

Reconstrução Mamária com Retalho Músculo-Cutâneo do Reto Abdominal

RUY VIEIRA

Chefe da Seção de Cirurgia Plástica do Instituto Nacional de Câncer

JOSÉ KOGUT

MAURÍCIO CHVEID

Médicos Cirurgiões da Seção de Cirurgia Plástica do Instituto Nacional de Câncer

RESUMO

Os autores descrevem a utilização do retalho músculo-cutâneo do reto abdominal, no que concerne à anatomia, técnica operatória e casuística, com casos demonstrativos.

Tecem comentários sobre as vantagens e cuidados com a utilização deste retalho.

Vantagens

1. *O retalho é suficientemente grande para reconstruir a mama e a depressão infraclavicular, sem utilização de prótese.*
2. *Não deixa deformidades na área doadora.*
3. *Apresenta semelhança na coloração da pele e na consistência do tecido reconstruído com a mama contralateral.*

Cuidados com

1. *A existência de cicatrizes prévias, que limitam a sua utilização.*
2. *A utilização do retalho em toda a sua extensão, o que causa, via de regra, sofrimento da extremidade contralateral cutânea.*
3. *A necessidade de uma boa drenagem da ferida operatória.*

UNITERMOS — Reconstrução mamária; câncer da mama; retalho do músculo reto abdominal no câncer mamário.

INTRODUÇÃO

A mutilação causada pela mastectomia desencadeia graves problemas psicológicos nas pacientes operadas. Como solução, diversas técnicas de reconstrução têm sido preconizadas; porém todas deixam a desejar de alguma forma, principalmente naqueles casos em que a mastectomia foi radical.

Achamos que a técnica ideal deverá:

- 1º — Ter área doadora com tecido suficiente para reconstrução mamária, sem deixar seqüelas.
- 2º — Oferecer alcance fácil para a região torácica sem que prejudique a modelagem da nova mama, inclusive preenchendo a deformidade infraclavicular permanentemente.
- 3º — Evitar o emprego de corpo estranho ao

organismo (prótese de silicone mamária).

4º — Manter a paciente em uma só posição durante o ato cirúrgico.

De todos os tecidos existentes no corpo humano, a região abdominal é a única que preenche estes pré-requisitos, como área doadora.

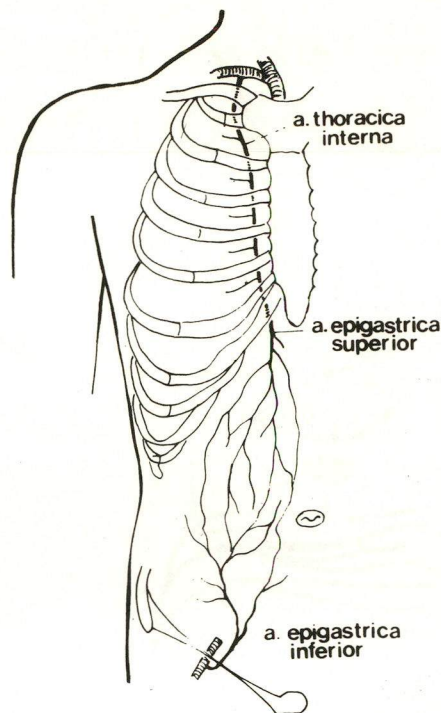
HISTÓRICO

Drever em 1977 usava um retalho miocutâneo do reto abdominal longitudinal para reconstrução mamária (2 e 3). Holmstrom em 1979 preconizava o uso de retalho obtido em abdominoplastia, através de pedículo deixado na artéria epigástrica inferior, para reconstruir a mama com microcirurgia (1). Hartrampt, Scheflan e cols., em 1982, utilizaram retalhos abdominais supra e infra-umbilicais, para reconstrução da mama, através do músculo reto abdominal, vascularizados pela artéria epigástrica superior (9). Outros autores emitiram opinião a respeito (4, 5, 7, 8, 10).

