

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS MASTECTOMIA: REVISÃO LITERÁRIA DO USO DE RETALHO MIOCUTÂNEO TRANSVERSO DO RETO ABDOMINAL, RETALHO DO MÚSCULO GRANDE DORSAL E TÉCNICAS ALOPLÁSTICAS

BREAST RECONSTRUCTION AFTER MASTECTOMY: A LITERATURE REVIEW ON THE USE OF TRANSVERSE RECTUS ABDOMINIS MYOCUTANEOUS FLAP, LATISSIMUS DORSI MUSCLE FLAP, AND ALLOPLASTIC TECHNIQUES

Michelle Leonor Velloso Possal¹
Carolina de Oliveira Silva²
Luís Felipe Maatz³

RESUMO

Este estudo aborda a reconstrução mamária após mastectomia, uma abordagem crucial, dado que o câncer de mama é a principal causa de morte entre mulheres de 20 a 50 anos. A pesquisa visa realizar uma revisão da literatura sobre as técnicas de reconstrução mamária utilizando retalhos autólogos, como o músculo reto abdominal e a musculatura do grande dorsal, além de técnicas aloplásticas. A escolha da técnica de reconstrução depende de diversos fatores individuais de cada paciente, bem como da preferência e habilidade do cirurgião. O objetivo do estudo é avaliar as vantagens e desvantagens dessas técnicas, destacando a importância de uma escolha personalizada para cada paciente. A justificativa para a pesquisa reside na necessidade de entender melhor como as diferentes abordagens de reconstrução podem atender às necessidades específicas de pacientes em diferentes perfis, contribuindo para decisões mais informadas e melhores resultados estéticos e funcionais. A metodologia envolveu uma revisão sistemática de artigos disponíveis na base de dados PUBMED, utilizando critérios de busca específicos que incluíam termos relacionados a "reconstrução mamária", "retalho do músculo reto abdominal", "baseado em abdômen" e "aloplástica". Apenas artigos publicados nos últimos doze anos que discutiam as vantagens e desvantagens das técnicas foram incluídos. A busca inicial, realizada

¹ Médica - Formada em Área Cirúrgica Básica pela Faculdade de Medicina de Jundiaí. Contato: michellevelloso@hotmail.com

² Médica - Formada em Área Cirúrgica Básica pela Faculdade de Medicina de Jundiaí. Contato: dracarolinacrema@gmail.com

³ Médico - Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Contato: drmaatz@drmaatz.com.br

em novembro de 2021, identificou 61 artigos, dos quais 46 foram excluídos após a análise de títulos e resumos, resultando em 15 artigos revisados. Os resultados indicam que a escolha do método de reconstrução deve ser altamente individualizada, considerando que cada técnica apresenta um perfil de paciente ideal, com vantagens e desvantagens próprias. O estudo reforça a importância da relação médico-paciente para uma compreensão completa das expectativas da paciente e da avaliação criteriosa das indicações de cada técnica, incluindo possíveis complicações, visando sempre a melhor escolha personalizada para a paciente.

Palavras-chave: Técnicas aloplásticas; Cirurgia reconstrutora; Câncer de mama; Cirurgia oncoplástica de mama; Retalho cirúrgico.

ABSTRACT

This study addresses breast reconstruction after mastectomy, a crucial approach given that breast cancer is the leading cause of death among women aged 20 to 50. The research aims to conduct a literature review on breast reconstruction techniques using autologous flaps, such as the rectus abdominis muscle and latissimus dorsi muscle, as well as alloplastic techniques. The choice of reconstruction technique depends on various individual factors of each patient, as well as the preference and skill of the surgeon. The study's objective is to evaluate the advantages and disadvantages of these techniques, highlighting the importance of a personalized choice for each patient. The justification for the research lies in the need to better understand how different reconstruction approaches can meet the specific needs of patients with different profiles, contributing to more informed decisions and better aesthetic and functional outcomes. The methodology involved a systematic review of articles available in the PUBMED database, using specific search criteria that included terms related to "breast reconstruction," "rectus abdominis muscle flap," "abdominal-based," and "alloplastic." Only articles published in the last twelve years that discussed the advantages and disadvantages of the techniques were included. The initial search, conducted in November 2021, identified 61 articles, of which 46 were excluded after analyzing titles and abstracts, resulting in 15 articles reviewed. The results indicate that the choice of reconstruction method must be highly individualized, considering that each technique has an ideal patient profile, with its own advantages and disadvantages. The study reinforces the importance of the physician-patient relationship for a comprehensive understanding of the patient's expectations and a careful assessment of each technique's indications, including possible complications, always aiming for the best personalized choice for the patient.

