

REQUADRANTECTOMIA: É POSSÍVEL? É SEGURO APLICAR TÉCNICAS DE ONCOPLASTIA?

Palestrante: Fabrício Palermo Brenelli (SP)

Autor: Dr. Guilherme Gamba – Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dr. Fabrício inicia sua apresentação afirmando que é possível realizar um novo tratamento conservador para o câncer de mama. Ele apresenta um estudo de sua autoria que analisou 1.517 cirurgias, nas quais apenas uma nova quadrantectomia foi realizada (0,2%). Em uma nova série em desenvolvimento com 5.387 cirurgias até o momento, foram realizadas 21 novas quadrantectomias (0,32%).

Apesar de possível, esse procedimento é pouco realizado e ele aponta alguns motivos:

- Literatura Limitada: há poucos estudos disponíveis, sendo a maioria séries de casos;
- Preocupações com prognóstico e desfecho: existe um receio quanto ao impacto na recorrência local e na capacidade de convencimento da paciente para realizar o procedimento novamente;
- Impacto psicológico: a recorrência do tumor pode causar um impacto psicológico significativo na paciente, dado a percepção de falha no tratamento anterior e ela se torna mais relutante em uma nova proposta conservadora. Concordante com isso, um estudo coreano destaca que o medo da nova recorrência é o principal fator que leva as pacientes a optarem pela mastectomia em vez da quadrantectomia.

A literatura nos mostra que é necessária uma avaliação minuciosa para definir quem será candidata a nova cirurgia conservadora, alguns pontos levantados pelo Dr. Fabrício são:

- Tempo entre a cirurgia inicial e a recorrência: nos primeiros 10 anos, o prognóstico é pior; após esse período, o prognóstico melhora;
- Tamanho do tumor e tempo de recorrência: em um estudo com mais de 12.000 pacientes, a taxa de nova recorrência após nova quadrantectomia foi de aproximadamente 30%, sendo o tempo e o tamanho do tumor os fatores mais importantes;
- Subtipo molecular: recorrência mais alta em tumores triplo-negativos e HER2 positivos;

Em relação aos desfechos oncológicos e radioterapia, estudos mostram uma taxa de recorrência de 15% na quadrantectomia versus 10% na mastectomia, sem mudança na sobrevida global (SG).

Mas com a adição de uma nova radioterapia (RTX), uma meta-análise mostra que, sem RTX, a taxa de recorrência é sim maior, porém com uma nova RTX, as taxas de recorrência são semelhantes às da mastectomia.

Para nos ajudar, o escore da ESTRO (TAM score) é utilizado para avaliar o risco de recorrência, considerando critérios como o tempo e subtipo, classificando em score 3 baixo risco, score 4-5 alto risco e score maior que 6 alto risco.

Em meta-análise usando o TAM score, observamos que pacientes de alto risco tem um risco de recorrência de 7,5% e tem menor sobrevida global e livre de metástases comparadas com pacientes de baixo e moderado risco.

Dr. Fabrício aborda também as indicações de mamoplastia redutora em mama irradiada. Explica que a radioterapia causa danos crônicos e permanentes na pele, resultando em problemas de vascularização e cicatrização. Também explica que não há estudos sobre oncoplastia em casos de recorrência, e as recomendações sugerem que os resultados cos-méticos não devem ser o foco nesses casos.

Um estudo com mais de 10.000 pacientes mostra que a radioterapia está associada a um maior número de casos de infecção e esteatonecrose. Outra meta-análise indica que, independentemente do tempo desde a radioterapia, os problemas persistem a longo prazo, com 54% de taxa de complicações em comparação com 8% sem radioterapia.

Por fim, Dr. Fabrício traz algumas dicas para tentar prevenir as complicações em mama irradiada:

- Seleção da paciente e técnica: optar por técnicas que mobilizem menos tecido;
- Desenhos mais curtos: evitar a elevação excessiva do complexo areolopapilar;
- Sacrificar o complexo areolopapilar: em mamas com grandes ptoses, considerar essa opção;

- Utilizar retalhos locorreionais e flaps pediculados: minimizar a quantidade de tecido movimentado;

Como conclusão, Dr. Fabrício traz que uma nova cirurgia conservadora é possível, especialmente em casos de recorrências tardias e perfis biológicos favoráveis, quando podemos associar nova radioterapia diminuindo o risco. Sobre a cirurgia oncoplástica os casos devem ser individualizados e devemos lembrar que em algumas situações os retalhos mio-cutâneos e locorreionais são uma boa opção. Por último, sempre levar em consideração a segurança oncológica e a segurança do paciente.

