

RECONSTRUÇÃO PRÉ PEITORAL: SEMPRE COM MATRIZES?

Palestrante: Mario Rietjens

Dr Mario começa mostrando dados do seu serviço, Instituto Europeu de Oncologia (IEO). No ano de 2021 foram realizadas 1417 mastectomias, sendo que destas:

- 211 sem reconstrução.
- 453 com reconstrução com expansores
- 646 com prótese definitiva

Destas 541 eram RP (retropeitoral)

105 PP (pré-peitoral) -> destas 92 com próteses de poliuretano e 13 com Braxon (tipo de ADM)

- 67 com retalhos miocutâneos

Então a prática do Dr Mario com reconstrução PP é limitada, de acordo com o mesmo. Mas, quando realizada, segue algumas recomendações:

1. Uso de próteses de poliuretano

- Retalhos cutâneos com boa espessura
- Mama média ou grande (mesmo com ptose)
- Nem sempre necessita simetrização da contra-lateral
- Risco de rippling
- Ótimo custo/benefício
- Sem "moving breast"
- Tipos -> normal ou B-Lite (esta, prótese com 30% de componente de sílica, fato que faz com que a prótese pese até 30% menos)
- No serviço, apresentou caso de NSM (nipple sparing mastectomy) com cirurgia robótica e reconstrução PP

- Principal complicação – rippling. Geralmente corrigido com lipoenxertia

2. Próteses revestidas por Braxon (ADM porcina)

- Indicado para mama pequenas ou médias
- Retalhos cutâneos com boa/média espessura
- Sem moving breast / sem cápsula
- Problema – custo elevado – 3000 euros por ADM
- Estudo em andamento randomizando pacientes para reconstrução RP clássica versus PP com Braxon -> resultados parciais: braxon com melhores resultados estéticos e com menor contratatura de cápsula.

3. Próteses de textura habitual

- Pouca experiência no IEO
- Na avaliação do Dr Mário, pode funcionar, mas com retalhos de boa espessura.

Conclusão

- Reconstrução PP com próteses de poliuretano possui um ótimo custo benefício e pode ser indicada para pacientes com boa espessura de tecido celular subcutâneo.
- A prótese revestida por ADM (Braxon nesse caso) é uma técnica cara mas que pode ser indicada na reconstrução PP para pacientes com TCSC com pouca espessura.

QUANDO OS RETALHOS LOCORREGIONAIS SÃO BOAS ALTERNATIVAS PARA RECONSTRUÇÃO PARCIAL DAS MAMAS

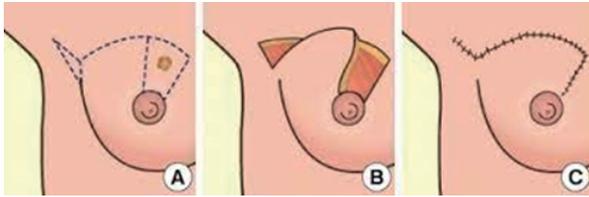
Palestrante: Régis Paulinelli

Basicamente, para reconstrução mamária, as cirurgias podem ser divididas em dois tipos: aquelas de reposição de volume (volume replacement) e aquelas de deslocamento do volume (volume displacement). Os retalhos locoregionais abrangem diferentes técnicas, algumas deslocando e reposicionando tecido, e outras repondo o volume perdido.

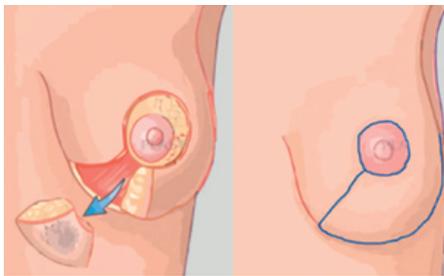
Técnica de rotação glandular: faz-se o descolamento do tecido glandular da pele, retira-se o setor em formato de fuso e procede com a síntese dos pilares resultantes para fechamento do defeito. Funciona para mamas pequenas e com predomínio glandular. Naquelas mamas muito lipossustituídas, há maior risco de necrose gordurosa; preferir, nestes casos, pouca mobilização da glândula e uma correção do CAP para o lado oposto à cicatriz radiada.