ANATOMIA E FUNÇÃO

O músculo reto abdominal (MRA) é fino e achatado, localizado de ambos os lados da parede abdominal, inserindo-se do gradil costal da quinta à sétima costela e ao púbis. É vascularizado pelas artérias epigástrica superior, ramo da torácica interna e epigástrica inferior, ramo da ilíaca (11). Vasculariza, através de perfurantes musculares, a parede cutânea abdominal. Essas artérias se interligam na porção média do músculo, formando uma arcada (Esquema 1).

A função do MRA é acessória na flexão do tronco e na contenção e consistência da parede abdominal.



Esquema 1 — Vascularização do MRA

TÉCNICA OPERATÓRIA

Iniciamos a cirurgia pela incisão supra-umbilical de abdominoplastia convencional. Fazemos o descolamento de toda a parede abdominal superior, como em uma abdominoplastia. É efetuada a tração do retalho descolado, determinando-se pelo seu avanço o local da incisão inferior do retalho, assim formado por uma plástica abdominal convencional (Esquema 2).

Fazemos descolamentos laterais deste retalho até à linha alba e, pelo outro lado, até à borda externa do MRA. Liberamos a cicatriz umbilical do retalho.

Iniciamos a liberação do músculo por incisão longitudinal supra-umbilical, sendo ele completamente isolado da aponeurose, anterior e posteriormente. Completamos as incisões aponeuróticas na porção infra-umbilical, de

maneira que se forme uma ilha aponeurótica sobre o músculo, mantendo íntegros os vasos perfurantes que irão vascularizar todo o retalho.

Pela borda externa e inferior do MRA expõe-se a artéria epigástrica inferior, que é ligada.

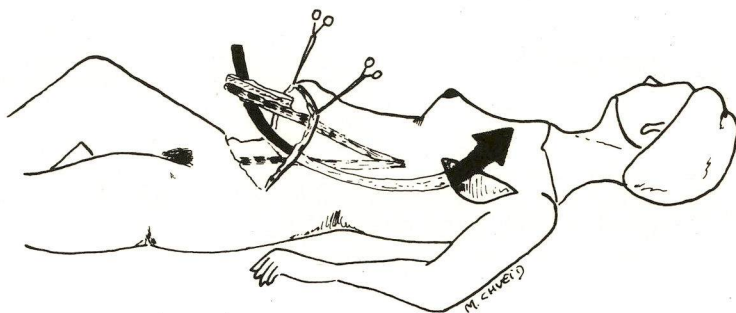
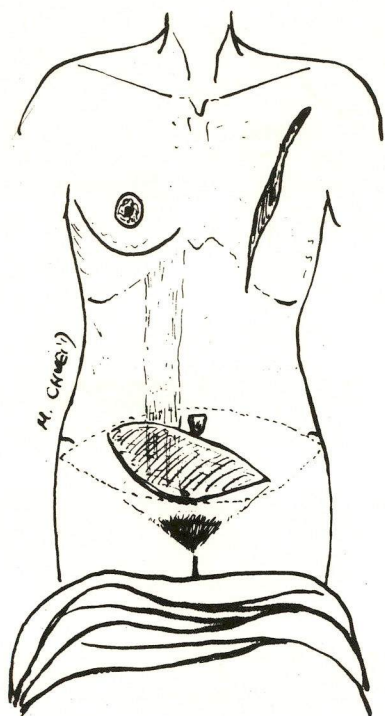
A partir deste ponto o retalho passa a sobreviver pela nutrição através da epigástrica superior.

O MRA é desinserido do púbis e totalmente levantado da parede aponeurótica abdominal. Fazemos fixação de reforço do músculo ao retalho nos três pontos distais.

O músculo permanece com suas inserções no gradil costal e com a artéria epigástrica superior.