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA EM 2024: NOVAS TÉCNICAS E TECNOLOGIAS

Palestrante: Dr. Mário Rietjens (ITA).

Autor: Dr. Fernando Vecchi Martins – Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia
– Santa Catarina - Triênio 2023-2025.

Dr. Mário começa a apresentação dizendo que o papel nosso é evoluir no tempo. Essa evolução que começou há 130 anos com Halsted (1894) até agora em 2024 com as reconstruções com as próteses pré-peitorais e uso de Braxon.

As novas tecnologias seriam:

1. **Uso de matrizes de colágeno (MC) – ADMs (Acellular Dermal Meshes);**
2. **Reconstrução pré-peitoral (com uso de Braxon ou Poliuretano);**
3. **Cirurgia robótica;**
4. **Prótese Regenera (na opinião do palestrante a grande evolução da cirurgia conservadora e talvez o “fim” da oncoplástica).**

- **ADMs:** há diferentes tipos de fontes de MC – ADMs, como as que derivam de pele humana, pericárdio bovino, pele porcina, entre outros.

As principais indicações das MC são: mastectomia e reconstrução com prótese em casos de recidiva após cirurgia conservadora e radioterapia, além do uso para tratamento da cápsula após reconstrução com prótese ou expensor (na troca para a prótese) e radioterapia.

Dr. Mário segue mostrando pacientes em que usou MC nessas duas situações, com destaque de que se surpreendeu com casos de seis meses de seguimento após o uso em mas-

tectomia com prótese e radioterapia em que não viu a formação de cápsula.

Após, comenta de um estudo que publicou: Bovine Acellular Dermal Matrix-Based Breasts Reconstruction in Previously Irradiated Breasts: Complications and Outcomes From a Single-Center Experience, de 2023, que verificou importante redução de contratura capsular Baker IV após radioterapia com o uso desse tipo da ADM Bovine Acellular Dermal Matrix.

No mesmo sentido, comenta que sairá em breve um artigo seu com o uso de derma porcino e menor incidência de complicações, incluindo a mama vermelha, efeito tão temido no uso das ADMs no geral.

- **Reconstrução mamária pré-peitoral:** Na sua opinião, o Braxon é indicado para pacientes jovens com pouco tecido subcutâneo, e a prótese de Poliuretano para mulheres idosas, mamas ptóticas e subcutâneo maior.

Para quem não conhece, Braxon é uma ADM em que você “envelopa” ou reveste como uma embalagem toda a prótese. Ele cita que até o Braxon (o modelo fast) já evoluiu, tornando mais prático seu uso para o revestimento completo do implante.

Ele mostra um caso de uma paciente jovem, mamas pequenas e sem ptose, submetida a mastectomia bilateral profilática, sem radioterapia, com reconstrução com prótese revestida com o Braxon fast implantada no subcutâneo, sem evidência de mama animada ou contratura capsular no seguimento.

O grande empecilho do Braxon é o seu custo, em torno de 2 mil euros para cada mama.

Uma opção mais barata é com próteses de poliuretano, com a evolução do novo modelo B-Lite, com 30% de silicone e, conseqüentemente, menos peso. Apresenta um caso de mastectomia bilateral com o uso de poliuretano pré-peitoral, que teve a vantagem de não haver necessidade de corrigir a ptose, e não houve a formação também de contratura capsular.

- **Cirurgia robótica:** alternativa ainda polêmica, segundo o palestrante, pois “pra que complicar, se você pode realizar a mastectomia tradicional?”. Na opinião dele, é uma inovação, uma técnica que existe, porém muito cara, não aplicada a todas as pacientes. Ele apresenta alguns casos de mastectomia bilateral profilática por robótica, com inclusão de prótese de poliuretano revestida com ADM, com excelentes resultados. A grande vantagem, conforme Dr. Mário, é que você não vê a cicatriz na mama, que fica bem lateral, quase na região axilar.

