

Reconstrução mamária com uso de TRAM pós mastectomia radical: um relato de caso.

PAULO HENRIQUE PACHECO DARIO¹; MAURÍCIO ANDERSON BRUM²;
PEDRO HENRIQUE BARAZZETTI²; FERNANDO PASSOS DA ROCHA³

¹*Universidade Federal de Pelotas – paulodario@icloud.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – maureecio@icloud.com; barazzetti_ph@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – fprocha.sul@terra.com.br*

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo mais comum de câncer na mulher (SISMAMA, 2010¹), sendo a mastectomia radical uma das terapias utilizadas. O objetivo deste é relatar um caso em que, na presença de neoplasia mamária e, posterior à mastectomia radical, foi utilizada a técnica de reconstrução mamária com retalho transverso de músculo reto abdominal (TRAM). A reconstrução autóloga da mama, por reciciar uma mama natural e simétrica, é uma opção que ajuda na recuperação da auto-estima e no sentimento de bem estar (INOCENTI, 2016²). Em casos onde se optou pela mastectomia radical, o uso de retalho TRAM mostrou-se como uma opção viável. A aplicação de retalho transverso de músculo reto abdominal na reconstrução de mama apresenta bons favoráveis.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital Escola - Ufpel localizado R. Prof. Dr. Araújo, 538 Mal - Centro, Pelotas – RS. Em um primeiro momento, foi feita uma revisão de prontuário da paciente para relato de caso, além da entrevista com a paciente. Em seguida, iniciou-se uma pesquisa bibliográfica da literatura nacional e internacional, abrangendo relatos de caso, estudo de casos, artigos de revisão, artigos originais e metanálises publicados nos últimos anos. A pesquisa foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2017. Os artigos foram obtidos nas bases de dados: SciELO - Scientific Electronic Library Online (<http://www.scielo.org>), LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do sexo feminino, 62 anos, apresentou diagnóstico confirmado através de análise anatomo-patológica de carcinoma ductal invasivo sendo optado primeiramente pela equipe médica a realização de uma setorectomia em mama esquerda. Devido a recidiva do quadro em momento posterior, a equipe responsável pela mastologia cursou com mastectomia radical. A paciente então, foi encaminhada para o ambulatório de cirurgia plástica da faculdade de medicina da Universidade Federal de Pelotas para reconstrução mamária.

A avaliação da equipe de cirurgia plástica optou pelo uso da técnica de TRAM devido ao resultado estético favorável amplamente documentado na literatura. (MUNHOZ, 2002⁵). Nessa técnica, descrita por Hartrampf (PEAR, 2006³), utiliza-se o retalho músculo-cutâneo transverso do reto abdominal, na qual

pele, gordura e músculo do abdome serão transpostos por um túnel para o local onde estava a mama. Ponto fundamental para escolha dessa técnica é que a paciente não seja muito magra, ou seja, é necessário a presença de tecido gorduroso abdominal sobressalente para que haja volume suficiente para a reconstrução da nova mama.

A reconstrução da parede abdominal foi realizada com fechamento direto da aponeurose acima da cicatriz umbilical e aposição e sutura de tela de polipropileno na área infraumbilical paramediana. Pós procedimento foi feito drenagem ativa nas áreas doadora e receptora. O tempo médio de internação foi de 2 dias. O tempo cirúrgico foi de 3 horas e 30 minutos.

A equipe prescreveu profilaxia para trombose venosa, seguindo protocolo da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV, 2005⁴) e antibioticoprofilaxia com cefalosporina de 2^a geração (endovenosa) por dois dias, seguido por cefalosporina de 1^a geração (oral) até a retirada do dreno.

Optou-se pelo uso de modelador abdominal e mamário pós-cirúrgico contínuo por 30 dias, complementados com uso apenas diário por mais 60 dias.

A reconstrução mamária evoluiu significativamente desde seus primeiros relatos e atualmente dispomos de um extenso arsenal de técnicas que incluem novos retalhos de tecido autólogo, como o TRAM. Assim, o objetivo principal - que inicialmente era apenas reconstruir o cone mamário - voltou-se para a reconstrução da mama o mais natural possível e mais similar à mama contralateral (MUNHOZ, 2002⁵).