Keywords: Alloplastic techniques; Reconstructive surgery; Breast cancer; Oncoplastic breast surgery; Surgical flap.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo mais comum de câncer feminino em populações ocidentais, afetando cerca de 12,5% das mulheres. Além de ser um dos cânceres mais frequentemente diagnosticados, é a quinta principal causa de mortes relacionadas ao câncer, com um número estimado de 2,3 milhões de novos casos em 2020 (1,2). No Brasil, excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres de todas as regiões, com taxas mais altas nas regiões Sul e Sudeste. Para o ano de 2021, foram estimados 66.280 novos casos, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 43,74 casos por 100 mil mulheres (4). Segundo um levantamento realizado por Matos et al. (5), que investigou o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama entre 2015 e 2020, com base nos registros do DATASUS, foram identificados 199.862 casos no período, sendo 98,7% em mulheres com idades entre 50 e 59 anos. A incidência anual da doença vem aumentando ao longo dos anos. Apesar disso, a taxa de sobrevivência está aumentando para até 90% em todos os estágios do câncer de mama, visto que a taxa de mortalidade caiu 40% de 1989 a 2016 (3).

O tratamento cirúrgico e adjuvante do câncer de mama pode contribuir para o desenvolvimento do chamado "complexo de meia mulher", caracterizado pela redução da autoestima e do senso de competência, além do surgimento de transtornos depressivos e dificuldades em aceitar a mudança das condições físicas. O medo de retornar à atividade sexual também é um problema importante nesse grupo de pacientes, visto que as mamas, especialmente na cultura ocidental, são vistas como atributos da feminilidade e maternidade. Portanto, a autopercepção negativa de um corpo alterado e o medo da rejeição pelo parceiro podem estar no cerne da disfunção sexual. A interrupção da integridade física do corpo feminino frequentemente contribui para a disfunção sexual, mesmo muitos anos após a mastectomia (6).

Um estudo qualitativo de caráter exploratório sobre qualidade de vida e autoestima, que comparou dois grupos de pacientes mastectomizadas — um de pacientes sem reconstrução mamária e outro de pacientes reconstruídas — concluiu que a função emocional, considerada um elemento fundamental para a qualidade de vida e a autoestima, apresenta uma média pior no

grupo de pacientes que haviam sido submetidas somente à mastectomia em relação ao grupo que passou pela reconstrução da mama. A pesquisa revela que mulheres que ainda não passaram pela reconstrução mamária apresentam maior fragilidade emocional (7).

Nas últimas décadas, houve uma evolução importante na detecção e no entendimento do carcinoma mamário, com diagnósticos cada vez mais precoces. Esses fatores acarretaram um aumento no número de mastectomias menos agressivas, como as mastectomias poupadoras de pele e do complexo aréolo-papilar (CAP), capazes de proporcionar melhor formato nas mamas reconstruídas, com diminuição da morbidade cirúrgica e resultados terapêuticos semelhantes aos da mastectomia radical clássica. Além disso, houve um aumento nas reconstruções mamárias imediatas, que proporcionam menores índices de fibrose, retração e atrofia tecidual (8). A reconstrução imediata é realizada no mesmo momento que a mastectomia. As candidatas ideais ao procedimento são aquelas com bom estado de saúde, com câncer de mama de baixo grau e com menor chance de necessitar de radioterapia adjuvante. Apesar de levar a um maior tempo cirúrgico, com maior período de convalescência, o procedimento contribui para a preservação de tecidos, reduz o número de cirurgias totais, além de oferecer benefícios psicossociais (9).