- **Prótese Regenera:** ele já inicia dizendo que essa prótese é a revolução na cirurgia conservadora mamária. Há 15 anos, ele recebeu engenheiros que lhe pediram ajuda para desenvolver uma nova prótese, a Regenera, que funciona como se fosse uma espuma, de material sintético, poroso e biodegradável (ela é integralizada à mama e deixa de existir, por

um processo de neovascularização).

Dr. Mário apresenta lâminas de histologia mostrando a evolução da incorporação dessa prótese ao tecido mamário, sendo que ela deixa de existir, em média, após 18 meses da sua inserção.

A principal indicação é substituir o defeito mamário após a quadrantectomia.

Apresenta um estudo clínico do uso da Regenera em 16 casos pós retirada de tumores benignos (fibroadenomas), obviamente sem radioterapia após. Mostra imagens de exames mamários (mamografia, ultrassom e ressonância magnética) sequenciais após os procedimentos, mostrando a inexistência dessa prótese ao longo do tempo, sem formação de cápsula, inclusive. A prótese se torna um tecido fibroadiposo, semelhante ao parênquima mamário.

Finaliza sua aula citando um estudo seu em andamento com 90 casos em pacientes oncológicas, multicêntrico (Milão e Pisa, na Itália, e La Corunha, na Espanha). Já foram feitos 10 casos no Instituto Europeu de Oncologia, seu serviço em Milão, sem nenhuma complicação, ainda sem os efeitos dos resultados pós radioterapia. O grande objetivo é tornar cirurgias mais simples e com melhores resultados estéticos.

CONCLUSÕES DE SUA AULA:

- 1. É necessário tentar inovar sempre!**
- 2. Se possível com técnicas mais simples, com cirurgias e custos menores, com o melhor resultado estético.**

ESTAMOS VIVENDO TEMPOS DE SUPER INDICAÇÕES? COMO LIDAR COM COMPLICAÇÕES?

Palestrante: Dr. Mário Rietjens (ITA).

Autora: Dra. Alessandra Chiarello - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Dr. Rietjens inicia citando que é sempre difícil para nós como cirurgiões aceitar e admitir que temos complicações, e que muitas vezes essas complicações foram criadas por nós mesmos. A cirurgia oncológica iniciou nos anos 90 pelo Dr. Audretsch, com a associação de técnicas de cirurgia plástica para melhorar resultados após quadrantectomias.

Atualmente a ampliação das indicações leva a uma maior preocupação com o resultado estético. Hoje em dia realizamos a mastectomia com preservação do CAP, que dependendo da incisão torna essa preservação arriscada. Estamos tratando mamas grandes com o mínimo de cicatriz e as pacientes geralmente tem grandes expectativas estéticas. A grande maioria dos problemas são originados nos erros de indicação que levam as complicações.

As complicações cirúrgicas nas pacientes oncológicas têm maior gravidade devido a possibilidade de retardo no início das terapias necessárias (quimioterapia e radioterapia), por isso a importância de agir rapidamente para reduzir o tempo de resolução das complicações, assim como usar medidas de prevenção para reduzir as mesmas.

Principais complicações imediatas: infecção, hematomas, necroses cutâneas.

- Segundo Dr. Rietjens, no Instituto Europeu de Oncologia (IEO) o índice de infecções atualmente é de apenas 1% (em 2023). É importante a atuação na fase de prevenção, com algumas medidas simples, como o estímulo a lavagem correta das mãos pela equipe e te-

rapia antibiótica profilática. No caso de constatada a infecção iniciar rapidamente terapia antibiótica empírica, fazer cultura com antibiograma, e por fim tratamento cirúrgico se não houver resolução com a terapia antibiótica.

- Para prevenir a necrose cutânea é necessário atentar para um plano de dissecação correto, evitar tração dos retalhos, adaptar as técnicas para pacientes fumantes, pois estas têm mais risco de necrose, avaliação intraoperatória dos retalhos com FLUOBEAM (principalmente em mastectomias com longos pedículos para preservação da aréola). Para tratamento temos curativos com creme de nitroglicerina ou curativos avançados (VAC, PICO, etc.).

- No IEO o índice de hematomas é de 3%. Como prevenção podemos destacar a correta hemostasia durante a cirurgia e curativo elastocompressivo por 24 horas. Caso hematoma ocorra, o tratamento pode ser feito com ácido tranexâmico (Tranex) se pequeno sangramento, ou até mesmo revisão cirúrgica em urgência se necessário.

