
Mastectomia Radical - Modificação Tática

Hiram Silveira Lucas, TCBC, FACS*

1. INTRODUÇÃO

A técnica preconizada difere da mastectomia radical clássica descrita por HALSTED, fundamentalmente, pela conservação do músculo grande peitoral, aqui seccionado no sentido transversal ao de suas fibras, de forma a permitir amplo acesso e rigorosa dissecação dos elementos componentes do feixe vâsculo-nervoso axilo-subclávio. Toda a peça deve ser retirada em monobloco, desde o primeiro espaço intercostal, abaixo da articulação esterno-clavicular até o ôco axilar, contendo o músculo pequeno peitoral (desinserido tanto da apófise coracóide como, distalmente, seus feixes condrocostais) e obviamente a glândula mamária. A referida conservação do músculo grande peitoral não impede a remoção de seus folhetos aponevróticos, superficial e profundo, que também fazem parte do bloco cirúrgico extirpado e que consideramos elementos importantes quando se defende técnica radical em cirurgia mamária.

Desta forma, consegue-se inegavelmente, melhor resultado estético, ditado pelo "preenchimento" da escavação infraclavicular, resultado obrigatório da técnica de HALSTED (pela extirpação do feixe condoesternal do músculo grande peitoral) como ainda pela direção oblíqua da cicatriz operatória, deixando livre o ombro em toda a sua extensão; isto sem qualquer prejuízo quanto à radicalidade da operação.

Entre as cirurgias propostas como "radicais" com conservação do músculo grande peitoral, a mais difundida é a descrita por PATTEY. Entretanto, é absolutamente críticavel, não somente pela precária exposição operatória, (já que se trabalha em um verdadeiro "túnel"), como principalmente por não possibilitar rigorosa dissecação do segmento medial (interno) do feixe vâsculo-nervoso subclávio e não dar possibilidade ao

Do Instituto Nacional do Câncer e do Hospital Mário Kroeff
Rio de Janeiro - RJ - BRASIL

esvaziamento da fossa infraclavicular, zona que a tática agora exposta facilita e é de grande importância para a conceituação de radicalidade cirúrgica.

2. TEMPOS OPERATÓRIOS:

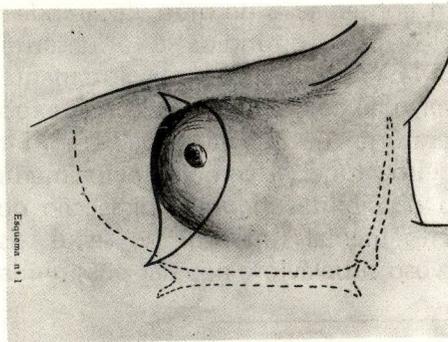
1.º Tempo: Incisão cutânea — pontos de referência:

Clavícula, esterno (marcando-se o apêndice xifóide), reborda costal e região axilar (linhas anterior e posterior).

Fazemos a incisão tipo STEWART, ou seja, descrevendo um fuso em torno à glândula mamária, com eixo central oblíquo para fora e para cima, ficando o extremo lateral (externo) próximo à linha axilar posterior, abaixo da região axilar. A extremidade medial (interna) da cicatriz ficará pouco abaixo da projeção cutânea do apêndice xifóide (Esquema n.º 1).

Deverão ser cortados os planos dérmicos, deixando livre a hipoderme (tecido subcutâneo).

Inicialmente, fazendo tração e deixando sob tensão o retalho médio-proximal (o que o auxiliar faz com ganchos de ADAIR, evitando-se o traumatismo causado pelas pinças de ALLIS), o cirurgião diseca até à linha médioesternal e à clavícula para cima.



ESQUEMA n.º 1 — Incisão cutânea

O retalho disto-lateral é feito a seguir, também acompanhando-se o fásia, entre a derme e o tecido adiposo subcutâneo e tendo como limite a borda anterior do músculo grande dorsal, segue linha paralela à reborda costal.

