



Reconstrução de mama com retalho excedente de abdominoplastia reversa

Breast reconstruction with excess reverse abdominoplasty flap

OSVALDO RIBEIRO SALDANHA¹
 FAVIO VINICIO URDANETA²
 FRANCIS LLAVIERIAS³
 OSVALDO RIBEIRO SALDANHA FILHO⁴
 CRISTIANN BONETTO SALDANHA⁵

RESUMO

Introdução: A mastectomia é um procedimento muito traumático para a mulher. A reconstrução mamária é parte fundamental do tratamento para melhorar o bem estar psicossocial e a qualidade de vida destas pacientes. Muitas técnicas foram descritas e evoluíram até chegar à atual diversidade de procedimentos modernos associados ou não as próteses mamárias. Esta diversidade de técnicas possibilita a seleção adequada para cada caso, oferecendo melhores resultados. O objetivo deste trabalho é apresentar uma alternativa cirúrgica de reconstrução mamária com retalho de abdome superior associado à prótese mamária. **Método:** paciente de 59 anos com mastectomia radical direita e três cirurgias prévias de reconstrução mamária com prótese de silicone, sem sucesso. Foi utilizada abdominoplastia reversa com aproveitamento do retalho excedente direito para cobertura de prótese no mesmo tempo cirúrgico. Simetrização da mama contralateral foi obtida dois anos depois, através de mastopexia com troca de prótese. **Resultado:** Foi obtido o resultado planejado para reconstrução do volume mamário. Discretos sinais inflamatórios no pós-operatório imediato, principalmente no polo superior, tratado com corticoterapia por duas semanas, com regressão completa dos sinais e sintomas. Aspirado seroma (20ml) com seringa no dia 15º pós cirúrgico, sem recidiva. Não ocorreram complicações como epiteliose ou necrose do retalho. **Conclusão:** A reconstrução mamária com retalho abdominal resultante de abdominoplastia reversa pode ser uma opção em casos especiais, oferecendo resultado satisfatório.

Descritores: Câncer mamário; Reconstrução; Implante; Abdominoplastia reversa; Retalho cutâneo/abdominal.

ABSTRACT

Introduction: Mastectomy is a highly traumatic procedure for many women, and mammary reconstruction is a fundamental part of the treatment. Reconstruction has been shown to improve the psychosocial wellbeing and quality of life of these patients, and several techniques and advancements thereof have been described in order to reach the current diversity of modern procedures, whether associated with breast implants or not. This diversity in techniques enables an appropriate selection for each individual case, thus attaining better results. The objective of this report was to present an alternative breast reconstruction method using an upper abdominal flap along with breast

Instituição: Clínica Osvaldo Saldanha,
 Regente de Serviço Credenciado

Artigo submetido: 3/12/2013.
 Artigo aceito: 4/3/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0055

1 - Regente de serviço credenciado da SBCP, diretor desc., ex-presidente SBCP, editor internacional do PRS.

2 - MD - Pós-graduado em Cirurgia Plástica, UNISANTA.

3 - MD - Pós-graduado em Cirurgia Plástica, UNISANTA.

4 - MD - Especialista em Cirurgia Plástica, UNISANTA.

5 - MD - Especialista em Cirurgia Geral, Santa Casa de Misericórdia de Santos.

implants. **Method:** A 59-year-old woman had undergone right radical mastectomy and three previous breast reconstruction operations with silicone prostheses, without success. We first performed reverse abdominoplasty with exploitation of an excess right flap used as prosthesis coverage. Two years later, we performed contralateral breast symmetrization using mastopexy with a change of prosthesis. **Result:** The planned breast volume reconstruction was achieved. Discrete inflammatory signals were observed in the immediate postoperative period, mainly in the upper pole, and treated with corticosteroid therapy for two weeks; this resulted in complete regression of all signs and symptoms. Seroma was aspirated (20 ml) with a syringe on the 15th postoperative day, with no recurrence. No complications, such as epitheliolysis or flap necrosis, occurred. **Conclusion:** Breast reconstruction with an abdominal flap from reverse abdominoplasty may be an option in a subset of cases, and offers satisfactory results.