O tratamento para o câncer de mama deve ser individualizado para cada paciente, dependendo do estágio da doença (10). Assim, as decisões relacionadas à cirurgia de câncer de mama são altamente sensíveis às preferências e normalmente devem ser discutidas entre a paciente e o cirurgião oncológico, considerando os efeitos adversos físicos e emocionais do tratamento cirúrgico, especialmente relacionados a possíveis complicações, duração da recuperação e, essencialmente, à aparência da mulher após a cirurgia. Quando possível, a paciente deve também ser encaminhada a um cirurgião plástico para discutir opções reconstrutivas antes de suas mastectomias programadas, a fim de planejar o tratamento adequado e opções reconstrutivas individualizadas (9,11).

Como terapia adicional, a radioterapia adjuvante à mastectomia é frequentemente realizada, a fim de aumentar o controle local, a sobrevida livre de doença e a sobrevida global. Apesar da melhora dos resultados oncológicos, a radioterapia adjuvante em mulheres com câncer de mama pode piorar os resultados estéticos com atrofias teciduais e contraturas capsulares e

aumentar o risco de perda da reconstrução mamária. Portanto, o cirurgião plástico deve estar apto a lidar com as consequências deletérias da mesma. Assim, a reconstrução mamária imediata seguida da mastectomia deve ser encorajada devido aos benefícios no bem-estar psicológico, social e sexual, independentemente da idade e das comorbidades (8).

A realidade é que não há contraindicação absoluta para reconstrução mamaria. Na maioria dos casos, no entanto, fatores relacionados a saúde e ao tumor não irá influenciar o tipo e o momento da reconstrução, mas não se a reconstrução é ou não uma opção. Entretanto, conforme as informações dadas pela Sociedade Brasileira de Mastologia, apenas 20% das pacientes submetidas à mastectomia, entre 2008 e 2015, foram submetidas a reconstrução de mama (9).

As opções para reconstrução de mama se dividem entre aloplásticas (reconstruções baseadas em implantes) ou autólogas (baseadas em tecidos). A reconstrução baseada em implantes é atualmente o tipo mais comum de reconstrução mamária realizada na América do Norte. Melhorias substanciais feitas tanto em relação à tecnologia de implante quanto às técnicas permitiram uma reconstrução esteticamente agradável, eficiente e segura na maioria das pacientes com câncer de mama. Da mesma forma, avanços forneceram opções para transferência de tecido de várias áreas do corpo com morbidade mínima na área doadora. Ambas as categorias de reconstrução da mama podem ser realizadas de forma imediata ou tardia (9).

Em termos gerais, reconstrução autóloga é dividida em retalho pediculado e retalho livre. Retalhos pediculados se originam de tecido próximo à mama e usam suprimento de sangue nativo para vascularizar o montículo mamário. São, de modo geral, de mais fácil execução, demandam menor tempo operatório quando comparado aos retalhos livres e têm menor risco de falha total ou parcial da área de retalho. São exemplos: o retalho do músculo grande dorsal e transversal do músculo reto abdominal (TRAM). A reconstrução autóloga envolve uma cirurgia mais longa com o envolvimento da área doadora e receptora, o que pode levar a potencial perda de função devido ao sacrifício do músculo (9,12,13).

Enquanto isso, a reconstrução aloplástica é tradicionalmente realizada em dois estágios, que envolve a inserção de um expansor de tecido abaixo dos músculos peitorais, seguido por troca por implantes. É possível também a inserção diretamente de próteses, o que permite a

reconstrução mamária com a prótese final na hora da mastectomia ou a combinação com procedimentos de retalhos pediculados (9,13).

