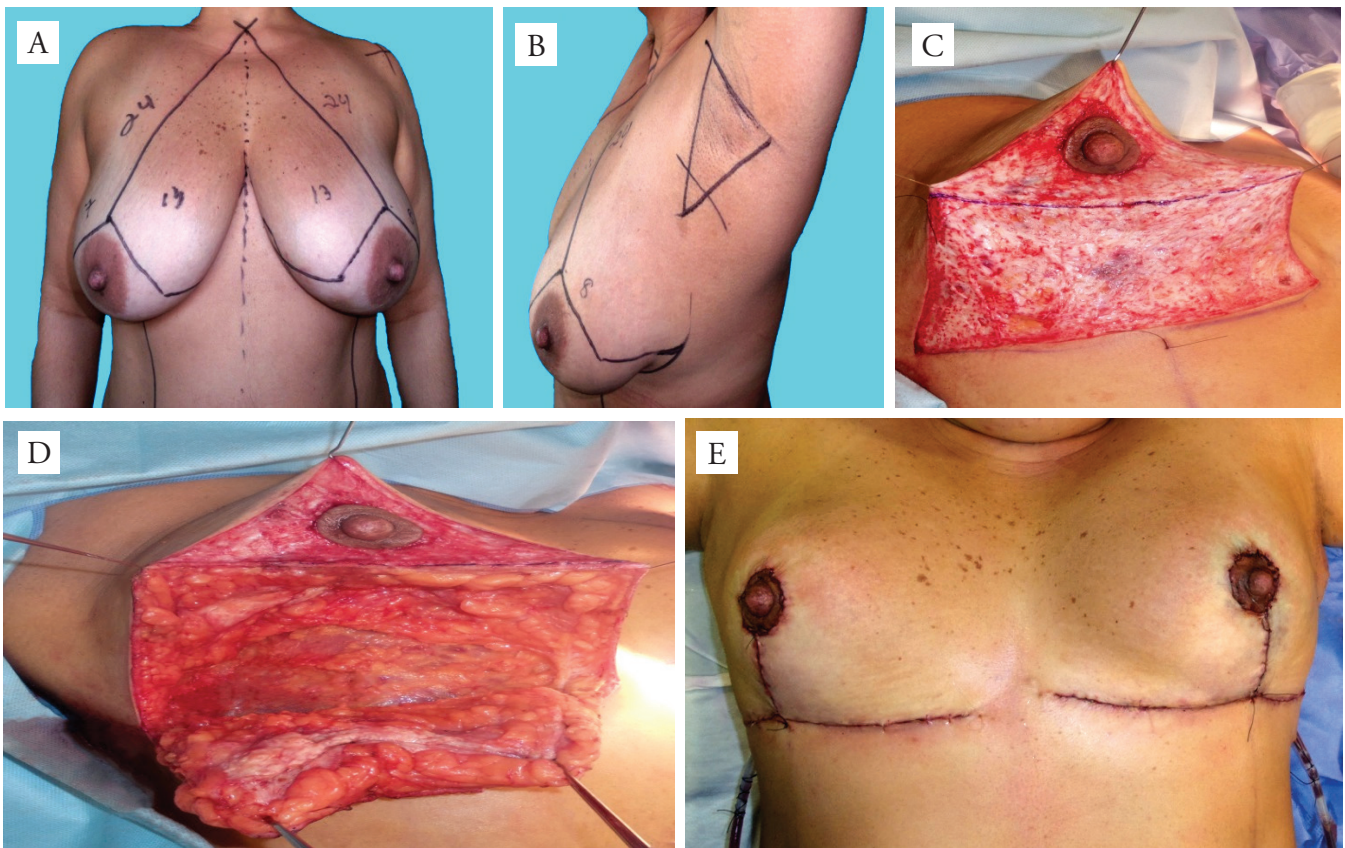


Figura 2. (A) Desenho pré-operatório; (B) marcação da axila para pesquisa de linfonodo sentinela; (C) decorticação da pele; (D) pedículo superior; (E) resultado pós-operatório imediato.