Complicações tardias:

- Assimetria mamária (prótese errada, aumento de peso, terapia hormonal), geralmente resolvidas com novas cirurgias, com troca de próteses por exemplo.

- Contratura capsular, resolvida com abertura da mesma cicatriz, remoção da prótese, retirada da capsula inferior e substituição por matriz ADM.

- Ruptura da prótese não é uma cirurgia de urgência, a troca de prótese pode ser dentro de 3 a 4 meses.

- Rotação da prótese e ondulações (rippling), podem ser resolvidas com capsulotomia inferior ampla e lipoenxertia.

- Hérnia da parede abdominal pós TRAM

Conclusões:

As cirurgias hoje estão mais complexas e as pacientes mais exigentes com o resultado estético. O mastologista deve investir em uma boa formação e manter-se atualizado.

Em caso de complicações, as pacientes devem ser seguidas pelo cirurgião responsável pela cirurgia a 100%, acompanhando diariamente os curativos, estando junto da paciente até a resolução da sua complicação.

AValiação DAS SEQUELAS E MAUS RESULTADOS NA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: ALGORITMO PARA CIRURGIA DE REVISÃO

Palestrante: Dr. Eduardo Gonzalez.

Autor: Dr. Fernando Koenig - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

“Quanto mais tempo realizando as cirurgias de reconstrução, maiores as chances de o médico ter algum resultado desfavorável” – iniciando a aula com esta frase, Dr Gonzalez nos mostra que resultados ruins tendem a acontecer com todos os médicos que realizam reconstrução de mama. Por este motivo, devemos estar familiarizados com técnicas cirúrgicas para cirurgias de revisão.

Mas o que é uma cirurgia de revisão? É aquele procedimento realizado para tratar sequelas de uma cirurgia mamária de reconstrução. Nestes casos, é importante analisarmos quais foram as razões que levaram a um mau resultado estético. Dr Gonzalez nos mostra que estes resultados ruins geralmente estão correlacionados a certos fatores, como por exemplo:

- Erros do médico cirurgião: fatores que vão desde o erro na escolha da determinada técnica cirúrgica, má execução do procedimento e falta de experiência.
- Alterações inerentes à paciente: ganho ou perda de peso; diferenças na elasticidade da pele; comorbidades que possam prejudicar o resultado final da cirurgia (tabagismo, obesidade ou DM2).
- Tratamentos adjuvantes: o principal deles é a realização de radioterapia adjuvante sobre a mama reconstruída.

Destes fatores, previamente descritos, o mais prevalente, certamente, está relacionado aos erros do cirurgião. O palestrante nos mostra que existem fatores, ou erros, que são mais comumente cometidos, de acordo com cada técnica cirúrgica. Por exemplo:

- Para cirurgias com próteses ou expansores:
 - » Confecção de uma loja insatisfatória para o tamanho da prótese usada na reconstrução, levando a um mal posicionamento do implante;
 - » Manejo inadequado do sulco inframamário;
 - » Escolha errado do tipo e/ou do tamanho do implante;
 - » Má indicação da técnica de simetrização da mama contralateral;
 - » Avaliação intraoperatória final incorreta, por exemplo: não sentar a paciente para checar a simetria da mamas;
- Para cirurgias com retalhos miocutâneos:
 - » Má escolha do pedículo vascular, levando a uma rotação insuficiente do retalho (no caso de TRAM bipediculados). Para os retalhos microcirúrgicos, a escolha de vasos incompetentes para o tamanho do retalho;
 - » Modelamento incorreto do retalho;
 - » Não considerar a altura do sulco inframamário;
- Na lipoenxertia:
 - » Ruptura acidental da prótese ou expansor com a cânula;
- Na reconstrução do CAP:
 - » Mal posicionamento;
 - » Tamanho incorreto;

Mas o que devemos considerar quando vamos indicar uma cirurgia de revisão? É importante lembrar que estas cirurgias são sempre um desafio para o cirurgião, devido às dificuldades técnicas e táticas, sendo difícil chegar a um ótimo resultado em apenas um procedimento. Por isso, é importante orientar a paciente sobre os problemas que poderão aparecer, as

soluções que poderão ser tomadas e a necessidade, na maioria dos casos, de mais um procedimento para alcançar o resultado cosmético desejado. Uma vez que a paciente está ciente das dificuldades daquela cirurgia, devemos definir uma solução estratégica, seguindo estes passos:

1. Qual foi a seqüela que levou a este resultado ruim?
2. Tem radioterapia?
3. Como está a qualidade da pele?
4. Como está a simetria?
5. A paciente apresenta alguma preferência para esta cirurgia?