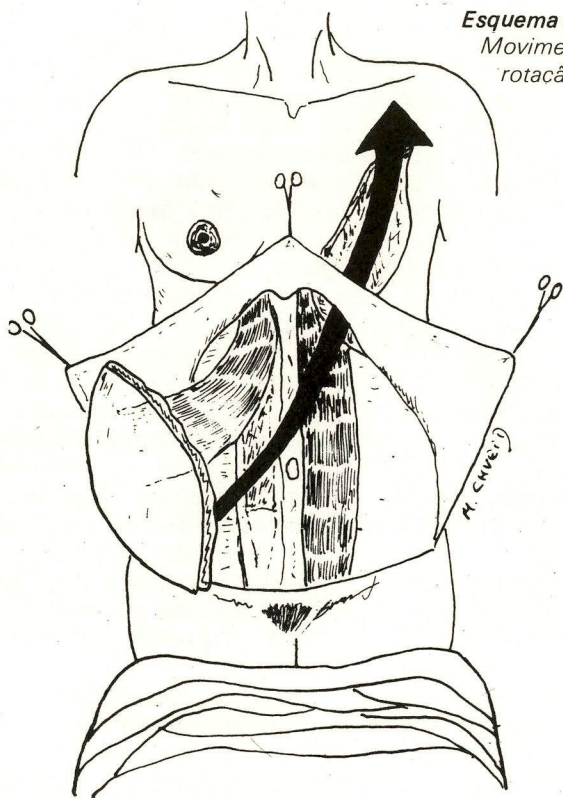
Fazemos interligação da região abdominal à parede torácica a ser reconstituída por descolamento em túnel para a passagem do retalho (Esquemas 3 e 4).

Esquema 2
Retalho do MRA
(miocutâneo) em ilha



Esquema 4

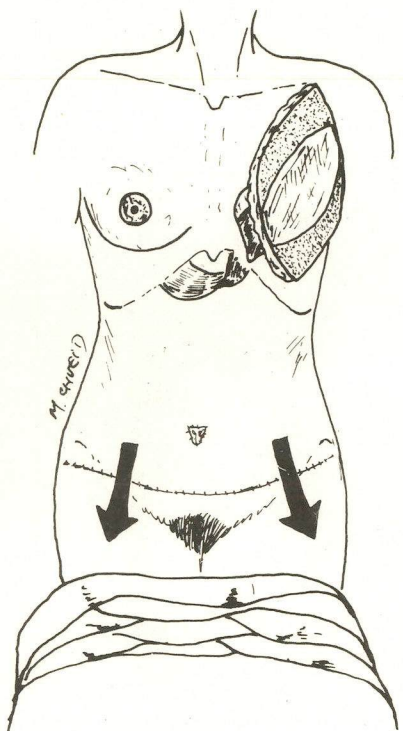
Esquema 3
Movimento de
rotação do retalho



A reconstrução da parede aponeurótica abdominal faz-se por afrontamento das aponeuroses, que avançam 7 a 10 cm, como numa plástica abdominal convencional para correção da diástase. Por vezes fazemos reforço em sua porção inferior, por ser o ponto mais fraco (arcada de Douglas) com enxerto da aponeurose excedente da porção supra-umbilical.

Reposicionamos a cicatriz umbilical na linha média e terminamos a cirurgia na região abdominal, como se fosse uma plástica abdominal convencional.

O retalho é então trabalhado na região receptora, de maneira a *neoformar*, através de desepitelização, a depressão infraclavicular, o colo e a mama (Esquema 5).



Esquema 5 — Posição final das áreas doadora e receptora

CASUÍSTICA

Nossa experiência é de 26 casos, sendo os seis primeiros realizados pela técnica de Drever; iniciamos em agosto de 1981, e a partir de setembro de 1981 20 pacientes foram operados com a técnica descrita por Hartramp, Schefflan e cols. Destacaremos a seguir quatro casos ilustrativos.

