



Complicações da reconstrução imediata da mama após mastectomia total com uso de prótese cônica e não cônica

Complications of immediate breast reconstruction after total mastectomy using conical and non-conical prostheses

ROGÉRIO DE OLIVEIRA RIBEIRO ^{1*}
SALUSTIANO GOMES DE PINHO
PESSOA ¹

■ RESUMO

Introdução: No biênio 2016-2017 foram estimados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) aproximadamente 2.160 casos novos de câncer para o estado do Ceará e 57.960 casos novos para cada 100.000 mulheres no Brasil. A reconstrução mamária com implante de material aloplástico apresenta complicações cirúrgicas precoces e tardias que são direta ou indiretamente relacionadas à técnica cirúrgica utilizada para a realização da mastectomia e a implantação do material sintético. O presente estudo tem por objetivo analisar as complicações encontradas em um grupo de pacientes submetidas à reconstrução mamária imediata com uso de prótese cônica e não cônica. **Métodos:** Corresponde a um estudo de coorte transversal, retrospectivo, observacional com análise de prontuário de pacientes que foram submetidos à mastectomia total poupadora de pele com reconstrução imediata da mama com o uso de prótese cônica e não cônica, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018, realizada pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do HUWC da Universidade Federal do Ceará.

Resultados: As complicações ocorreram em 13 (54,1%). A prótese que apresentou o maior número de complicações foi a de formato cônico, com complicações em 7 (63,6%) pacientes, enquanto somente 6 (46,1%) pacientes com prótese de formato não cônica apresentaram complicações. **Conclusão:** O nosso estudo mostrou maior frequência de complicações com o uso de próteses cônicas em relação à não cônica devido principalmente à formação de uma área de sofrimento na ponta da prótese cônica que resultou em extrusão das mesmas.

Descritores: Mamoplastia; Implantes de mama; Neoplasias da mama; Procedimentos cirúrgicos reconstructivos; Mama.

Instituição: Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Artigo submetido: 5/8/2018.
Artigo aceito: 4/10/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0166

¹ Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: In the biennium 2016-2017, approximately 2,160 new cancer cases were identified by the Brazilian National Cancer Institute (Instituto Nacional do Câncer; INCA) for the state of Ceará and 57,960 new cases for every 100,000 women in Brazil. Breast reconstruction with alloplastic implants presents early and late surgical complications directly or indirectly related to the surgical technique used to perform mastectomy and implantation of the synthetic material. This study aimed to analyze the complications found in a group of patients submitted for immediate breast reconstruction using conical and non-conical prostheses. **Methods:** This is a cross-sectional, retrospective, observational cohort study that analyzed the medical records of patients who underwent skin-sparing total mastectomy with immediate breast reconstruction using conical and non-conical prostheses, performed by the Plastic Surgery and Reconstructive Microsurgery Service at the HUWC of the Federal University of Ceará from January 2016 to 2018. **Results:** A total of 13 (54.1%) patients presented with complications. The conical prostheses showed the highest number of complications, i.e., 7 (63.6%) patients, whereas only 6 (46.1%) patients with non-conical prostheses had complications. **Conclusion:** Our study showed a higher frequency of complications with the use of conical prostheses when compared to non-conical prostheses, mainly due to the formation of a sore area at the tip of the conical prosthesis that resulted in extrusion.

Keywords: Mammoplasty; Breast implants; Breast neoplasms; Reconstructive surgical procedures; Breast.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a malignidade não cutânea mais comum entre as mulheres no mundo, sendo responsável por cerca de 28% de novos casos de tumores malignos a cada ano no Brasil. No biênio 2016-2017 foram estimados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) aproximadamente 2.160 casos novos para o estado do Ceará e 57.960 casos novos de câncer de mama para cada 100.000 mulheres no Brasil¹.

As mamas constituem um dos mais eloquentes símbolos da sexualidade feminina, compondo elementos de adorno do corpo feminino e qualquer situação que comprometa a sua estrutura traz sérias consequências ao bem-estar físico e psicológico das pacientes.