Além disso, houve um aumento significativo na incidência de reconstrução mamária imediata nos últimos 10 anos, tendo crescido de 20% para 31,8%, segundo relato de Nelson et al⁶. Apesar de haver publicações que associam tal tipo de reconstrução com maior incidência de complicações e readmissão hospitalar, em amplo e generalizado estudo, concluíram que estas desvantagens estão associadas apenas a pacientes obesas e tabagistas.

A reconstrução mamária autóloga frequentemente provê um resultado estético mais favorável que outras opções de reconstrução. Apesar do advento da microcirurgia, avanços em cirurgias de retalhos perfurantes e aumento na complexidade dos procedimentos, o retalho TRAM pediculado ainda é um dos métodos mais comuns de reconstrução autóloga realizados até hoje (HAMMOND, 2007⁷).

As vantagens da reconstrução com TRAM são a criação do volume mamário em uma etapa cirúrgica, criando uma mama macia e naturalmente ptosada, com maior controle sobre a simetria com a mama contralateral e os benefícios estéticos na área doadora abdominal (NELSON, 2011⁶). No caso, a ferida operatória da área receptora evolui satisfatoriamente sem intercorrências, porém, como já esperado, a área doadora necessitou de drenagem linfática por 72 horas.

Em estudo publicado (MICHY, 2007⁸) mostrou que na análise das complicações entre os grupos mostra uma incidência maior de efeitos adversos (pequenas deiscências e liponecroses) em TRAM do que em grande dorsal, mas quando houve complicações no grande dorsal, por menor que fosse a deiscência, houve perda do implante, com evidente prejuízo estético da reconstrução. Há a necessidade, portanto, de se avaliar bem a condição da pele remanescente ao final da mastectomia e debridar toda a área que tenha vascularização não confiável, para evitar ao máximo a necrose no pós-operatório (MICHY, 2007⁸).

Uma grande vantagem da reconstrução com tecido autólogo é que o efeito deletério da radioterapia aplicada seja antes ou após a reconstrução tem menor

impacto sobre o efeito estético final da mama reconstruída. (MICHY, 2007⁸)

4. CONCLUSÕES

A reconstrução mamária com tecido autólogo pela técnica de TRAM fornece ao cirurgião plástico um método consistente e confiável de reconstrução mamária, com resultados estéticos satisfatórios e com baixa morbidade para os pacientes selecionados para a técnica.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 INCA. **SISMAMA**. Rio de Janeiro, 2010. Acessado em 20 de set. 2017. Online. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf>
- 2 Inocenti, A, Santos MA, Loyola EAC, Magalhães PAP, Panobianco MS. REPERCUSSÃO DOS EFEITOS DA CIRURGIA RECONSTRUTORA NA VIDA DE MULHERES COM NEOPLASIAS DA MAMA. **Texto Contexto Enferm**, Brasil, 25(2):e4520014; 2016.
- 3 pear SL, ed. **Surgery of the Breast Principles and Art**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- 4 SBACV. Normas de orientação clínica para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da trombose venosa profunda. **J Vasc Br**. 4(Supl.3):S205-20; 2005.
- 5 Munhoz AM, Duarte GG, Sacramento M, Cherotto A, Gemperli R, Pinotti M, et al. Reconstrução mamária pós-mastectomia com tecido autógeno: avaliação comparativa de resultados e complicações. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 13(2):60-6; 2002.
- 6 Nelson JA, Fischer JP, Chung C, Wu LC, Serletti JM, Kovach SJ. Risk of readmission following immediate breast reconstruction: results from the 2011 American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program data sets. **Plast Reconstr Surg**. 2014;134(2):193e-201e. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000000319>
- 7 Hammond DC. Latissimus dorsi flap breast reconstruction. **Clin Plast Surg**. 34(1):75-82; 2007.
- 8 Michy T, Gimbergues P, Le Bouëdec G, Dauplat J. What surgical procedure for immediate breast reconstruction after preoperative radiotherapy and chemotherapy. **J Chir. Paris**. 144(6):511-5; 2007.