Diante das informações apresentadas, a proposta desta revisão foi examinar a literatura recente em busca de dados relacionados à reconstrução da mama após mastectomia, utilizando tanto a técnica de retalho autólogo com a musculatura abdominal e do grande dorsal quanto a técnica aloplástica com implante expensor ou prótese. Este trabalho buscou identificar artigos que apresentassem informações relacionadas a modelos preditivos para a utilização das técnicas, recuperação das pacientes, qualidade de vida, sobrevida da área doadora, possíveis complicações de cada método, entre outros assuntos pertinentes à temática. Pretende-se, com esta revisão, fornecer um material compilado, em português, que possa ser consultado por cirurgiões na tomada da melhor decisão clínica frente a um caso de reconstrução mamária após mastectomia.

Com base em uma revisão sistemática da literatura atual, o objetivo deste trabalho é analisar técnicas autólogas, com enfoque nas técnicas de retalhos que utilizam os músculos grande dorsal e reto abdominal, além das técnicas aloplásticas, as indicações da cirurgia oncoplástica da mama e as taxas de complicações, a fim de facilitar a tomada de decisões para a reconstrução mamária e a escolha individualizada da técnica. Trata-se de uma revisão da literatura baseada no método de síntese de evidências. A busca pelos trabalhos foi realizada na base de dados PUBMED. Como critério de inclusão, foi estabelecido que apenas artigos publicados nos últimos doze anos e que efetivamente discutissem as vantagens e desvantagens das técnicas definidas seriam incluídos no estudo.

2. RESULTADOS

A busca dos artigos foi realizada no mês de novembro de 2021, tendo sido obtidos 61 artigos, conforme a seleção descrita.

Após a leitura desses, 46 estudos foram excluídos por não discutirem a técnica de forma adequada. Os 15 artigos restantes foram submetidos a rigorosa revisão e apresentados na seção a seguir, obedecendo a ordem cronológica da data de publicação.

Ao final do trabalho, na seção Conclusão, as concordâncias e divergências dos estudos foram apresentadas.

3. DISCUSSÃO

À medida que as taxas de sobrevivência do câncer de mama aumentam, devido às melhorias no diagnóstico e no tratamento, o foco sobre o câncer de mama deve mudar para incluir a restauração da qualidade de vida do paciente após o câncer. A reconstrução da mama desempenha um papel crucial na restauração da normalidade para essas mulheres, uma vez que estas frequentemente sofrem desafios relacionados à imagem corporal, autoestima e diminuição da qualidade de vida. Tem se mostrado um dos mais importantes determinantes do bem-estar funcional, psicossocial, de saúde a longo prazo e satisfação da paciente em comparação com pacientes que foram submetidas à mastectomia sem reconstrução. Importante ressaltar que mais de 65% das mulheres afetadas têm menos que 65 anos. Portanto, a população afetada compreende mulheres jovens que esperam ao mesmo tempo tratamento para patologia e resultados estéticos (1,8,9).

Antes de decidir sobre a técnica de reconstrução mamária, a decisão sobre qual tipo de mastectomia será realizada é decidida pela equipe de oncologia cirúrgica, em conjunto com equipe de cirurgia plástica. Quando a reconstrução imediata é planejada, a incisão é modificada para preservar o máximo de pele mamária possível, além do planejamento para preservar o complexo aréolo papilar. Portanto, a cirurgia oncoplástica é definida como a escolha de uma cicatriz em região favorável, associada a rearranjo tecidual local para preenchimento de falhas e reconstrução da mama contra lateral, com intuito de alcançar a simetria entre elas (1,8,9).

Embora os métodos de expansão e implante constituam a maioria das reconstruções mamárias atualmente, permanecem vários casos em que o tecido autólogo é preferido, inclusive em pacientes com histórico de radioterapia de feixe externo, reconstruções anteriores baseadas em implantes, envolvimento da parede torácica ou outras circunstâncias em que os tecidos nativos são considerados incapazes de acomodar uma prótese e posterior expansão. Além disso,

alguns pacientes não possuem pele suficiente após a mastectomia, o que descarta sua candidatura à reconstrução baseada em implantes ou expansores; ou seja, faz-se necessário um excesso de tecido saudável na área doadora, para confecção do retalho, e que a paciente não seja obesa e tenha poucas comorbidades (9,12,13).