2.º Tempo:

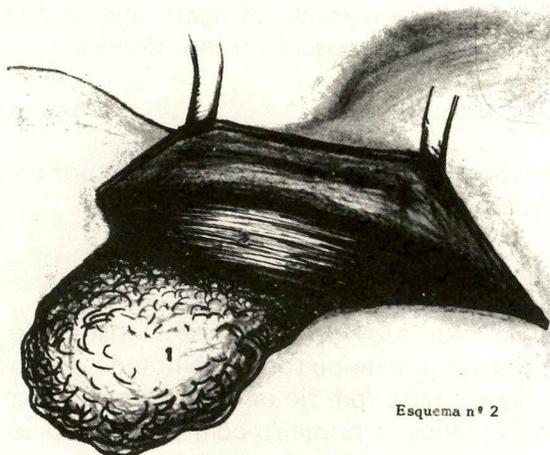
Volta-se para a linha médio-esternal, dissecando, para fora, a lâmina superficial da aponevrose do músculo grande peitoral, que é rebatida juntamente com a glândula mamária. Este tempo finda ao encontrar-se a borda látero-distal do músculo grande peitoral, que já terá sua face anterior inteiramente exposta (Esquema n.º 2).

3.º Tempo:

Identificação do sulco existente entre os feixes clavicular e condoesternal do músculo grande peitoral.

Divulsionado o fásia existente nesta fossa, e individualizado o feixe condoesternal, o cirurgião força a penetração de dois de seus dedos sob essa massa muscular, penetrando por sua borda látero-distal (entre esta e a glândula mamária para aí rebatida), até exteriorizá-los pelo referido sulco.

Seguindo uma linha imaginária que passe pela união do terço externo com os 2/3 mediais desta massa, inicia a incisão com bisturi elétrico, evidentemente no sentido transversal ao das fibras musculares (Esquema n.º 3). Os dois dedos colocados sob a massa muscular, fazendo pressão de baixo para cima, possibilitam a compressão dos vasos, o que facilita a hemostasia feita simultaneamente com a secção, já que os dois auxiliares estão atentos pinçando os vasos que são logo eletrocoagulados. O músculo grande peitoral é aberto em dois segmentos (Esquema n.º 4).



Esquema n.º 2

ESQUEMA n.º 2

Dissecção da lâmina superficial da aponevrose do grande peitoral que é rebatida para fora juntamente com a glândula mamária (1)

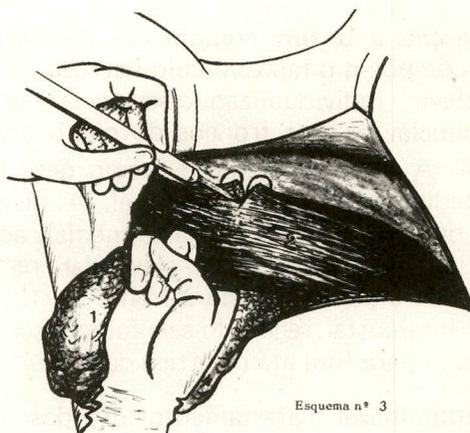
2. músculo grande peitoral.

4.º Tempo:

Individualização da inserção do músculo pequeno peitoral na apófise coracóide.

Ressecção da lâmina profunda da aponevrose do músculo grande peitoral, caminhando-se para cima até a vizinhança do feixe vâsculo-nervoso subclávio. Igualmente é removido o folheto aponevrótico profundo do segmento externo do músculo seccionado, de forma a abrir ambas porções tal como "folhas de um livro". Tal manobra possibilita remoção do tecido fibroadiposo em meio ao qual se encontram os linfonodos de ROTTER.

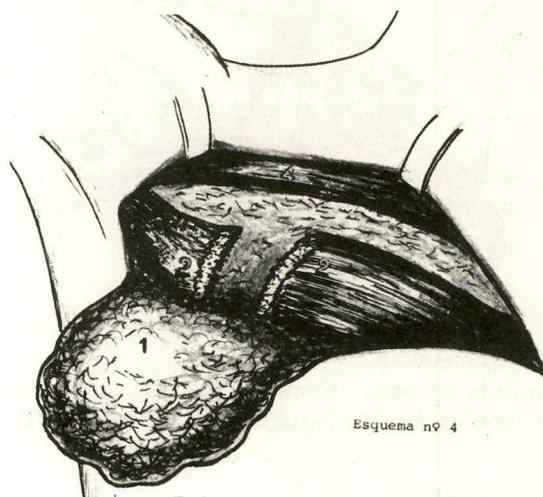
Com a desinserção na apófise coracóide do músculo pequeno peitoral, remove-se o tecido que preenche a fossa infraclavicular, onde também são encontrados linfonodos (Esquema n.º 5).



Esquema n.º 3

ESQUEMA n.º 3

Secção das fibras do feixe condrocostal do músculo grande peitoral (2).