A alta incidência do câncer de mama e a importância da mama para garantir uma boa qualidade de vida às pacientes vitimadas por esta doença fizeram com que a reconstrução da mama após mastectomia fosse parte integrante do plano terapêutico oncológico.

Em 1894, William Halsted publicou nos Estados Unidos a técnica conhecida nos dias de hoje como mastectomia radical clássica, que se baseia na retirada total da mama com adequada margem de segurança de

pele e tecido subcutâneo adjacente, em monobloco, com a remoção dos músculos peitoral maior, menor e tecido adiposo da região, onde estão contidos os linfonodos da cadeia axilar². Esta técnica, porém, comprometia em grande escala a reconstrução mamária em decorrência da não preservação de pele.

Com o passar dos anos, surgiram outras técnicas mais conservadoras como a preconizada por Patey, que preserva o músculo peitoral maior, e a técnica de Madden, que preserva ambos os músculos peitorais.

Seguindo a ideia de mastectomias progressivamente mais conservadoras chegamos à mastectomia poupadora de pele, que pode preservar ou não o complexo areolopapilar (CAP) e que surgiu como um procedimento que trouxe melhor qualidade à mama reconstruída, permitindo a utilização de técnicas não menos complexas, mas menos debilitantes de reconstrução, por meio de implantes com material aloplástico. A preservação do envelope de pele da mama fornece uma satisfatória tonalidade de cor, textura e contorno para a mama reconstruída, seja com expansor tecidual, implante aloplástico, lipoenxertia ou retalhos desepidermizados².

A utilização de implantes protéticos para a reconstrução da mama começou no início dos anos 60 com implantes preenchidos por gel de silicone. Com o passar dos anos, a tecnologia e as técnicas cirúrgicas dos implantes evoluíram, resultando em uma melhora da qualidade da mama reconstruída³.

Os implantes de material aloplástico podem ser classificados quanto à forma (redondo, natural, anatômico e cônico), quanto à textura (liso, texturizado e revestido de espuma de poliuretano) e quanto à projeção (alto, extra alto, moderado e baixo)⁴. A escolha do implante é fundamental para o formato normal e natural, proporcionando mais feminilidade ao tórax.

A reconstrução mamária com implante de material aloplástico apresenta complicações cirúrgicas precoces e tardias que são direta ou indiretamente relacionadas à técnica cirúrgica utilizada para a realização da mastectomia e a implantação do material sintético.

OBJETIVO

O presente estudo tem por objetivo analisar as complicações encontradas em um grupo de pacientes submetidas à reconstrução mamária imediata com uso de prótese cônica e não cônica realizadas no nosso serviço no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018.

MÉTODOS

Corresponde a um estudo de coorte transversal, retrospectivo e observacional com análise de prontuário de pacientes que foram submetidos à mastectomia total poupadora de pele, por câncer de mama, com reconstrução imediata da mama com o uso de prótese cônica, extra alta e revestida de poliuretano e não cônica, no período de janeiro de 2016 a janeiro de 2018, realizada pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, CE.

Foram incluídas as pacientes que mantiveram um seguimento ambulatorial de no mínimo 6 meses e cuja reconstrução não necessitou de retalhos de pele local ou a distância e como critérios de exclusão foram considerados as pacientes que mantiveram segmento ambulatorial menor que 6 meses ou que fizeram uso de retalho local ou a distância para a reconstrução da mama.

Todos os implantes mamários foram colocados em posição submuscular, com confecção da loja utilizando o músculo peitoral maior e o músculo serrátil anterior, seguido de sutura muscular para aproximação das bordas após a colocação da prótese e o procedimento finalizado através da drenagem da região subcutânea

com dreno de sucção a vácuo com retirada do dreno após o débito diário menor ou igual a 30 ml de secreção sero-hemática.