Muitos pacientes preferem reconstruções autólogas baseadas em tecido pela sensação de naturalidade e pelas vantagens estéticas, incluindo envelhecimento mais natural, ptose e pela responsividade às mudanças no peso corporal, o que gera uma alta satisfação pós-operatória e um resultado duradouro. Ademais, há maior facilidade de alcançar a simetria com a mama contralateral. Apesar das vantagens, é necessário levar em conta que é um procedimento mais desafiador para o cirurgião, que requer maior tempo cirúrgico e que necessita de maior tempo para recuperação da paciente (1,9,12,13).

Em relação aos retalhos pediculados, temos como principais e mais utilizados o retalho miocutâneo transversal do reto abdominal (TRAM) e o retalho musculocutâneo pediculado do músculo grande dorsal (RMGD). Quando o defeito varia de 10% a 30% do volume da mama, uma opção comum é RMGD. O retalho é baseado nesta musculatura, associada à pele sobreposta para preencher defeitos laterais, centrais, inferiores e até mediais. O músculo grande dorsal é separado de suas inserções e rotacionado sob a axila, preservando excelente suprimento de sangue por meio de seu pedículo vascular. Esse retalho deve ter dimensões maiores do que o defeito que necessita preencher, uma vez que a musculatura sofre uma atrofia no pós-operatório, como consequência da deservação cirúrgica e possivelmente da radioterapia usada em conjunto (1).

Segundo Gart et al. (12), em um artigo que incluiu 1079 pacientes submetidas a RMGD da base de dados *American College of Surgeons National Surgical Improvement Program* (ACS-NSQIP), observaram em relação às complicações precoces, 5,7% de reoperações, 3,3% de infecções de sítio operatório, 1,3% de necrose do retalho, 0,6% de deiscência da ferida operatória e 3,2% de complicações clínicas, tais como trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar. Portanto, o uso do retalho da musculatura grande dorsal, além de ser um retalho robusto, com um território de pele conhecido e confiável, apresenta menos complicações do que

todos os outros métodos autólogos, e possui vantagens adicionais, incluindo tempos de recuperação mais rápido, altas taxas de satisfação do paciente e morbidade mínima do local do doador. Quando comparadas ao TRAM, possui menores taxas infecção de sítio operatório e falha de retalho (12).

Como maior complicação do pós operatório, D'Alessandro et al. (8), reiteram ser o seroma na área doadora do músculo grande dorsal. As taxas desta complicação publicadas na literatura variam de 16% a 79%. No entanto, a significância do seroma como uma complicação maior, que necessite de nova intervenção cirúrgica, é baixa.

No estudo citado, foi observada uma taxa de 44% da complicação, número este relativamente alto provavelmente devido ao descolamento extenso do músculo grande dorsal e a não realização de pontos de adesão na região dorsal. Todos os casos foram resolvidos, e podem ser resolvidos de maneira eficaz com punção percutânea ambulatorial. Se considerarmos a alta incidência de seroma como uma intercorrência previsível e de fácil resolução, a mesma não deve ser supervalorizada em detrimento da indicação de um procedimento que agregará segurança e resultado estético satisfatório (8).

Dentro deste panorama, observou-se aumento das indicações de reconstruções mamárias com retalhos locais, materiais aloplásticos e com o RMGD, em detrimento do TRAM, que apresenta maior morbidade local e sistêmica. Os pacientes submetidos a retalhos do TRAM, apresentaram as maiores incidências de complicações clínicas, como trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, além de maiores índices de infecção de sítio operatório. Isso pode ser decorrente do fato de exigir uma convalescência e latência muito mais longas para a deambulação total no pós-operatório, quando comparados aos pacientes do RMGD. Complicações relacionadas ao local do doador também são frequentes: no caso do TRAM, pode haver protuberância abdominal ou hérnia e ocasião fraqueza ou perda de força abdominal do local do doador. No RMGD, pode haver diminuição da amplitude de movimento e força da extremidade superior (1,8,12).