Ao avaliar as principais seqüelas inerentes à cirurgia inicial (passo número 1), Dr. Gonzalez monta o seu algoritmo para definir sua cirurgia de revisão. Por exemplo, para cirurgias de reconstrução com prótese ou expansor, as principais seqüelas são:

- Rotação do implante;
- Expansão insuficiente, ou falta de projeção, do polo inferior;
- Expansão exagerada do polo superior;
- Deslocamento cranial, lateralização ou medianização do implante;
- Escolha errada do tamanho da base do implante;
- Sulco inframamário assimétrico em relação ao contralateral;
- Dissecção demasiada do tecido, podendo gerar afundamentos na pele ou rippling;
- Contratura capsular;
- Mal posicionamento do CAP;
- Expansão insuficiente em locais de cicatrizes prévias, gerando retrações e/ou “dog ears”;

É importante lembrar que mais de uma seqüela pode estar presente naquela paciente.

Já em relação aos retalhos miocutâneos, as principais seqüelas são:

- Alteração no formato;
- Alteração no volume (excessos ou defeitos, como retrações);
- Sulco inframamário assimétrico em relação ao contralateral;
- Assimetria das mamas;
- Mal posicionamento do CAP;

Uma vez definidas as complicações presentes, devemos analisar quais técnicas usar, de acordo com cada seqüela:

- Correção da rotação da prótese → troca do implante ou correção da loja;
- Correção da loja e do sulco inframamário → elevação ou rebaixamento do mesmo; capsulectomias;
- Cirurgia de revisão secundária para troca de expansor por prótese → uma primeira cirurgia para colocação de expansor e após, uma segunda para prótese definitiva;
- Cirurgia de revisão com tecido autólogo (retalhos);
- Lipoenxertia → para melhorias de plastrão, retrações ou contraturas;
- Correção secundária da mama oposta → mamoplastia contralateral;
- Reconstrução secundária do CAP → algumas vezes, quando há um desvio muito importante do CAP, é necessário retirar o CAP e realizar um enxerto livre na posição correta;
- Combinação de técnicas;

Em resumo, para o seu algoritmo de cirurgia de revisão, Dr. Gonzalez avalia e segue os seguintes passos: Qual foi o motivo que levou a este resultado estético ruim? Quais seqüelas estão presentes? Quais técnicas devemos utilizar para correção destas seqüelas? Seguindo estes passos, as chances de sucesso na cirurgia de revisão aumentam consideravelmente.

LIPOENXERTIA EM CIRURGIA CONSERVADORA: IMEDIATA E TARDIA

Palestrante: Dra. Marcia Portela De Melo.

Autora: Dra. Daniela Nesello - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

A lipoenxertia tem uma aplicação significativa na cirurgia conservadora por melhorar os resultados cosméticos e funcionais com correção de perda de volume, forma e projeção, ampliar as indicações de cirurgias conservadoras (em especial nas mamas pequenas e de médio volume, tumores nos quadrantes superiores e mediais), diminuir a necessidade de cirurgia da mama contralateral, reduzir e recuperar perdas cosméticas causadas pela radioterapia e reduzir a necessidade de cirurgias mais extensas como a rotação de retalhos.

A princípio, a lipoenxertia nesse grupo de pacientes levou a uma preocupação se ocorreria aumento das taxas de recidiva. A série de pacientes de casos de Milão, IEO, mostrou que pacientes com carcinoma invasor de mama não apresentaram maior taxa de recidiva locoregional na lipoenxertia tardia com qualquer técnica realizada. Porém no grupo de CDIS observou-se uma maior taxa de recidiva com a técnica de lipofilling, talvez devido a amostra pequena de pacientes, que mesmo analisadas em conjunto com a série de Paris do Dr. Krishna Clough manteve essa diferença significativa. Ressalta também que o tempo de seguimento curto dessas pacientes, em especial no grupo controle, não tenha dado tempo para ocorrência de novos eventos, contribuindo para essa diferença significativa, além da identificação de um viés de pareamento de casos-controles, porque existe uma grande variabilidade do tempo e o intervalo livre de doença pré-lipoenxertia. Então, muitas vezes, o seguimento dos controles foi mais curto apresentando menos tempo de ocorrência de eventos do que os casos.