RESULTADOS

A média de idade foi de 47,1 anos, com idade mínima de 27 e máxima de 71 anos. A reconstrução mamária imediata total com uso de prótese direta, após mastectomia, por câncer de mama, foi realizada em 24 pacientes, sendo 13 (54,2%) reconstruções realizadas com próteses de formato não cônico e 11 (45,8%) reconstruções realizadas com próteses de formato cônico. A preservação do complexo areolopapilar (CAP) foi possível em 8 (72,7%) pacientes com uso de prótese cônica e 8 (61,5%) pacientes com uso de prótese não cônica, enquanto que não foi possível preservar o CAP em 3 (27,3%) pacientes com uso de prótese cônica e 5 (38,5%) pacientes com uso de prótese não cônica (Figura 1).

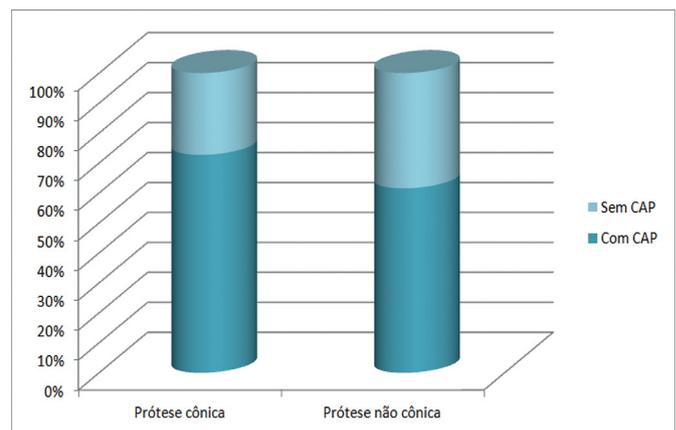


Figura 1. Proporção das próteses cônicas e não cônicas na reconstrução total da mama na casuística analisada e a relação com a preservação do complexo areolopapilar (CAP).

Em relação ao lado reconstruído, 12 procedimentos foram realizados em mama direita e 12 procedimentos foram realizados em mama esquerda.

As complicações ocorreram em 13 (54,1%) pacientes. A complicação mais frequente foi a contratura capsular, que ocorreu em 6 (25%) (Figura 2). Nas pacientes com próteses cônicas, observamos 3 contraturas capsulares, 2 distopias de CAP (Figura 3) e 2 sofrimentos de retalho com formação de um halo hiperemiado (Figura 4), semelhante a uma úlcera de pressão, sobre a ponta da prótese cônica, que evoluíram para extrusão (Figura 5) e retirada da prótese. Nas pacientes com próteses não cônicas foram identificadas 3 contraturas capsulares e 3 distopias de CAP (Figura 6).



Figura 2. Contratura capsular. Fonte: Elaborada pelo autor.

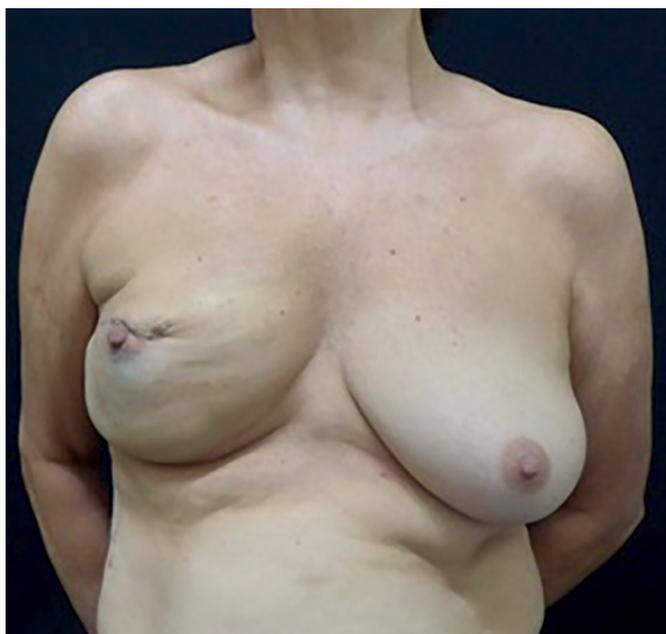


Figura 3. Distopia de complexo areolopapilar (CAP). Fonte: Elaborada pelo autor.