Técnicas de rotação dermoglandular: aqui, a pele é deslocada junto com o tecido mamário. Resultado em cicatrizes maiores, geralmente. São exemplos:

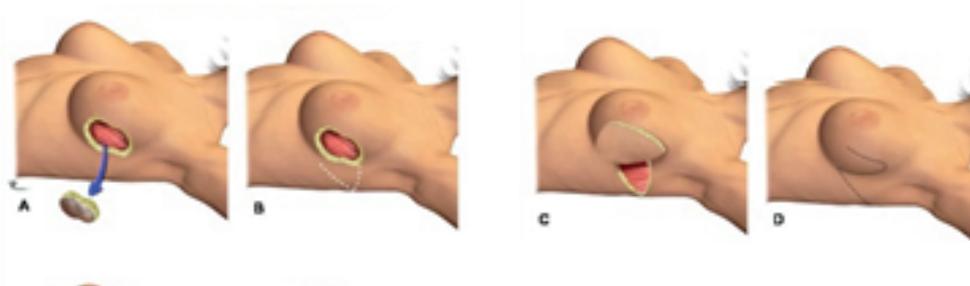
- Triângulo de Burow - utilizada para tumores no quadrante supero-medial que acometem a pele. Lembrar de sempre reposicionar o CAP para o lado oposto da cicatriz nesta técnica.



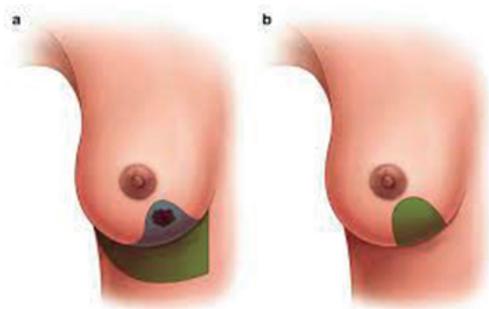
- Técnica de Rotação – geralmente para tumores nos quadrantes inferiores. Também retira um setor triangular com posterior incisão no sulco (esta incisão deve ter pelo menos 3x o tamanho da base do setor).



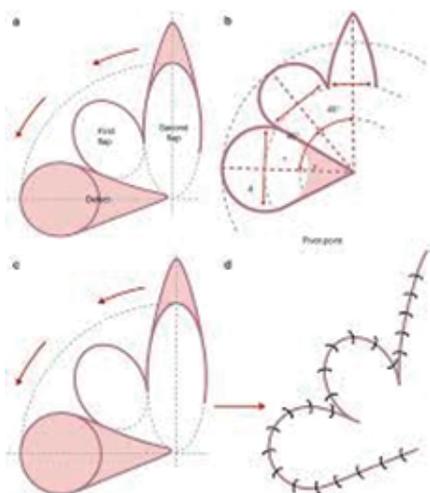
- Técnica de Shutter – incisão em meia lua, também com rotação do tecido mamário.
- Retalho toracolateral (LICAP): pode ser tanto um retalho de transposição, quanto um retalho de avanço. Utilizado para tumores que acometem pele nos quadrantes laterais.



- Retalho toracoepigástrico: utilizado para quadrantes inferiores. Não esquecer de reposicionar e fixar o novo sulco. Usado para repor volume, mas também pode ser usado para cobertura com ilha de pele.



- Retalho Bilobado: Dr Régis o utiliza para tumores centrais ou tumores no QSL. Retalho mantido pelas perfurantes intercostais laterais.



Dr Régis comenta que hoje estes retalhos estão sendo muito falados pois há uma maior preocupação com dissecação e isolamento das perfurantes. Porém ele afirma que não é necessário o isolamento dos vasos para a realização dos retalhos. Devemos sim ter cuidado para preservá-los para prevenir sequelas de sofrimento do mesmo.

Ainda como técnica de reposição de volume, a lipoenxertia vem sendo cada vez mais utilizada, mas é tema de outras aulas do congresso.

RECONSTRUÇÃO TARDIA: QUANDO E COMO EMPREGAR A LIPOENXERTIA

Palestrante: Angela Erguy Zucatto

No HCPA ainda usam a técnica de Coleman, porém centrifugando apenas por 1 minuto ao invés de 3 habituais, e, com isso, obtém-se três fases: oleosa, hemática e gordura. Nesta técnica, as duas primeiras fases são descartadas e usa-se apenas gordura. Para injeção usa cânulas de 2,5mm e seringas de 10ml. Injeta-se por camadas, inclusive a musculatura. Rigootti, em 2007, já havia descrito as propriedades regenerativas de células tronco na gordura lipoenxertada, fato que melhora a pele, seu turgor, elasticidade e vascularização (mesmo quando não associado a nano-lipoenxertia e ou à rigotomia). Então, além de volume, temos a melhora da qualidade da pele.