A partir desse estudo, foi reavaliado esse grupo de pacientes e pode se observar que em 2015, após um maior tempo de follow-up, não se observou mais uma diferença significativa de recidiva locoregional e isso se mantém ainda hoje. A partir desse momento, a lipoen-

xertia passou a ser amplamente usada junto com a cirurgia conservadora de forma tardia e mais adiante, vamos ver na modalidade imediata.

A lipoenxertia ainda mantém alguns desafios por causa da alta variabilidade de retenção do volume enxertado, com uma taxa de absorção de 30-50% e necrose gordurosa, que também pode ser influenciado pela técnica utilizada de lipoenxertia, que envolve a coleta, processamento e a própria enxertia.

A palestrante continua falando sobre como melhorar a lipoenxertia. Considera a escolha da cânula muito importante, sendo o ideal cânulas com diâmetro de 1,8 mm a 2,0 mm, com orifícios únicos, evitando formar lagos de gorduras. Acrescenta a orientação de distribuir o lipoenxerto em camadas estruturadas em várias direções, formando uma espécie de uma teia, evoluindo até o músculo peitoral maior e aconselha observar a densidade do tecido na área receptora, evitando a saturação pelo enxerto e o prejuízo na vascularização.

Muitas vezes, é um desafio a lipoenxertia tardia, porque vamos ter casos com resultados cosméticos pobres e efeitos importantes da radioterapia, com perdas significativa de volume, fibrose, endureção, áreas importantes de retração e telangectasias.

A palestrante mostra um caso de uma paciente com área de fibrose e assimetria na mama, corrigido com lipoenxertia e fasciotomia, aonde foi injetado 280 ml de volume, apresentando uma boa recuperação de volume principalmente no polo superior da mama no 14º pós-op, com melhora da elasticidade do parênquima mamário e da pele com o evoluir do tempo com melhora da simetria contralateral.

A partir desse resultado, o Professor Biazus, teve uma idéia: “Porque não fazer uma lipoenxertia imediata, e já recompor parte do volume perdido na setorectomia, reduzindo os efeitos provocados pela radioterapia?” A partir desse momento, foi dado um primeiro passo para um estudo piloto, acompanhando um conjunto pequeno de pacientes por um período de 1 a 2 anos, em que foi feito uma avaliação de resultado cosmético, complicações e seguimento com imagem. A palestrante mostrou um caso, de uma paciente com um tumor nos quadrantes mediais da mama, e que foi realizado a lipoenxertia com uma hipercorreção, com resultado em 15 dias de PO e 6 meses após a radioterapia, com resultados satisfatórios.

Foi realizado então, um protocolo a partir do estudo de doutorado da Dra. Camile Stumpf orientado pelo Dr. Biazus, que resultou em um artigo publicado em 2020, avaliando esse grupo de caso-controle em que não houve diferença significativa nas pacientes com lipoenxertia imediata, em relação ao risco de recidiva após uma média de seguimento de 5 anos. Essas pacientes seguem ainda em acompanhamento, mas esses resultados já mostram a possibilidade e a segurança de fazer a lipoenxertia imediata mantendo todos os controles e tratamentos adequados.

A lipoenxertia imediata envolve algumas variações de técnicas, e a palestrante mostra um caso de uma paciente de 59 anos, com carcinoma mamário invasivo, na junção dos quadrantes superiores da mama direita, com tumor de 2,6 cm, T2 N0, que foi retirado um setor de 5,5 × 4,4 × 2,8 cm e realizado uma lipoenxertia com 198 ml no parênquima mamário, ao redor da área do setor. Inicia o enxerto nos planos profundos da mama, incluindo o músculo peitoral maior, subindo gradualmente para os planos mais superficiais da mama, incluindo o subcutâneo, em diferentes direções, formando uma espécie de “teia” na mama. Enfatiza que o importante é realizar a enxertia estendida no restante do parênquima mamário, ajudando no volume e na forma da mama, inclusive no preenchimento dessa região onde foi realizado o setor. Foi realizado seguimento de 6 meses após a radioterapia, e observou-se manutenção da forma e do volume da mama, sem sinais de retração, e um bom resultado nos exames de imagens. No ultrassom de mamas, observa-se na área da cicatriz, uma pequena sombra em função de uma calcificação, mas sem nenhuma dificuldade para identificação e avaliação pelo radiologista.