Caso 1 — paciente de 53 anos, portadora de carcinoma ductal infiltrante, há seis anos tratada com radioterapia e ooforectomia. Apresentava ferida ulcerada na parede torácica com áreas de radiodermite e radionecrose, com eliminação de fragmentos de costela (Figura 1) Foi submetida à toracectomia com ressecção de quatro costelas e 2/3 do osso esterno (Figura 2). A reconstrução do gradil costal foi realizada com duas telas de marlex e metilmetacrilato, e com retalho mio-cutâneo do reto abdominal fizemos a reconstrução da parede cutânea torácica e da mama em um só tempo cirúrgico (Figura 3).



Figura 1
Caso 1 — pré-operatório

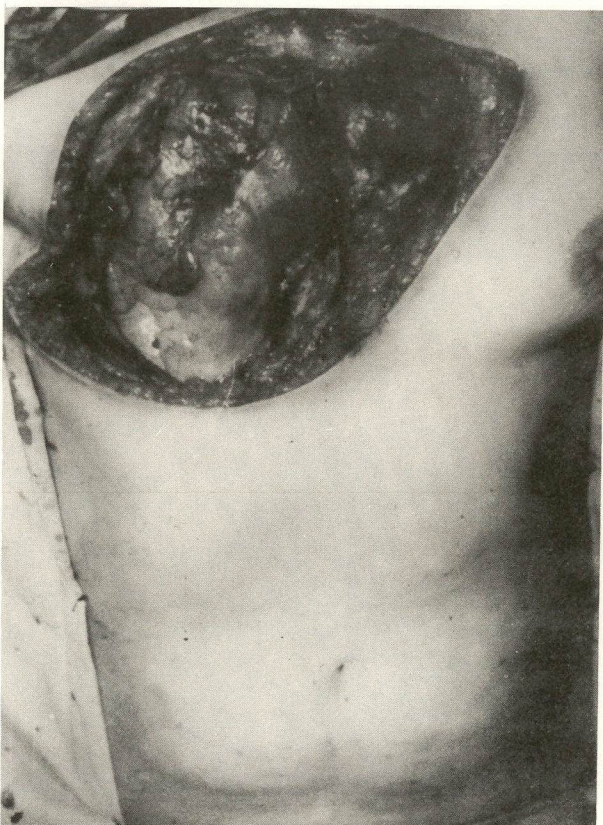


Figura 2.
Caso 1 — transoperatório

Caso 2 — paciente com 34 anos, operada (mastectomia radical) há três meses por carcinoma cirroso de quadrante superior externo com linfonodos axilares negativos (Figura 4). Submetida ao primeiro tempo de reconstrução mamária com retalho miocutâneo do MRA, obtido através de dermolipectomia abdominal (Figura 5).

Caso 3 — paciente com 38 anos, operada há seis meses de mastectomia radical. Apresentava áreas de radiodermite na região torácica, e acentuada depressão infraclavicular (Figura 6). Realizado o primeiro tempo de reconstrução mamária com retalho miocutâneo do MRA, utilizado em toda a sua extensão, para preencher deformidade infra-

clavicular (Figuras 7 e 8).

Caso 4 — paciente com 42 anos de idade, submetida à mastectomia radical há nove anos, por carcinoma ductal (Figuras 9 e 10). Executada a reconstrução mamária com retalho miocutâneo do MRA, utilizando grande parte do retalho desepitelizado na modelagem do contorno mamário (Figuras 11 e 12).