Keywords: Breast cancer; Reconstruction; Implant; Reverse abdominoplasty; Skin/abdominal flap.

INTRODUÇÃO

A reconstrução mamária é parte fundamental do tratamento da mulher mastectomizada, com finalidade de melhorar o bem-estar psicossocial e qualidade de vida desses pacientes¹.

Os primeiros intentos de reconstruir uma mama remontam o final do século XIX²⁻⁵.

William Halsted, baseado na teoria de Rudolph Virchow, realizou a primeira mastectomia radical em 1889². Considerava que a cirurgia plástica interferiria com o controle local do câncer, pelo qual ele recomendava evitar cirurgias reconstrutivas na região mastectomizada.

Harold Gilles (1942) utilizou retalhos cutâneos distantes (retalhos tubulares do abdome e tórax inferior) para realizar a sua primeira reconstrução mamária⁶. Apesar dos bons resultados para a época, foram abandonados devido à necessidade de vários tempos cirúrgicos e o alto índice de complicações e sequelas cicatriciais³.

Na atualidade, as tendências de técnicas de mastectomias menos agressivas facilitam a reconstrução da mama devido à manutenção de grande parte do tecido dermocutâneo².

Dependendo da experiência e preferência do cirurgião, as mais citadas são:

Próteses Mamárias na reconstrução mamária

Desenvolvida em 1961 por Cronin, Gerow e a Dow Corning Corp, apresentada em 1963, a prótese mamária de gel de silicone mudou a evolução da reconstrução mamária, tornando-se a base do tratamento tardio⁷. Jarret *et al*, recomendaram em 1978 a colocação do implante no plano submuscular⁸.

Na França, Arion apresentou em 1965 o primer expansor de tecidos, mas foi em 1982, que Radovan descreveu seu uso na reconstrução mamária⁹. Becker, em 1984, desenvolveu expansor tissular definitivo¹⁰.

Retalho de Grande Dorsal

O uso do músculo grande dorsal, para restaurar de-

feitos causados pela ausência do músculo peitoral maior, foi publicado pela primeira vez em 1939 por Hutchins, mas foi só em 1974 que Brantigan utilizou esta técnica para reconstrução pós-mastectomia radical, e depois por Olivari em 1976, popularizando e aperfeiçoando a técnica^{11,12}.

Devido ao insuficiente volume, normalmente, precisa ser associado à colocação de implante, como descrito por Schneider em 1977¹³.

Retalho do Músculo Reto Abdominal (TRAM e TRAM livre)

A primeira descrição deste retalho foi em 1979 por Robbins, onde utilizou o músculo reto abdominal com uma ilha de pele em posição vertical¹⁴. Em 1982, Hartrampf descreveu seu uso com ilha de pele horizontal, permitindo o fechamento mais estético da área doadora. Tem como vantagem fornecer suficiente tecido para cobrir grandes defeitos. As desvantagens são devido à debilidade gerada na parede abdominal e o risco de produzir hérnias¹⁵.

Holmstrom (1979) foi o primeiro a descrever o retalho livre do músculo reto abdominal¹⁶. Grotting, em 1989, publicou um estudo demonstrando as vantagens desta técnica como a melhora do fornecimento sanguíneo, diminuindo o risco de necrose, e a melhora na perda funcional da parede abdominal¹⁷.

Outras não menos importantes técnicas são: retalho livre das artérias epigastricas inferiores, profunda e superficial (DIEP e SIEA)¹⁸⁻²³, retalhos livres das perforantes das artérias glúteas: superior e inferior (ou SGAP e IGAP)^{24,25}, retalhos Dermoadiposos e Fasciocutâneos Locais²⁶⁻³¹, retalhos do Abdome superior³²⁻³⁵.