Não houve nenhum caso de infecção ou de óbito neste grupo de pacientes estudadas. Em relação à preservação do CAP, 8 (50%) pacientes que tiveram o CAP preservado apresentaram complicações, enquanto 5 (62,5%) pacientes que não tiveram o CAP preservados apresentaram complicações.

Não houve diferença na frequência de complicações entre as mamas direita e esquerda, pois ambas apresentaram incidência de 50% de complicações. A prótese que apresentou o maior número de complicações foi a de formato cônico, com



Figura 4. Halo hiperemiado da ponta da prótese cônica. Fonte: Elaborada pelo autor.



Figura 5. Extrusão da prótese. Fonte: Elaborada pelo autor.

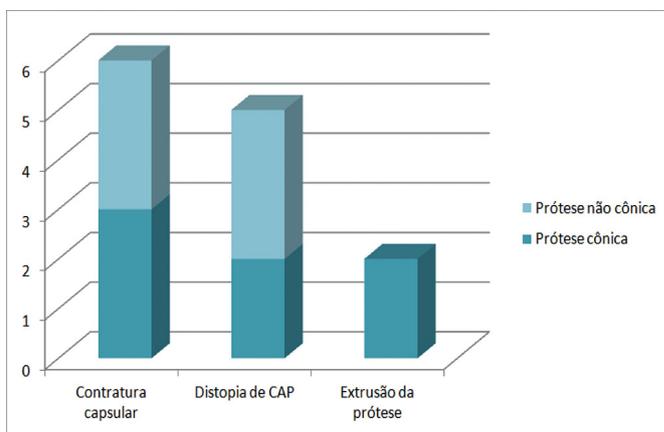


Figura 6. Frequência dos tipos de complicações de reconstrução total e imediata da mama na casuística analisada e a relação com a utilização de prótese cônica e não cônica.

complicações em 7 (63,6%) pacientes, enquanto somente 6 (46,1%) pacientes com prótese de formato não cônica apresentaram complicações. (Figura 7). Em 6 pacientes submetidos à radioterapia, 2 (33,3%) tiveram como complicação a contratura capsular, enquanto que entre os 18 que não foram submetidos à radioterapia 4 (22,2%) apresentaram contratura capsular.

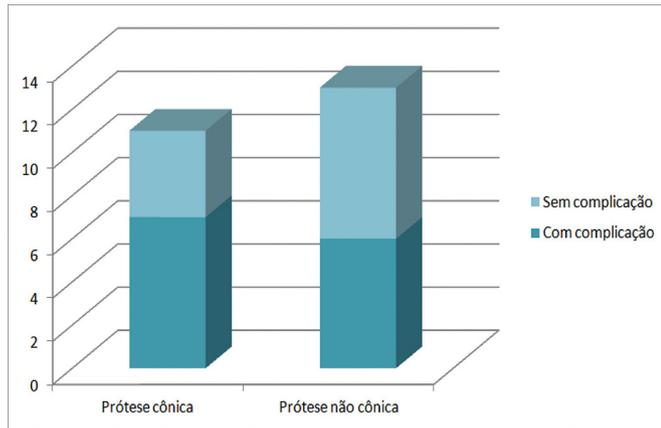


Figura 7. Frequência do uso de prótese cônica e não cônica na reconstrução imediata e total da mama na casuística analisada e a relação com a frequência de complicações.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, a reconstrução mamária no tratamento do câncer de mama vem se tornando essencial para as pacientes mastectomizadas devido aos comprovados benefícios psicológicos e físicos, já que permite o mais breve retorno ao convívio social, além de melhora da imunidade, contribuindo, desta forma, para um prognóstico mais favorável das pacientes^{5,6}.

A escolha do formato da prótese influencia diretamente no formato da mama reconstruída, permitindo melhor projeção superomedial em próteses redondas, melhor projeção anterior em próteses cônicas e aspecto mais natural em próteses anatômicas para mamas mais hipotróficas.

Em nosso estudo, as complicações com uso de material aloplástico foram de 54,1%, superiores à maioria dos serviços de reconstrução de mama, nos quais as suas incidências variaram de 30% a 43%^{7,8}.