Referências

1. Meira KC, Guimarães RM, Santos J, Cabrelli R. Análise de efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer de mama no Brasil e regiões. *Rev Panam Salud Pública*. 2015;37(6):402-8.
2. Gomes Rodrigues TA, López Ojeda AB, Viñals Viñals JM, Serra Payro JM, Muñoz i Vidal J, Palacin Porté JA, et al. Papel del cirujano plástico en una Unidad de Mama: 20 años de experiencia. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2013;39(2):137-43.
3. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(17):1422-9.
4. Nicholson RM, Leinster S, Sassoon EM. A comparison of the cosmetic and psychological outcome of breast reconstruction, breast conserving surgery and mastectomy without reconstruction. *Breast*. 2007;16(4):396-410.
5. Veronesi U, Marubini E, Del Vecchio M, Manzari A, Andreola S, Greco M, et al. Local recurrences and distant metastases after conservative breast cancer treatments: partly independent events. *J Natl Cancer Inst*. 1995;87(1):19-27.
6. Fisher ER, Anderson S, Tan-Chiu E, Fisher B, Eaton L, Wolmark N. Fifteen-year prognostic discriminants for invasive breast carcinoma: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol-06. *Cancer*. 2001;91(8 Suppl):1679-87.
7. Colín SP. La cirugía oncoplástica en cáncer de mama. *Rev Mex Mastologia*. 2014;4(2):45-51.
8. Morrow M, Harris JR, Schnitt SJ. Surgical margins in lumpectomy for breast cancer – bigger is not better. *N Engl J M*. 2012;367(1):79-82.
9. Acosta-Marín V, Acosta-Freites V. Oncoplastia para el cirujano mastólogo. Conceptos básicos y revisión de las técnicas. Parte I. *Ver Venez Cir*. 2011;64(3):106- 12.
10. Urban C, Freitas-Junior R, Zucca-Matthes G, Biazús JV, Brenelli FP, Pires DM, et al. Cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama: Reunião de Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia. *Rev Bras Mastologia*. 2015;25(4):118-24.
11. Staub G, Fitoussi A, Falcou MC, Salmon RJ. [Breast cancer surgery: use of mammoplasty. Results. Series of 298 cases]. *Ann Chir Plast Esthet*. 2008;53(2):124-34.
12. Gomes RS. Mastopexia com retalho de pedículo superior e implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást*. 2008;23(4):241-7.
13. Zucca-Matthes G. Cirurgia Oncoplástica da Mama. *Onc*. 2013;36-9.
14. Hamdi M, Hammond DC, Nahai F (Eds.). *Vertical Scar Mammoplasty*. New York: Springer; 2005.
15. Fitzal F, Schrenk P (Eds.). *Oncoplastic Breast Surgery – A Guide to Clinical Practice*. In: *Reconstruction of Partial Mastectomy Defects: Superior Pedicle Reduction Mammoplasty* Schrenk. New York: Springer; 2010. p. 45-52.
16. Biazús JV, Melo MP, Zucatto AE. Cirurgia da mama. 2 ed. In: *Mamoplastia oncológica*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 201-13.
17. Ribeiro R. Pedículos em mamoplastia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Pedículo II. p. 51-62.
18. Munhoz AM, Montag E, Arruda EG, Aldrighi C, Gemperli R, Aldrighi JM, et al. Critical analysis of reduction mammoplasty techniques in combination with conservative breast surgery for early breast cancer treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(4):1091-103.
19. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg*. 2003;237(1):26-34.
20. Almeida Jr GL, Macedo JL, Borges SZ, Souza AO, Henriques FA, Suschino CM, et al. Reconstrução mamária imediata após cirurgia conservadora do câncer de mama. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2007;22(1):10-8.