Em 2009, Deós³⁶ revisitou a abdominoplastia reversa^{37,38} e aplicou novos conceitos, corrigindo as desvantagens da técnica original, com planejamento estratégico desde a marcação, fixação do retalho e manutenção da cicatriz de forma estável, chamando de "abdominoplastia reversa tensionada". Embora tenha sido utilizado para muitas oportunidades cirúrgicas, o retalho da abdominoplastia reversa não tem sido apresentado como tecido adicional de espessura de sub-

cutâneo para reconstrução de mama, com finalidade de proteção de prótese de silicone. Em 1992 Berrino comparou diferentes técnicas reconstrutivas para deformidades tipo II³⁹, sendo uma delas um retalho obtido da abdominoplastia reversa, mas sem apresentar grandes conclusões nem entrar em detalhes sobre a técnica. O retalho da abdominoplastia reversa pode ser uma opção prática para a reconstrução mamária em pacientes cuidadosamente selecionadas.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma opção para a reconstrução mamária em casos selecionados, por meio de retalho do abdome superior durante uma abdominoplastia reversa.

MÉTODO

Paciente do sexo feminino, 59 anos, história de mastectomia radical por câncer na mama direita, foi submetida a três procedimentos (1997, 2007 e 2009) para reconstrução mamária com próteses, sem sucesso. Na última cirurgia, foi colocada prótese na mama contralateral com finalidade de simetrização.

Exame físico local

- Ausência de volume mamário direito, com retração cicatricial e pele fina aderida aos planos profundos, sem tecido subcutâneo e com resquício de complexo aréolopapilar.
- Mama contralateral com volume proporcionado por prótese de silicone, sem alterações.
- Flacidez abdominal superior com volume adiposo suficiente para a utilização como retalho dermo-gorduroso para cobertura de implante mamário.

Técnica Cirúrgica

Demarca-se a incisão de abdominoplastia reversa, seguindo os sulcos mamários e encontrando-se na linha média à altura do apêndice xifóide. A área mamária D, que deve ser descolada dos planos profundos, é baseada no sulco e polo superior da mama contralateral (Figura 1). Após incisão e descolamento reverso do abdome supraumbilical, o retalho abdominal é fixado com pontos de adesão, seguindo-se cinco linhas de tração, fixando-o à fáscia muscular, com finalidade de evitar o seu deslizamento para baixo (Figura 2. A-B). O retalho dermogorduroso excedente do lado direito é decorticado na sua metade distal, tracionado em sentido cefálico e invaginado sob a pele da região mamária D, descolada previamente, servindo como coxim de proteção para o implante mamário. A porção inferior é mantida com pele para reconstrução do polo inferior da mama. (Figura 3. A-D).

O excesso do retalho esquerdo é desprezado e acomodado à borda do sulco mamário desse lado.

O retalho dermogorduroso desepitelizado é fixado no polo superior por cinco pontos capitonados através da pele, evitando o deslizamento do retalho para baixo (Figuras 4. A-B). A