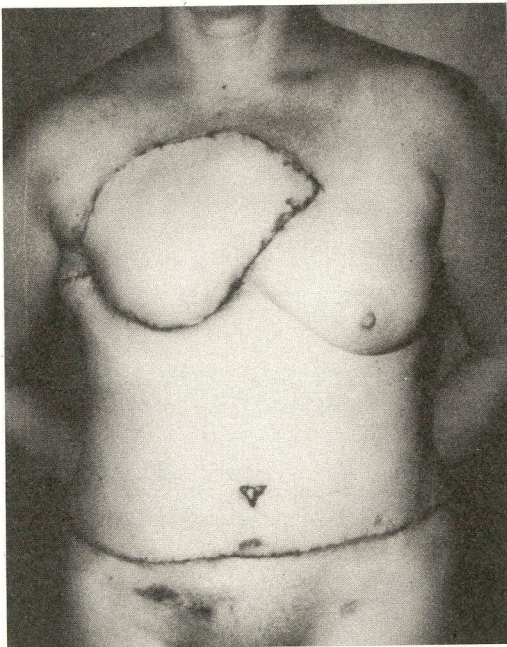


Figura 3 — Caso 1.— pós-operatório com 21 dias



Figura 5 — Caso 2 — pós-operatório com 15 dias

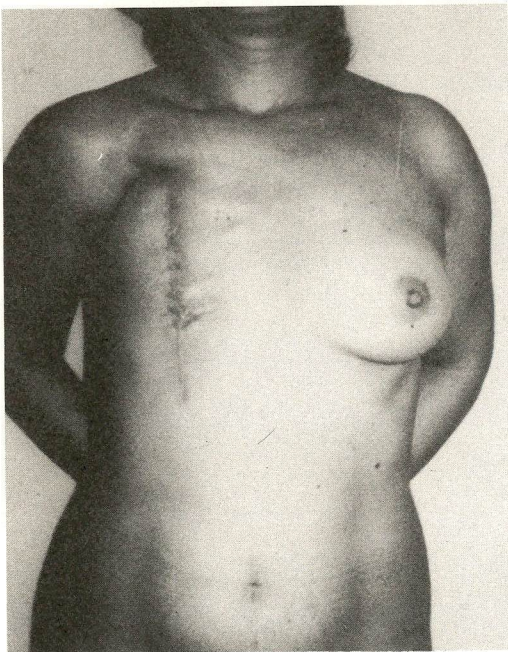


Figura 4 — Caso 2 — pré-operatório

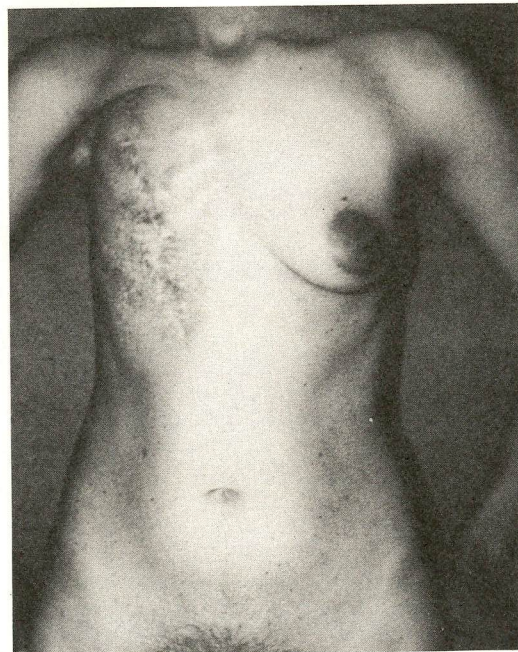


Figura 6 — Caso 3 — pré-operatório



Figura 7 — Caso 3 — transoperatório com retalho miocutâneo MRA descolado e elevado.