Na reconstrução mamária tardia, temos muita ação da radioterapia. A pele fica fibrosada, com menor elasticidade, mal vascularizada e com problemas de cicatrização. Por isso, precisamos sempre preparar uma paciente para uma reconstrução tardia, visando otimizar resultados e diminuir complicações. É aqui que entra o papel da lipoenxertia, independente da técnica que for utilizada para reconstrução.

A lipoenxertia vai melhorar turgor, elasticidade, permitindo uma espessura de retalho maior e com melhor vascularização.

maior e com melhor vascularização.

Dra Angela cita um artigo – Long term impact of lipofilling in hybrid breast reconstruction: retrospective analysis of two cohorts:

- Mais de 200 pacientes -> dividido em pacientes que fizeram versus não fizeram a lipoenxertia. Resultado, após 3 anos, mostrou que naquelas que fizeram lipofilling houve menos contratura capsular, menos dor mamária, menores taxas de rotação do implante e menor número de cirurgias adicionais.

E quando, então, utilizar a lipoenxertia?

No preparo do plastrão da mastectomia prévia. Visa uma melhora naquele local, para partir de uma condição menos adversa no momento da reconstrução com retalho ou implante. Colocar o retalho/implante em um leito que está mais espesso, mais vascularizado, com melhor turgor da pele, irá levar a melhores resultados finais.

A doutora apresenta o caso de uma paciente mastectomizada, sem prótese, que fará a reconstrução tardia. Mesmo sem ainda saber qual será o tipo de reconstrução, seja retalho ou expensor, a realização de lipoenxertia irá melhorar esse plastrão para a futura cirurgia. Importante comentário: as áreas onde geralmente queremos enxertar mais gordura serão os locais mais difíceis para fazê-lo; isto porque é o local onde há mais fibrose, o plastrão está mais fino, mais próximo ao tórax.

Aqui não adianta querer sobrecarregar aquele local com lipoenxertia pois formaremos lagos de gordura, necrose gordurosa e, numa próxima etapa, teremos que corrigir o defeito desta lipoenxertia que ultrapassou o limite da área receptora. Sempre lembrar a paciente que será necessário mais de uma sessão de lipoenxertia para conseguir um bom resultado. Não se comprometa com a paciente em tentar fazer em menos tempo. Novamente: injetar gordura a mais que o sítio receptor pode suportar, trará problemas para sua reconstrução final.

E a lipoenxertia exclusiva na reconstrução tardia, é viável? Esta técnica utiliza apenas a injeção de gordura para reconstrução de mamas mastectomizadas, sem uso de próteses/expansores/retalhos. Geralmente é necessário em torno de 500-600ml ao todo para conseguir um bom volume. Novamente, são várias sessões para conseguir esse volume.

Conclusão: lipoenxertia traz um novo horizonte para a reconstrução mamária, possibilitando oferecer uma reconstrução cosmeticamente satisfatória às pacientes previamente submetidas à mastectomia e/ou radioterapia, mesmo quando enfrentaram o fracasso de uma tentativa de reconstrução prévia.

MAMOPLASTIA/ONCOPLASTIA EM MAMAS PREVIAMENTE IRRADIADAS. HÁ INDICAÇÃO? PODE SER REALIZADA?

Palestrante: Fabrício Brenelli

O número de procedimentos cirúrgicos estéticos aumenta a cada ano. A mamoplastia de aumento ocupa o primeiro lugar na lista das cirurgias estéticas mais realizadas e, a mamoplastia redutora, o quinto. Eventualmente teremos pacientes que já realizaram estes procedimentos e irão tratar um câncer de mama; mas a principal questão desta aula será abordar aquelas pacientes que já realizaram um tratamento conservador, com radioterapia, e possuem desejo de realizar outra cirurgia para melhoria estética. “Roda do tratamento” – a paciente passa por um “ciclo” (uma roda): faz cirurgia e completa seu tratamento adjuvante. Porém, com aumento da longevidade e da sobrevivência do câncer de mama, as pacientes acabam tendo modificações corporais (ganho de peso, ptose das mamas, efeitos colaterais de radioterapia) que podem gerar uma assimetria entre as mamas. É aí que surge o desejo de uma cirurgia reparadora (mamoplastia redutora ou de aumento).