Finaliza a aula questionando: “E como melhorar nossos resultados?” Com melhor seleção da área doadora, a coleta com técnica menos traumática, a manipulação cuidadosa do tecido gorduroso, o processamento por centrifugação ou técnica preferencial do cirurgião. A enxertia é personalizada e ela melhora com a experiência do cirurgião.

RECONSTRUÇÃO EXCLUSIVA COM LIPOENXERTIA E APLICAÇÃO NO PLASTRÃO: COMO E QUANDO?

Palestrante: Dr Rodrigo Cericatto (RS).

Autora: Dra. Luiza Boechat - Membro da Juventude Rosa da Sociedade Brasileira de Mastologia – Santa Catarina – Triênio 2023 – 2025.

Os benefícios da lipoenxertia envolvem tanto questões estéticas, como melhora do contorno corporal, preenchimentos faciais e dorso das mãos, e também para reposição de volume.

Pode se associar a cirurgias de explantes, mamoplastias de aumento e correção de sequelas traumáticas, como queimaduras, outras cirurgias ou de radioterapia, além da correção de anomalias congênitas.

É um material autólogo, que não causa alergias ou ativação da imunogenicidade, sendo considerado um procedimento simples de execução e de baixo custo.

Graças as células totipotenciais presentes no lipoenxerto, há a formação de neovascularização no leito receptor, o que possibilita atenuar as sequelas da radioterapia nesse tecido, com melhora da mobilidade e elasticidade da pele.

É possível realizar a reconstrução mamária completa de pacientes que passaram por complicações, como a perda dos implantes de silicone ou de expansores. São realizadas sessões subsequentes de enxertos de gordura, com o objetivo de restauração de volume associadas a rigotomias para desfazer possíveis aderências locais.

A técnica pode ser ainda associada a outras na correção de defeitos, com a possibilidade de rotação de retalhos locais, sendo a reconstrução complementada com a lipoenxertia.

Quando a lipoenxertia não funciona? Quando não se tem um leito receptor favorável – seja por intensa fibrose e pelo tecido receptor ser muito delgado, como em pacientes de baixo IMC submetidas a radioterapia prévia, com plastrão extremamente delgado, sendo uma alternativa nesses casos, a reconstrução com retalhos miocutâneos e substituição desse tecido. O leito receptor tem que ser favorável para se ter os benefícios da lipoenxertia - neovascularização, recuperação da elasticidade e mobilidade do tecido tratado.

O enxerto de gordura pode ser aplicado tanto sob a pele, quanto em retalhos locais e na musculatura associada, a fim de aumentar o volume local.

Geralmente, para reconstrução total de mamas são necessárias mais de uma sessão de lipoenxertia, a depender do volume desejado de reconstrução.

Em qual situação se realiza a lipoenxertia na parede torácica? Principalmente para pacientes submetidas a mastectomia radical, seguido por radioterapia em que há alto grau de fibrose local. A técnica possibilita a melhora da pele, aumento de volume, sendo possível até mesmo a colocação de expansores teciduais após o procedimento. Assim, a lipoenxertia permite que, um procedimento anteriormente contra-indicado pelo tratamento prévio de radioterapia, realizado pela paciente.

O preparo do plastrão irradiado com lipoenxertia deve ser considerado tanto para o planejamento de reconstruções tardias com expansores, implantes ou retalhos miocutâneos, pelos benefícios associados a técnica.

É possível ainda a aplicação de nanolipoenxertia, restaurando também a mobilidade e elasticidade da pele, em casos de fibrose extrema da parede torácica após radioterapia ou queimaduras. É possível a aplicação do nanoenxerto com agulhas muito delgadas, como as de insulina, podendo ser associada a rigotomias. Com isso, em paciente com sequelas extremas de mastectomia e radioterapia, em que há linfedema e perda da mobilidade do membro superior devido a restrição da amplitude de movimento pela contratura local da pele, há melhora da mobilidade.

Assim, Dr. Rodrigo Cericatto conclui que a lipoenxertia é uma técnica fundamental e deve fazer parte da rotina cirúrgica. Pode ser usada em cirurgias estéticas ou reparadoras e todos que se dedicam as cirurgias mamárias deveriam se dedicar a esse recurso.