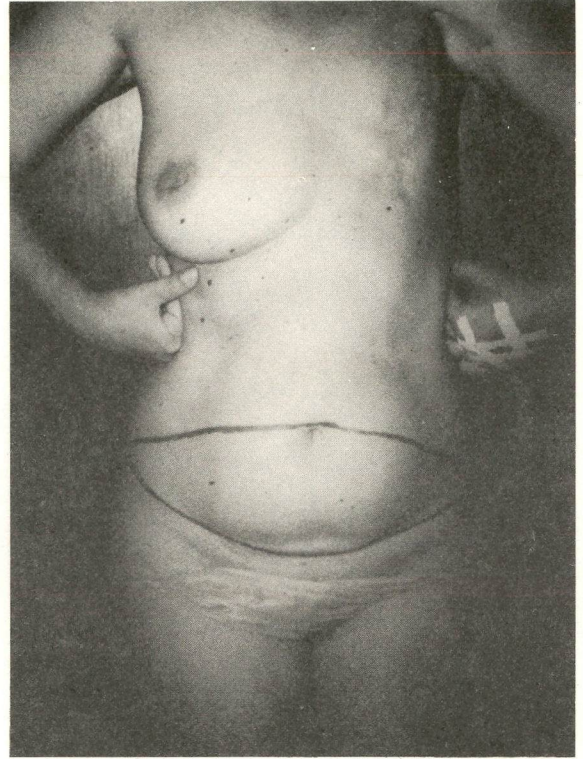


Figura 9

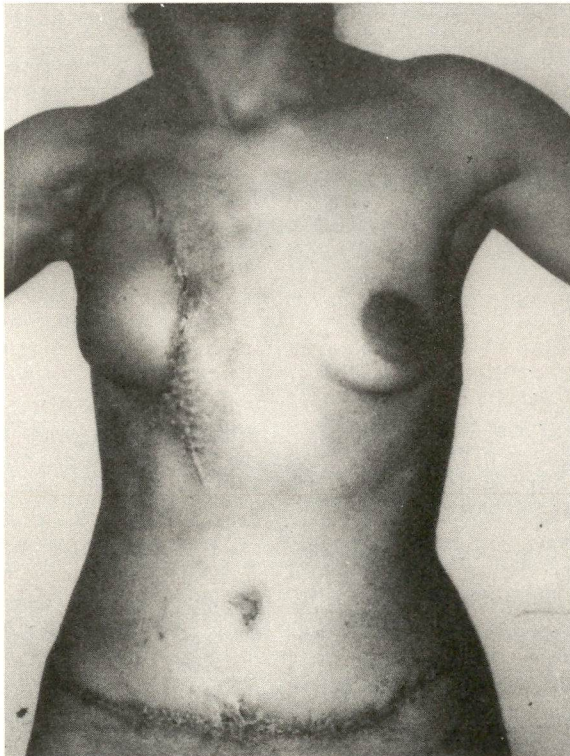


Figura 8 — Caso 3 — pós-operatório com 15 dias

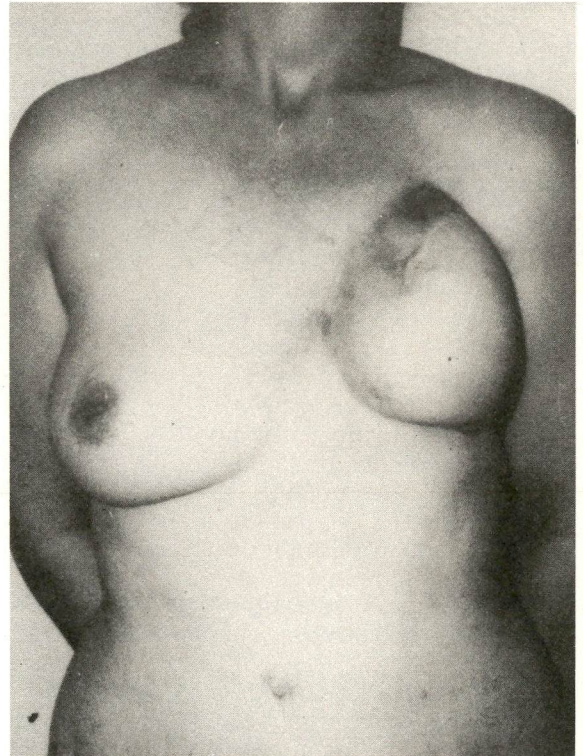


Figura 10

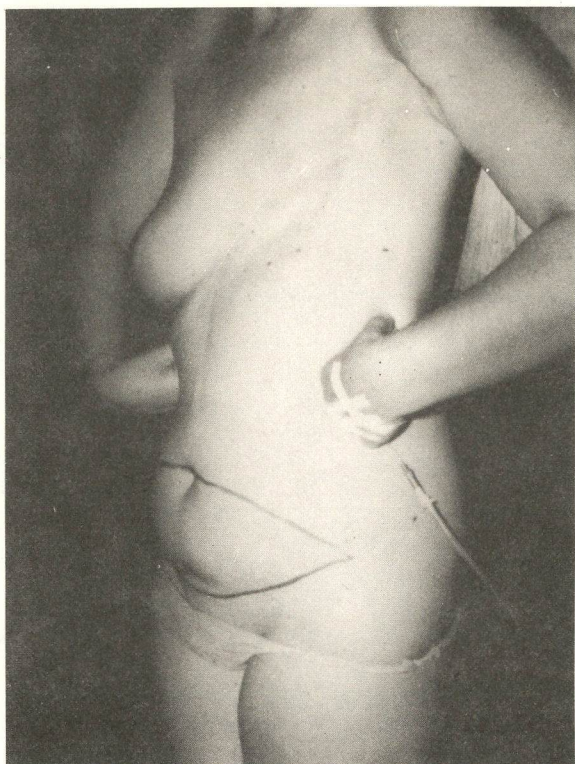


Figura 11 — Caso 4 — pré e pós-operatório com 4 meses.

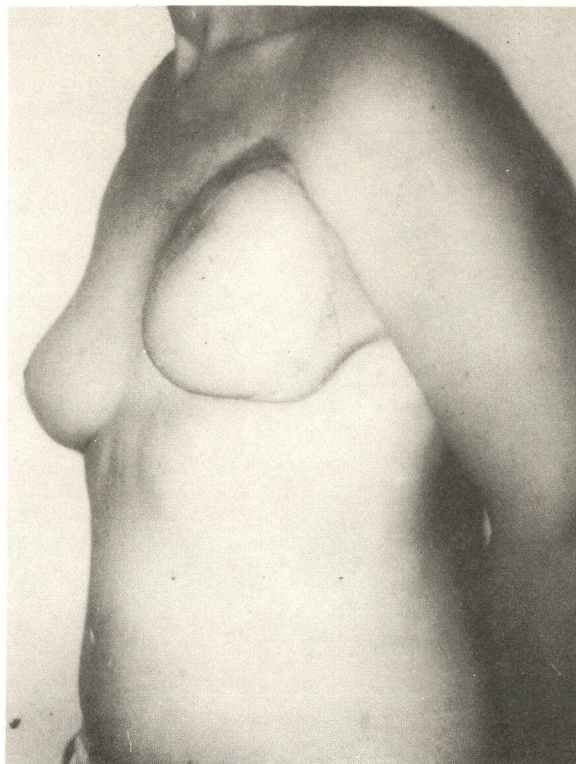


Figura 12

COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO

A utilização deste retalho na reconstrução mamária tem mostrado diversas vantagens sobre o retalho miocutâneo do grande dorsal (6).

- 1 — O retalho é grande o suficiente para reconstruir o hemitórax, inclusive nas deformidades mais graves, preenchendo com sobra de tecido cutâneo e adiposo as estruturas da região mutilada, permitindo uma modelagem da nova mama, sem utilização de prótese de silicone.
- 2 — Não deixa deformidade na área doadora, resultando, ademais, numa plástica abdominal (dermolipectomia) que confere ao tronco nova unidade estética.

- 3 — A cirurgia é realizada com a paciente em uma só posição, evitando contaminação eventual na mudança de decúbito.
- 4 — A coloração da pele do abdome é mais semelhante à do tórax do que a pele do dorso.
- 5 — A atrofia muscular que ocorre não prejudica o resultado como no caso da utilização do músculo grande dorsal, pois o MRA é utilizado tão-somente como vetor de vascularização.
- 6 — O equilíbrio entre as mamas é conseguido com maior facilidade devido à consistência dos tecidos, que são semelhantes, e ao fato de não existir contração capsular, como no caso da utilização

do grande dorsal em que é colocada prótese de silicone.