De forma geral, as complicações mais comuns do método autólogo são cicatrização retardada de feridas (3-15%), necrose de gordura ou pele (3-10%) e infecção da ferida operatória

(1-5%), que são semelhantes às complicações associadas às técnicas aloplásticas, embora a taxa geral seja ligeiramente superior em relação à necrose de tecidos, presente 2.79 vezes mais. Isto é provavelmente devido ao site doador adicional. Em relação aos métodos aloplásticos, eles apresentam maiores taxas de hematoma/seroma (0.57 vezes mais comum), infecção do sítio operatório (0.37 vezes mais vezes) e falha do método reconstrutivo (0.14 mais comuns), quando comparados com métodos autólogos (1,9).

Em ambos os métodos podemos observar taxas semelhantes de deiscências de feridas como complicação precoce e fibrose mamária como complicação tardia. Dificuldades na obtenção de boas formas, tamanho apropriado e boa simetria são problemas encontrados tanto em reconstruções autólogas quanto aloplásticas (1,9).

Por outro lado, a expansão do tecido, conhecida como técnica aloplástica, é o método mais simples de reconstrução da mama. Tradicionalmente realizada em 2 estágios, que envolve a inserção de um expansor de tecido abaixo dos músculos peitorais, seguido por troca por implantes. O expansor é preenchido (via injeções transcutâneas) a cada 1 a 2 semanas, promovendo um alongamento gradual da pele, até o volume apropriado. A vantagem desse procedimento é conseguir atingir um volume adequado para a paciente de acordo com o gosto de cada um, além do possível refinamento na segunda etapa cirúrgica. Em seguida, o expansor de tecido ou um implante mamário substituirá simultaneamente o volume mamário. A expansão do tecido é uma técnica simples e flexível, e isso não envolve qualquer cicatriz adicional. A mama é reconstruída com tecidos locais de cor e textura semelhantes, em um procedimento de cerca de uma hora de duração, ou seja, num tempo cirúrgico menor quando comparado aos métodos autólogos, curto período de hospitalização e uma recuperação pós operatória mais rápida e fácil, entretanto, pode ser necessária uma nova abordagem cirúrgica no futuro (9,14).

A escolha do implante é multifatorial e baseada em critérios como o diâmetro da base da loja delimitada no hemitórax, peso da mama ressecada e a quantidade de tecido remanescente. Isto é realizado com a finalidade de cobrir o implante confortavelmente e sem restrição, visando máxima projeção e ptose para a mama reconstruída (8).

Verma e colaboradores (15), investigaram complicações pós-operatórias no que diz respeito à extensão da dissecação de linfonodos durante a mastectomia. Para tanto, foi realizada uma revisão retrospectiva de todas as pacientes submetidas à reconstrução mamária imediata com expensor de tecido em uma única instituição de 2010 a 2012. Os pesquisadores determinaram a associação entre o número absoluto de linfonodos axilares removidos e a incidência pós-reconstrutiva de necrose cutânea, celulite, seroma e remoção do expensor. No total, 282 pacientes com 467 reconstruções foram incluídas e a incidência geral de todas as complicações pós-operatórias, por mama, foi de 23,8%. As mamas em que ocorreram complicações tiveram uma média de 6 nódulos removidos contra 4 nódulos em mamas não complicadas. As complicações foram observadas em uma taxa significativamente maior em pacientes submetidas à dissecação dos linfonodos axilares em comparação com a biópsia do linfonodo sentinela. A remoção do expensor e do seroma ocorreram com mais frequência nas mamas que tiveram um maior número de linfonodos removidos e a radiação pré-operatória resultou em maior incidência de celulite e necrose cutânea. Além disso, a radiação pós-operatória e a quimioterapia não afetaram negativamente a reconstrução. Para os autores, a remoção de mais de 4 linfonodos conferiu um risco maior de formação de seroma pós reconstrução e perda do expensor de tecido em pacientes submetidas à reconstrução imediata após mastectomia. A dissecação do linfonodo axilar teria uma incidência maior de complicações em reconstruções mamárias em comparação com a biópsia do linfonodo sentinela. Portanto, os pesquisadores encorajaram os cirurgiões plásticos a considerarem o grau de linfadenectomia ao discutirem as opções reconstrutivas com as pacientes, pois isso poderia impactar significativamente o resultado reconstrutivo. A técnica aloplástica é adequada para pacientes com mamas pequenas não ptóticas e durante a reconstrução bilateral para mulheres que desejam aceitar uma mastopexia na mama oposta. É considerada o procedimento ideal para pacientes que desejam cicatrizes mínimas, não estão preocupados com um implante de silicone e não desejam ou não estão aptas a se submeter à reconstrução de tecido autólogo. Os pacientes são inadequados para a reconstrução com implante se os tecidos da parede torácica forem finos, danificados, inelásticos ou irradiados, se uma mastectomia radical tiver sido realizada, se houver uma extensa deformidade do tecido