Então teremos dois cenários: mamoplastia redutora e mamoplastia de aumento em pacientes com mamas previamente irradiadas. O que fazer? Vale lembrar os efeitos colaterais da radioterapia:

- o Diminuição da proliferação celular
- o Vasodilação de microvasos, levando a um edema a montante com fibrose crônica e hipóxia do tecido
- o Fibrose crônica, associada a diminuição dos fatores de angiogênicos e aumento de citocinas inflamatórias
- o Lembrar que é um tecido mal vascularizado, muito suscetível a hipóxia

Também precisamos lembrar que a mamoplastia redutora, por si só, apresenta fatores de risco. São exemplos: obesidade, diabetes mellitus, tabagismo, radioterapia, ptose acentuada e mamas grandes.

Dr Fabrício cita uma revisão sistemática (Reduction mammoplasty and mastopexy in the previously irradiated breast – a systematic review and meta-analysis) que contempla 7 estudos em mama irradiada: mesmo com o passar do tempo, o efeito da radioterapia se mantém. Complicações ocorreram em 54% em mamas irradiadas versus 8% em não irradiadas. As principais complicações são: necrose CAP, de pele, deiscência cicatriz, infecção e esteatonecrose.

Então como evitar as complicações em mamoplastias redutoras nestas mamas?

- Pouca mobilização do CAP / sem grandes ascensões
- Evitar grandes descolamentos de glândula, incisar/cortar em linhas retas
- Parar de olhar somente a mama doente / olhar a sadia. Às vezes é melhor simetrizar/melhorar o contorno apenas, não reduzir. Nestes casos você pode combinar técnicas: utilizar retalhos na mama irradiada (naqueles casos de deformidades estéticas por retrações) e mexer mais na mama não irradiada (colocar prótese de aumento ou realizar mamoplastia).
- Em mamas extremamente grandes, não deixar o CAP pediculado e sim enxertar (Torek).

E a mamoplastia de aumento após uma cirurgia conservadora?

o Poucos estudos sobre este tema.

o Complicações ocorrem em até 50% dos casos.

o Preferir prótese subglandular.

o Corrigir o defeito antes do implante -> não tentar corrigir as assimetrias e/ou retrações com o implante. Pensar em lipoenxertia.

o Usar implantes pequenos

o A lipoenxertia previamente à cirurgia-> regenera tecido e aumenta vascularização, tratando, assim, os efeitos da radioterapia.

o Devido à hipóxia tecidual pela radioterapia, alguns pequenos estudos falam sugerem sessões câmara hiperbárica pré-cirurgia.

Portanto: se a paciente tem desejo e / ou indicação de mamoplastia, façam isso como cirurgia oncológica, ou seja, no momento do tratamento. Evite a mamoplastia posterior, na mama já irradiada, devido aos altos riscos de complicações.

RECONSTRUÇÃO PRÉ PEITORAL É O NOVO PADRÃO DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA?

Palestrante: Cícero Urban

Inicialmente, Dr Cícero já introduz três afirmativas:

- não há técnica única que possa ser usada para todos os casos.
- ainda existem poucos dados sólidos na literatura a respeito da reconstrução pré-peitoral (PP).
- por outro lado, há 3 anos o Dr Cícero não usa de rotina a reconstrução com prótese retro-peitoral (RP).

A aula é dividida em quatro pontos:

- 1) Quais os pontos positivos e os negativos desta técnica?
- 2) Quais os principais aspectos técnicos envolvidos na PP?
- 3) Por que está se tornando o novo padrão?
- 4) Ainda existe espaço para a RP?