Existem, porém, desvantagens que devem ser observadas, embora sejam contornáveis pelo uso de recursos adequados.

- 1 — No caso de existir cicatriz infra-umbilical mediana, a metade deste retalho fora do músculo fica sem vascularização e deve ser desprezada.
- 2 — Por ser um retalho com dois tipos de vascularização, (muscular e randomizada), fazemos de rotina a secção da extremidade cutânea mais distante do músculo, evitando sofrimento da ponta.
- 3 — É fundamental que esta cirurgia seja bem drenada; utilizamos dreno de aspiração intermitente por sonda

grossa (nasogástrica nº 22) com várias perfurações, passada do tórax pelo túnel, alcançando o abdome, e se exteriorizando no púbis.

- 4 — Por ter uma vascularização ao acaso na parte cutânea contralateral ao músculo, fica o retalho neste segmento mais vulnerável a infecção, o que ocasionará, preferencialmente aí, maior consumo e destruição.
- 5 — A reconstrução da parede abdominal deve ser feita com grande atenção na região infra-umbilical (arcada de Douglas), que é o ponto fraco da região, pois o enfraquecimento desta área pode causar abaulamento da parede a partir do pós-operatório.

SUMMARY

A technique that uses a myocutaneous flap from the rectus abdominal muscle in mammary reconstruction is described. The major advantages of this technique are:

- a) *The flap is large enough to reconstruct the breast and infraclavicular region without prothesis;*
- b) *It leaves no deformity at the donor area;*
- c) *The flap resembles the contralateral breast in its colour and texture.*

Certain precautions, such as in case of previous scars at the donor area, the utilization of the flap on its total extension and the necessity of good drainage of the surgical site must be considered and are discussed in detail.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOLMSTROM, H. — The free abdominoplasty flap and its use in breast reconstruction. Transactions of the Seventh International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery, Rio de Janeiro, 1979.
2. DREVER, J.M. — The epigastric island flap. *Plast. & Reconst. Surg.*, 59:343, 1977.
3. DREVER, J.M. — Total breast reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 7:54, 1981.
4. BROWN, R.G., VASCONEZ, L. and JURKIEWICZ, M.J. — Transverse abdominal flaps and the deep epigastric arcade. *Plast. & Reconst. Surg.*, 55:416, 1975.
5. MCGRAW, J.B., DIBBELL, D.G. — Experimental definition of independent myocutaneous vascular territories. *Plast. & Reconst. Surg.*, 60:212, 1977.
6. BOSTWICK, J., III, VASCONEZ, L.O., and JURKIEWICZ, M.J. — Breast reconstruction after radical mastectomy. *Plast. & Reconst. Surg.*, 61:682, 1978.
7. MATHES, S.J., BOSTWICK, J., III — A rectus abdominis myocutaneous flap to reconstruct abdominal wall defects. *Br. J. Plast. Surg.*, 30:282, 1977.
8. DINNER, J.M., LABANDTER, H.P., DOWDEN, R.V. — The role of the rectus abdominis myocutaneous flap in breast reconstruction. *Plast. & Reconst. Surg.*, 69:209, 1982.
9. HARTRAMPT, C.R., SCHEFLAN, M., BLACK, P. — Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast. & Reconst. Surg.*, 69:216, 1982.
10. MARINO, H., Jr., DOGLIOTTI, P. — Mammary reconstruction with bipedicle abdominal flap. *Plast. & Reconst. Surg.*, 68:933, 1981.
11. PERNKOPF — *Atlas of Topographical and applied human anatomy*, W.B. Saunders Company, 1964. Vol. II.