infraclavicular após a ressecção ou atrofia do músculo peitoral maior ou se houver uma cicatriz de mastectomia vertical (14).

A adoção do método aloplástico tem como benefícios não necessitar de área doadora, exigir um menor tempo cirúrgico, resultar em menos cicatrizes e ter recuperação mais rápida no pós-operatório. As reconstruções mamárias apenas com implante expansor não apresentam ptose, e possui maior dificuldade em alcançar a simetria com a mama contralateral, geralmente envolvendo mais de um tempo cirúrgico. As complicações da expansão do tecido também incluem contratura capsular, assimetria, adelgaçamento de pele sobreposta, levando a *rippling* ou visibilidade de borda e uma aparência ou sensação não natural, além de posicionamento impróprio ou alterado do implante. A complicação mais comum e menos previsível da reconstrução do implante é a contratura capsular: o endurecimento do tecido cicatricial ao redor do implante resulta em firmeza à palpação e distorção da mama, bem como desconforto e dor. O risco de contratura capsular é significativamente aumentado na presença de radioterapia pré ou pós-operatória. Os implantes texturizados reduzem as taxas de contratura capsular e seu uso agora é rotina (9,14).

Ademais, a lipoenxertia autóloga é um procedimento secundário que pode melhorar deformidades residuais, além de poder corrigir assimetrias de contorno da mama contralateral, podendo ser utilizadas principalmente em refinamentos e otimização de resultados, como um adjunto para ambos os tipos de reconstrução mamaria, ou para preenchimento de defeitos de mastectomia parcial ou afetados pela radioterapia. Devido a presença de células do tecido adiposo, com propriedades regenerativas, que facilitam a angiogênese e a cicatrização de feridas, levando a um maior teor de sobrevivência do enxerto, bem como regeneração dérmica e subcutânea de tecidos diversos. Além disso, a lipoenxertia autóloga tem efeitos positivos no dano induzido por radioterapia nos tecidos moles das mamas reconstruídas, melhorando a textura da pele irradiada por aumentar seu suprimento vascular (1,9).

4. CONCLUSÃO

A mastectomia tem sido o tratamento padrão para o câncer de mama por mais de um século, mas a reconstrução mamária permaneceu um assunto polêmico por várias décadas, sendo considerada inútil ou até mesmo um procedimento perigoso e desnecessário. Somente nos últimos 20 anos as técnicas começaram a ser progressivamente aceitas como parte integrante do tratamento do câncer de mama. Hoje, diferentes opções estão disponíveis, e, independentemente do tipo de reconstrução mamária escolhido, podemos obter melhorias na qualidade de vida e no bem-estar psicológico e emocional. Portanto, apesar de nem todas as mulheres terem acesso ou disponibilidade de serviços para a reconstrução mamária, todas devem receber educação, informações apropriadas e apoio para permitir uma tomada de decisão informada assim que a mastectomia for considerada.

O objetivo principal da cirurgia oncoplástica é garantir a segurança oncológica, aliada a um bom resultado estético, permitindo ressecções mais amplas e um bom controle local da doença.