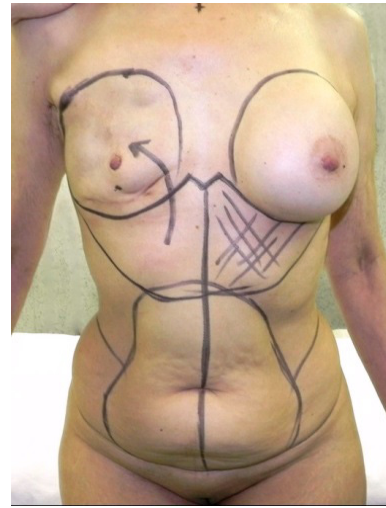


Figura 1. Marcação

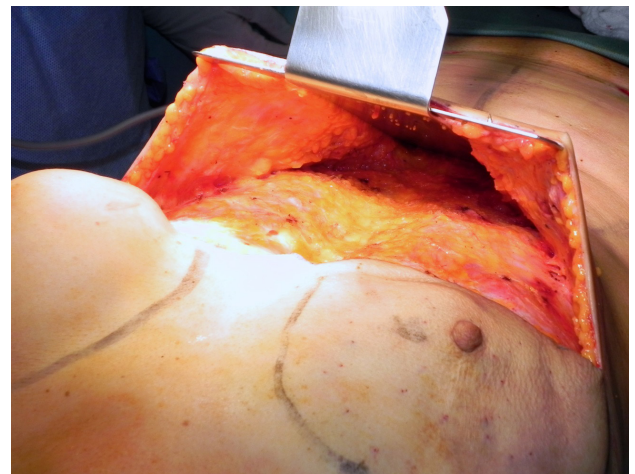


Figura 2.(A) – Descolamento do Retalho

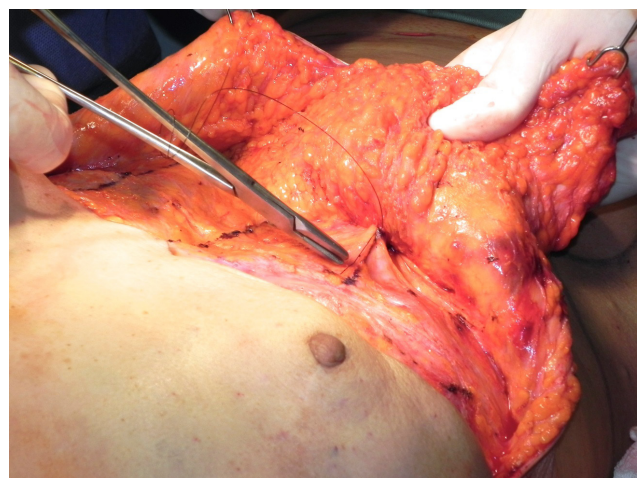


Figura 2.(B) – Pontos de Adesão



Figura 3.(A) - Avaliação do excesso do retalho abdominal superior.



Figura 3.(D) - Invaginação do retalho decorticado.



Figura 3.(B) - Avaliação da área a ser decorticada e invaginada.



Figura 4.(A) - Porção superior do retalho decorticado fixado superiormente com pontos captados.



Figura 3.(C) - Porção superior do retalho decorticado.



Figura 4.(B) - Sutura final e colocação de dreno à vácuo.

seguir, coloca-se o implante mamário de 255cc (poliuretano).

A formação do novo sulco inframamário é efetuada com pontos de fixação a partir do periosteio da 6ª costela.

Coloca-se dreno a vácuo na região abdominal descolada e também na loja do implante mamário D, com saídas na porção medial e lateral da cicatriz, respectivamente, e removidos no 4º dia de pós-operatório, com volume líquida inferior a 30ml.

As suturas foram realizadas em três planos: subcutâneo (monocryl 3-0), subdérmico (monocryl 4-0) e pele (nylon 5/0).

Os pontos capitonados foram removidos no 7º dia de pós-operatório e as suturas de pele foram retiradas no 12º dia.

Simetrização obtida, dois anos depois, através de mastopexia com troca de prótese na mama esquerda (255cc por 145cc – também de poliuretano).



Figura 5.(A) - Pré Operatório frente.



Figura 5.(B) - Pré operatório oblíqua.



Figura 5.(C) - Pré operatório perfil.

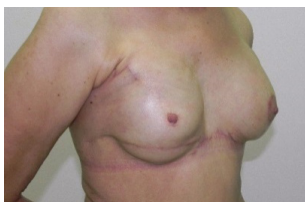


Figura 6.(B) - Pós Operatório Perfil.



Figura 6.(C) - Pós Operatório Perfil.



Figura 6.(A) - Pós Operatório Frente.

RESULTADOS

No pós-operatório mediato, a paciente apresentou sinais inflamatórios na região da mama direita, principalmente no polo superior, o qual foi tratado com corticoterapia por duas semanas, com regressão completa dos sinais e sintomas.

Aspirado seroma (20ml) com seringa no 15º dia pós cirúrgico, sem recidiva.

A região esternal (à altura do dreno) apresentou pequena deiscência de sutura, resultando em cicatriz hipertrófica e inestética. A cicatriz foi revisada treze meses após a cirurgia.

A figura 5 (A-C) mostra o pré-operatório, e a figura 6 (A-C) o resultado da reconstrução e da simetrização após o segundo tempo cirúrgico (dois anos após).

DISCUSSÃO

A mastectomia é muito traumática para a mulher, e a reconstrução mamária é um procedimento essencial para melhorar o bem estar psicossocial e a qualidade de vida destas pacientes¹.