I. Quais os pontos positivos e os negativos desta técnica?

A. Pontos negativos / criticados:

- Ter uma prótese 100% no subcutâneo -> neste caso, a crítica se dá em relação à pouca cobertura ofertada pelo tecido celular subcutâneo (TCSC).
- Risco de rippling aumentado
- Risco de deslocamento / rotação da prótese
- Efeito da radioterapia no longo prazo
- Efeito estético no longo prazo
- A maioria dos estudos já realizados com a técnica PP associou o uso de matrizes dérmicas acelulares (ADM)

B. Pontos positivos / virtudes da técnica:

- Vivemos em uma época de descalonamento das cirurgias mamárias -> neste caso, quanto menos descolamento da musculatura peitoral, melhor para a paciente.
- Sem efeito de animação do implante (deslocamento do implante com a contração da musculatura peitoral)
- Menos dor pós-operatória
- Cirurgias mais rápidas

Existe um grande número de estudos na literatura a respeito da reconstrução PP. Apesar da maioria serem estudos retrospectivos, é possível tirar algumas conclusões a favor da técnica PP quando comparada à RP, como por exemplo:

- menos dor
- mais satisfação com resultado
- melhores resultados no Breast Q
- menores taxas de contração capsular
- menores níveis de falência na reconstrução
- menos custos

The largest multicentre data collection on prepectoral breast reconstruction: The iBAG study

Prepectoral Versus Subpectoral Implant-based Breast Reconstruction: A systemic Review and Meta-analysis

Publicação do Dr Cícero e colegas: PP Direct-to-implant Breast Reconstruction without placement of ADM or MESH after NPM

- Resultados analisados mostram não haver diferença na reconstrução PP versus RP ou PP com ADM
- Reconstrução imediata NSM (nipple sparing mastectomy) e SSM (skin sparing mastectomy). Não houve skin reducing mastectomy.
- Os níveis de complicações foram semelhantes a estudos prévios que utilizaram técnica RP.
- Taxas de contratura capsular baixa, semelhante ao RP.
- Mesmo os níveis de rippling não foram significativamente diferentes.
- A extrusão da prótese aconteceu mais significativamente em pacientes tabagistas. Em relação à reconstrução, houveram menos casos de perda da reconstrução PP do que na RP, embora não seja estatisticamente significativo.

II. Quais os principais aspectos técnicos envolvidos

A. É para todo tipo de mama?

- Basicamente sim, pois 34% dos casos eram mamas grandes, com mais de 30% deles utilizando implantes acima de 500cc. Também pode ser realizada em mamas grandes e com ptose, embora, para ptoses acentuadas, a skin reducing mastectomy (SRM) deva ser considerada.
- E para pacientes com mamas pequenas e densas? Mesmo naquelas com pouca gordura no subcutâneo, a PP pode ser realizada. Aqui vale a ressalva de avaliar a qualidade da pele da paciente. O retalho não necessita ser mais grosso (não podemos comprometer a cirurgia oncológica em prol da parte estética).

B. E qual prótese usar? A escolha da prótese é a mesma de RP ou PP. Principal uso é com as próteses redondas, deixando o colo mais alto. Dr Cícero realiza um ponto de sutura para prevenir o deslocamento da prótese. Este ponto vai entre a porção inferior do músculo grande dorsal e o sulco inframamário (exatamente na linha abaixo do mamilo). Com isso há a medianização da prótese, melhorando o colo.

C. E o uso de ADM? Matrizes são muito utilizadas em publicações internacionais. Aqui não é usado devido aos custos. Porém, Dr Cícero afirma que, mesmo que tivesse ADM disponível, ele não usaria. Isso porque elas não conseguem resolver as principais complicações: necroses grandes de pele.

D. O que acontece com as pacientes que fazem radioterapia? Mesmo nestas, mais de 70% não necessitam intervenção (pois não tem contraturas ou são contraturas Baker I ou II). O que mais chama a atenção é o padrão de contratura na prótese PP é uma contratura dita "harmônica", sem haver grandes deslocamentos superiores da prótese e que são facilmente corrigidos com lipoenxertia. Resultados estéticos são bastante satisfatórios, tanto naquelas que foram submetidas a radioterapia quanto naquelas que não foram (excelente 38%, bom 49%, moderado 12% e ruim 0%).

III. Por que está se tornando o novo gold standard?

Pois nenhuma outra forma de reconstrução está alcançando um resultado tão natural quanto a PP.

IV. Quando utilizar a técnica RP?

Quando o retalho no QSM é muito fino ou apresenta sinais de sofrimento e a cobertura com o músculo garantiria uma proteção extra.

Estudo em andamento The OPBC-02 Trial randomização de pacientes para PP ou RP.

Conclusão:

- Reconstrução PP possivelmente traz menos contratura capsular e é menos severa após radioterapia (necessita mais dados).
- Complicações agudas e crônicas são similares à reconstrução RP.
- A incidência de rippling tende a ser maior, porém é facilmente corrigida com lipoenxertia.
- Sem mama animada.
- Reconstrução RP apenas para casos muito selecionados.