A complicação mais frequente identificada foi a contratura capsular, que ocorreu em 6 pacientes (25%), incidência semelhante à literatura pesquisada, que apresenta incidência de 0,5 a 30%^{9,10}.

A complicação mais grave identificada foi a extrusão da prótese que necessitou da retirada da mesma, apresentada em 2 pacientes que fizeram uso da prótese de formato cônico, representando 18,1% dos pacientes. Esta incidência foi superior ao descrito na literatura estudada, com incidência de 1,2% a 5,3%, e, superior ao

uso de prótese não cônica, em que não houve nenhum caso de extrusão da prótese¹¹.

Foi observado ainda que as extrusões que ocorreram nas próteses de formato cônico evoluíram inicialmente de uma área de sofrimento (halo hiperemiado local) formada no retalho miocutâneo que ficava sobre a ponta destas próteses cônicas, semelhante às úlceras de pressão (Figuras 4 e 5).

CONCLUSÃO

A reconstrução imediata da mama com prótese de silicone é uma excelente opção para pacientes selecionadas, visto a baixa complexidade do procedimento e baixo tempo cirúrgico, porém, a gravidade da doença, associada à experiência do mastologista que realiza a mastectomia e a espessura do retalho cutâneo, podem deixar a cobertura cutânea da prótese fragilizada, facilitando a extrusão.

O nosso estudo mostrou maior frequência de complicações na reconstrução imediata da mama com uso de próteses cônica e não cônica quando não há preservação do CAP e quando a paciente é submetida à radioterapia e maior frequência de complicações com o uso de próteses cônicas em relação à não cônica, devido principalmente à formação de uma área de sofrimento na ponta da prótese cônica que resultou em extrusão das mesmas.

COLABORAÇÕES

- ROR** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aquisição de financiamento; coleta de dados; concepção e desenho do estudo; gerenciamento de recursos; investigação; metodologia; redação - preparação do original.
- SGPP** Aprovação final do manuscrito; conceitualização; gerenciamento do projeto; redação - revisão e edição; supervisão; visualização.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: Incidência de Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016. [acesso 2018 Mar 12]. Disponível em: <http://santacasadermatoazulay.com.br/wp-content/uploads/2017/06/estimativa-2016-v11.pdf>
2. Mélega JM. Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte: Princípios Gerais. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
3. Grabb WC, Smith JW. Cirurgia Plástica. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Pitanguy I. Cirurgia Plástica: Uma visão de sua amplitude. 1a ed. São Paulo: Atheneu; 2016.
5. Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo I Jr, Balbino PF, Caetano LV, et al. Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125(3):811-7.

6. Bellino S, Fenocchio M, Zizza M, Rocca G, Bogetti P, Bogetto F. Quality of life of patients who undergo breast reconstruction after mastectomy: effects of personality characteristics. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):10-7.
7. Almeida Júnior GL, Macedo JLS, Borges SZ, Souza AO, Henriques FAM, Suschino CMH, et al. Reconstrução mamária imediata após cirurgia conservadora do câncer de mama. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2007;22(1):10-8.
8. Bronz G, Bronz L. Breast reconstruction with skin-expander and silicone prostheses: 15 years' experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2002;26(3):215-8.
9. D'Alessandro GS, Povedano A, Santos LKIL, Santos RA, Góes JCS. Reconstrução mamária imediata com retalho do músculo grande dorsal e retalho de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2015;30(2):163-71.
10. Mathes SJ, Hentz VR. *Plastic surgery.* 2a ed. Philadelphia: Saunders; 2006. p. 26-33.
11. Farah AB, Nahas FX, Mendes JA. Reconstrução mamária em dois estágios com expansores de tecido e implantes de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2015;30(2):172-81.

***Autor correspondente:**

Rogério de Oliveira Ribeiro

Rua Odilardo Silva, nº 81 - Lagunho - Macapá, AP, Brasil

CEP: 68908-182

E-mail: roimed@yahoo.com.br