Esquema n.º 4

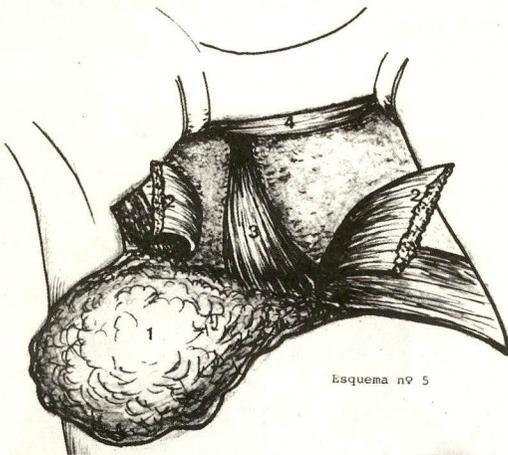
ESQUEMA n.º 4

1. Peça operatória (glândula mamária e lâmina superficial da aponevrose do músculo grande peitoral).
2. Feixe condrocostal do músculo grande peitoral seccionado.
4. Feixe clavicular do músculo grande peitoral.

5.º Tempo:

Dissecção a bisturi comum dos elementos que compõem o feixe vâsculo-nervoso axilo-subclávio, individualizando-se a veia e artéria subclávias e os troncos do plexo braquial. A hemostasia neste tempo deve ser procedida com fio inabsorvível. A dissecção deve ser iniciada na parte medial, abaixo da articulação externo-clavicular, removendo-se a massa situada à frente do 1.º espaço intercostal, seguindo-se o feixe vâsculo-nervoso para fora até o vértice da axila.

É aconselhável o afastamento cuidadoso para cima da veia subclávia, manobra que permite completar a dissecção do tecido infra-clavicular (Esquema n.º 6).



ESQUEMA n.º 5

Músculo pequeno peitoral (3) que será totalmente desinserido fazendo parte da peça operatória (1).

6.º Tempo:

Secção do ligamento de GERDY (aponevrose delto-clavipeitoral), ao tempo em que se prepara para desinsereir as fibras do músculo pequeno peitoral nos arcos costais. Devem ser respeitados neste tempo o nervo respiratório externo de CHARLES BELL e o tron-

co vâsculo-nervoso do músculo grande dorsal. A peça operatória é agora liberada da aponevrose do músculo grande dentado.

7.º Tempo:

Hemostasia com fio inabsorvível ou por electrocoagulação.

8.º Tempo:

A aproximação dos feixes seccionados do músculo grande peitoral, facilitando a sutura que é feita com fio de catgut cromado em dois planos: o primeiro com pontos separados em U e o plano superficial com sutura contínua, em "chuleio".



ESQUEMA n.º 6

1. Mama (rebatida)
2. Feixe condroesternal do músculo grande peitoral
3. Músculo pequeno peitoral
4. Feixe clavicular do músculo grande peitoral
5. Feixe vâsculo-nervoso axilo-subclávio

9.º Tempo:

Drenagem tubular por contra abertura para aspiração intermitente.

10.º Tempo:

Curativo sêco, simples, sem compressão.

RESUMO

— MASTECTOMIA RADICAL — MODIFICAÇÃO TÁTICA —

O A. apresenta tática que vem praticando há 3 anos e que difere fundamentalmente da técnica descrita por HALSTED pela conservação do músculo grande peitoral; o feixe costo-condral deste músculo é seccionado em sentido transversal ao de suas fibras, permitindo amplo acesso e rigorosa dissecação dos elementos componentes do feixe

vásculo-nervoso axilo-subclávio. A peça operatória, removida em monobloco, contém o músculo pequeno peitoral, bem como as lâminas anterior e posterior da aponevrose do grande peitoral.

Finalmente, é feita a sutura em dois planos do músculo grande peitoral, obtendo-se assim melhor resultado estético pelo "preenchimento" da fossa infraclavicular (o que não ocorre na técnica do HALSTED).

ABSTRACT

— HALSTED RADICALMASTECTOMY: TECHNIQUE MODIFICATION —

A modification to the classic HALSTED's method for radical mastectomy is described with the conservation of the major pectoral muscle. The A. is performing successfully for the last three years such modification consisting in the transversal sectioning of the costocondral branch of fibers of the major pectoral muscle for large exposition

and resection of the axillar-subclavian vessels and nerves.

The monoblock surgical specimen contains the minor pectoral muscle as well as both anterior and posterior major pectoral aponeurosis.

The presented technique differs fundamentally from the original HALSTED's method for the best esthetic results with the "fulfillment" of the subclavicular fossa due to the two levels suture of the conserved major pectoral muscle.