QUANDO OS RETALHOS SÃO AS PRIMEIRAS OPÇÕES NA RECONSTRUÇÃO IMEDIATA?

Palestrante: Fábio Bagnoli

A reconstrução mamária deve ser oferecida para todas as pacientes que forem candidatas a uma reconstrução mamária, conforme consta no NCCN. Sabemos que o uso de prótese é a principal ferramenta na reconstrução mamária pós mastectomia; isso porque exige uma curva de aprendizado menor, a cirurgia é mais rápida e não há abordagem de outras áreas do corpo.

Dito isso, quando usaremos a reconstrução imediata com retalhos miocutâneos?

Uma revisão sistemática de Bassim (Breast Reconstruction and Adjuvant Therapy: a systematic review of surgical outcomes), mostrou que a reconstrução com retalhos teve menores taxas de complicações como infecção, reoperações, falência na reconstrução, em comparação com reconstrução com próteses. Outra coorte retrospectiva multicêntrica (Impact do Radiotherapy on Complications and Patient-reported outcomes after breast reconstruction), mostrou que, as pacientes submetidas a reconstrução com retalhos, ficaram mais satisfeitas com a reconstrução e tiveram menores queixas psicológicas.

Então, quando indicar o uso dos retalhos? Na visão do Dr Fábio, são 4 pontos principais:

1) Desejo da paciente

- Podemos usar para mamas de pequeno volume, com pouca necessidade de abordagem da contralateral; pacientes sem desejo de aumento de volume mamário e/ou uso de implantes. Neste caso, pensar em reconstrução com o músculo grande dorsal (GD).

2) Necessidade de pele

- Nestes casos podemos usar expansor ou empregar o uso de retalhos.
- Vale lembrar que a necessidade de pele nem sempre está relacionada ao acometimento tumoral extenso. Nos casos de tumores menores, mas que acometem a pelo do QIL (quadrante inferior lateral), o uso de retalho para cobrir o defeito no QIL permite que a cirurgia conservadora seja realizada sem trazer grandes sequelas estéticas / desvios do CAP.

- O uso de GD lipoenxertado vem ganhando espaço e mostra resultados satisfatórios. Estudo comprovando a técnica: Autologous breast reconstruction with the latissimus dorsi muscle with immediate fat grafting (Dr Vilmar e Dra Renata).
- Casos selecionados para reconstrução pós cirurgia de tumores inflamatórios.
- Nestes casos de tumores avançados, onde a paciente necessitará radioterapia, como ficam esses retalhos?

- Does post-mastectomy radiation therapy worsen outcomes in immediate autologous breast flap reconstruction? A systematic review and meta-analysis
- 21 estudos, mais de 3800 pacientes avaliadas
- Retalhos TRAM, DIEP ou SIEA (poucos utilizaram GD)
- Naquelas submetidas à radioterapia, houveram maiores taxas de esteatonecrose, perda de volume e reabordagens.
- Porém estes estudos quase não continham pacientes com reconstrução com GD
- Em relação à satisfação tardia da reconstrução, não houve diferença entre fazer ou não radioterapia

3) Cirurgia de resgate

- pacientes já submetidas a tratamentos conservadores anteriormente (e, portanto, radioterapia) mas que tiveram uma recidiva, ou descobriram uma mutação genética, e irão necessitar uma mastectomia.
- Nestes casos pode ser empregado o uso de matrizes biológicas ou sintéticas
- mas como essa não é a realidade do Brasil, podemos lançar mão da cobertura do implante com o uso de retalho.
- Aqui também entra o uso de retalhos para correção de grandes defeitos gerados por mastectomia

4) Custo das cirurgias

- vale lembrar que aquelas pacientes reconstruídas com implantes e submetidas posteriormente à radioterapia, vão, muitas vezes, necessitar de um segundo tempo cirúrgico para retoques (capsulectomia, lipoenxertia, troca de implantes).
- há inúmeros estudos na literatura que demonstram que os custos de cirurgias com retalhos tendem a ser menores no longo prazo, considerando as novas cirurgias.

Conclusão:

- Reconstrução imediata pós tratamento de câncer de mama deve ser indicada na imensa maioria dos casos.
- Se não tivermos implantes disponíveis ou por desejo da paciente podemos usar retalhos, em especial o GD.