Técnicas conservadoras^{7,8} associadas às prótese mamárias^{9,10}, mudaram a evolução da reconstrução mamaria e introduziram as técnicas modernas. A diversidade de técnicas de reconstrução mamária possibilita a seleção adequada para cada caso específico, oferecendo melhores resultados.

A maioria dos procedimentos de reconstrução mamária oferece cobertura e volume suficientes^{2,4,9,14}, entretanto a prótese mamaria é fundamental para a complementação do volume e forma da mama, oferecendo melhor resultado⁸⁻¹⁰.

Alguns casos, apesar de possuir anatomia preservada, o tecido celular subcutâneo é escasso ou ausente, impossibilitando a colocação de prótese. Quando colocada, apresenta exteriorização e necessidade de remoção da mesma.

Muitos procedimentos utilizam retalhos locais da região abdominal superior para reconstrução mamária²⁷⁻³¹.

A abdominoplastia reversa, inicialmente descrita por Rebello-Franco³⁷ e recentemente revivida, com novos conceitos, por Deós, pode oferecer tecido suficiente do abdome superior para cobertura e proteção do implante mamário³⁶.

O retalho remanescente resultante de abdominoplastia reversa pode ser mais uma opção para reconstrução mamária em pacientes bem selecionadas e que apresentem flacidez abdominal supra umbilical.

CONCLUSÃO

A reconstrução mamária com retalho abdominal resultante de abdominoplastia reversa demonstrou resultado satisfatório no caso descrito, podendo ser mais uma opção para reconstrução mamária.