Neste trabalho, foram revisados 15 artigos sobre reconstrução mamária, abordando reconstruções autólogas e aloplásticas, com foco nas técnicas com expansores, próteses mamárias, retalhos TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous) e RMGD (Retalho do Músculo Grande Dorsal). De acordo com a revisão, evidencia-se a necessidade de uma escolha individualizada do método, uma vez que cada técnica possui um perfil de paciente ideal, além de vantagens e desvantagens que devem ser estudadas de acordo com o perfil da paciente em questão.

Dessa forma, ressalta-se a importância da relação médico-paciente para uma compreensão completa das necessidades e expectativas da paciente, além da importância de compreender as indicações de cada tipo de reconstrução mamária e suas possíveis complicações, a fim de escolher o melhor método de maneira individualizada.

5. REFERÊNCIAS

POSSAL, Michelle Leonor Velloso; SILVA, Carolina de Oliveira; MAATZ, Luís Felipe. **Reconstrução mamária pós mastectomia: revisão literária do uso de retalho miocutâneo transverso do reto abdominal, retalho do músculo grande dorsal e técnicas aloplásticas.** Revista QUALYACADEMICS. Editora UNISV; v. 2, n. 4, 2024; p. 316-330. ISSN: 2965-9760 | DOI: doi.org/10.59283/unisv.v2n4.023

1. Bertozzi N, Pesce M, Santi PL, Raposio E. Oncoplastic breast surgery: comprehensive review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2017;21(11):2572–85.
2. Lukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanislawek A. Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. *Cancers*. 2021;13(17):4287.
3. Iacoviello L, Bonaccio M, de Gaetano G, Donati MB. Epidemiology of breast cancer, a paradigm of the “common soil” hypothesis. In: *Seminars in cancer biology*. Elsevier; 2021. p. 4–10.
4. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Incidência. [Internet]. 2021 [citado 7 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia>
5. Matos SEM, Rabelo MRG, Costa M. Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020. *Braz J Health Rev*. 2021;4(3):13320–30.
6. Tarkowska M, Glowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Monastyrska-Waszak E, Gastecka A, Goch A, et al. Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy—a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. *Contemp Oncol*. 2020;24(2):106.
7. Furlan VLA, Sabino Neto M, Abila LEF, Oliveira CJR, Lima AC de, Ruiz BF de O, et al. Quality of life and self-esteem after mastectomy in patients who did or did not undergo breast reconstruction. *Rev Bras Cir Plástica*. 2013;28:264–9.
8. D’Alessandro G, Povedano A, Santos L, Santos R, Góes J. Reconstrução mamária imediata com retalho do músculo grande dorsal e implante de silicone. *Rev Bras Cir Plástica*. 2001;30(2):163–71.
9. Somogyi RB, Ziolkowski N, Osman F, Ginty A, Brown M. Breast reconstruction: Updated overview for primary care physicians. *Can Fam Physician*. 2018;64(6):424–32.
10. Waks AG, Winer EP. Breast cancer treatment: a review. *Jama*. 2019;321(3):288–300.
11. Greenup RA, Rushing C, Fish L, Campbell BM, Tolnitch L, Hyslop T, et al. Financial Costs and Burden Related to Decisions for Breast Cancer Surgery. *J Oncol Pract*. 1o de agosto de 2019;15(8):e666–76.
12. Gart MS, Smetona JT, Hanwright PJ, Fine NA, Bethke KP, Khan SA, et al. Autologous options for postmastectomy breast reconstruction: a comparison of outcomes based on

the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. J Am Coll Surg. 2013;216(2):229–38.

13. Rose J, Puckett Y. Breast reconstruction free flaps. 2019;
14. Rezai M, Darsow M, Kümmel S, Krämer S. Autologous and alloplastic breast reconstruction—overview of techniques, indications and results. Gynäkol-Geburtshilfliche Rundsch. 2008;48(2):68–75.
15. Verma R, Klein G, Dagum A, Khan S, Bui DT. The effect of axillary lymph node sampling during mastectomy on immediate alloplastic breast reconstruction complications. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019;7(5).