REFERÊNCIAS

1. Wilkins E, Cederna P, Lowery J, et al. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Re-*

- constr Surg. 2000;106(6):1014–125.
2. Wickman M. Breast reconstruction. Past achievements, current status and future goals. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg.* 1995; 29: 81-100.
 3. Goldwyn RM. Vincenz Czerny and the beginnings of breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1978; 61: 673–681.
 4. Maxwell GP. Iginio Tansini and the origin of the latissimus dorsi musculocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65: 686–692.
 5. Teimourian B, Adham MN. Louis Ombredanne and the origin of muscle flap use for immediate breast mound reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1983; 72: 905–910.
 6. Gillie S H, Millard DR JR. *The principles and art of plastic surgery.* Boston: Little, Brown and Company. 1957: 175–179.
 7. Cronin TD, Gerow F. Augmentation mammoplasty: a new "natural feel" prosthesis. En: Broadbent TR, editor. *Transactions of the Third International Congress of Plastic Surgery.* Amsterdam: Excerpta Medica. 1964:41– 49.
 8. Jarrett JR, Cutler RG, Tea L DF. Subcutaneous mastectomy in small, large, or ptotic breasts with immediate submuscular placement of implants. *Plast Reconstr Surg.* 1978; 62: 702–705.
 9. Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. *Plast Reconstr Surg.* 1982; 69: 195–206.
 10. Becker H. Breast reconstruction using an inflatable breast implant with detachable reservoir. *Plast Reconstr Surg.* 1984; 73: 678– 683.
 11. Brantigan OC. Evaluation of Hutchins' modification of radical mastectomy for cancer of the breast. *Am Surg.* 1974; 40: 86–88.
 12. Olivari N. The latissimus flap. *Br J Plast Surg.* 1976; 29: 126–128.
 13. Schneider WJ, Hill HL, Brown RG. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 1977;30: 277–81.
 14. Robbins TH. Rectus abdominis myocutaneous flap for breast reconstruction. *Aust N Z J Surg.* 1979;49: 527–530.
 15. Hartrampf CR, Schefflan M, Black PW. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg.* 1982; 69: 216– 25.
 16. Holmström H. The free abdominoplasty flap and its use in breast reconstruction. An experimental study and clinical case report. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1979; 13: 423– 27.
 17. Grotting JC, Urist MM, Maddos WA, Vasconez LO. Conventional TRAM flap versus free microsurgical TRAM flap for immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1989;83: 828–41.
 18. Futter CM, Webster MH, Hagen S, Mitchell SL. A retrospective comparison of abdominal muscle strength following breast reconstruction with a free TRAM or DIEP flap. *Br J Plast Surg.* 2000; 53: 578–83.
 19. Taylor GI, Palmer JH. The vascular territories (angiosomes) of the body: experimental study and clinical applications. *Br J Plast Surg.* 1987; 40: 113–41.
 20. Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 1994; 32: 32–38.
 21. Allen R. The superficial inferior epigastric artery free flap: an anatomic and clinical study for the use in reconstruction of the breast. Presented at the 33rd Annual Meeting of the Southeastern Society of Plastic and Reconstructive Surgeons. Kiawah (SC), June 3–7, 1990.
 22. Arnez ZM, Khan U, Pogorelec D, Planinsek F. Breast reconstruction using the free superficial inferior epigastric artery (SIEA) flap. *Br J Plast Surg.* 1999;52(4):276–9.
 23. Chevray PM. Breast reconstruction with superficial inferior epigastric artery flaps: a prospective comparison with TRAM and DIEP flaps. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(5):1077–83.
 24. Allen RJ, Levine JL, Granzow JW. The in-the-crease inferior gluteal artery perforator flap for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(2):333–9.
 25. Granzow JW, Levine JL, Chiu ES, Allen RJ. Breast reconstruction with gluteal artery perforator flaps. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006; 59: 614–21.
 26. Mendes F, Figueiredo JC, Pereira WB, Mélega JM. Reconstrução mamária: uma revisão e classificação de técnicas. In: Tournieux AA, CURI MM. *Atualização em cirurgia plástica – SBCP, São Paulo: Robe editorial, 1996. p.341–351.*
 27. Longrace JT. The use of local pedicle flaps for reconstruction of the breast after subtotal or total extirpation of the mamary gland. *Plast Reconstr Surg.* 1953;11: 380.
 28. Baroudi R, Poinoi JA, Keppke EM. A transverse thoraco-abdominal skin flap for closure after radical mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1978;6(1): 547.
 29. de Souza PE, da Costa MA, Erazo P, Cação EG, de Souza PA. Reconstrução Mamária: Princípios Geométricos dos Retalhos Cutâneos em Duplo V. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 1998; 13(3): 19–42.
 30. Holmström H, Lossing C. The lateral thoracodorsalfap in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1986; 77: 933–41.
 31. Pitanguy I, Caldeira AM, Alexandrino A, Trevino MN, Calixio CA. Retalho braquial fasciocutâneo – técnica de Pitanguy para deformidade infraclavicular pós-mastectomia. *Rev Bras Cir.* 1984; 74:349.
 32. LEWIS JR. Use of a sliding flap from the abdomen to provide cover in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1979;64: 4.
 33. Leal PR, de Souza AF. Breast reconstruction by expansion and advancement of the upper abdominal flap. *Aesthetic Plast Surg.* 1997;21(3):175–9.
 34. Zienowicz RJ, Karacaoglu E. Augmentation mammoplasty by reverse abdominoplasty (AMBRA). *Plast Reconstr Surg.* 2009;124: 1662–72.
 35. Pantelides NM, Mondal D, Wishart GC, Malata CM. Reverse abdominoplasty: a practical option for oncological trunk reconstruction. *Eplasty.* 2013;13: e2. Epub 2013 Jan 14.
 36. Deos M, Arnt R, Gus E. Tensioned Reverse Abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(6):2134–41.
 37. Rebello C, Franco T. Abdominoplastia pela incisão sub-mamária. *Rev Bras Cir.* 1972;7:249–52.
 38. Baroudi R, Keppke EM, Carvalho CG. Mammary reduction combined with reverse abdominoplasty. *Ann Plast Surg.* 1979;2:368–73.
 39. Berrino P, Campora E, Leone S, Santi P. Correction of type II breast deformities following conservative cancer surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90(5):846–53.

Autor correspondente:**Oswaldo Ribeiro Saldanha**

Avenida Washington Luiz, 142 – Vila Mathias, Santos – SP. CEP: 11050-200

E-mail: clinica@clnicasaldanha.com.br