

A TÉCNICA DAS MASTECTOMIAS RADICAIS INSTITUÍDA NA
SEÇÃO DE GINECOLOGIA DO INSTITUTO NACIONAL
DE CÂNCER

1965

*Dr. Alberto Lima de Moraes Coutinho **

*Dr. João Luiz Campos Soares ***

O objetivo do presente artigo é fazer algumas considerações sobre as mastectomias radicais e apresentar a técnica que vem sendo utilizada na Seção de Ginecologia do Instituto Nacional de Câncer. As mastectomias radicais constituem um grupo de intervenções difíceis, pois são seguidas de uma série de complicações pós-operatórias, que relataremos no correr deste trabalho e que podem ser evitadas se durante o ato cirúrgico cuidados especiais forem tomados. Para confirmar estes fatos aí estão os Ambulatórios de Patologia Mamária onde são vistos os edemas braquiais, necroses, recidivas sobre a cicatriz operatória, as limitações de movimentação do membro superior homólogo ao lado operado etc., que decorrem, em muitas vezes, de má técnica operatória ou de deficiente orientação na recuperação pós-operatória do paciente. Nós mesmos, apesar da grande ex-

periência cirúrgica da Seção de Ginecologia do Instituto Nacional de Câncer, sentimos essas dificuldades e mudamos inúmeras vezes nossa técnica visando a corrigir as freqüentes complicações pós-operatórias. Chegamos à conduta atual, realmente a que hoje nos parece a melhor, mas não temos a pretensão de considerá-la perfeita, pois continuaremos trabalhando para aperfeiçoá-la, aceitando com a maior satisfação as contribuições que a ela puderem ser adicionadas.

Se analisarmos o tratamento cirúrgico do câncer mamário vamos verificar a diversidade das opiniões existentes em face das estatísticas e dos aspectos sob os quais é considerado o problema. Veremos que a evolução desta terapêutica passou das tumorectomias, às mastectomias simples, às radicais, às ultraradicais e, atualmente, já deixou de lado estas últimas e ainda não aceita co-

* Chefe da Seção de Ginecologia do Instituto Nacional de Câncer.

** 1.º Assistente da Seção de Ginecologia do Instituto Nacional de Câncer.

mo rotina de tratamento as tumorectomias e as mastectomias simples, salvo em casos especiais. Está a mastectomia radical no meio de duas correntes antagônicas: a dos conservadores e a dos ultra-radicais. Nos próprios defensores das mastectomias radicais existem duas correntes contrárias: a dos que de um modo geral seguem a escola de Haagen-sen, com intervenções por demais extensas e meticulosas, e os que as realizam em tempo curto. Ainda neste sentido colocamo-nos em posição intermediária, achando insuficiente o segundo grupo e desnecessários os cuidados do primeiro, desde que seja dada boa indicação operatória, com finalidade curativa.

TÉCNICA OPERATÓRIA

POSIÇÃO NA MESA

Damos importância à posição da paciente na mesa operatória, pois dela dependerá o conforto do cirurgião e seus auxiliares, redundando em melhor aproveitamento, não só do tempo operató-



Fig. 1 — Posição da paciente na mesa operatória e colocação dos campos.

rio, como das energias da equipe. O doente é posto em decúbito dorsal, com o braço do lado a ser operado formando ângulo de 90° com o corpo e apoiado sobre tábua colocada transversalmente sob a espádua. A mama deverá permanecer em equilíbrio sobre a superfície do tórax, necessitando para isso, de inclinação lateral na mesa para o lado oposto ao da mama afetada e ainda, por vezes, ligeira elevação do tronco. Isto implica em recomendar que a paciente seja presa à mesa, para não deslizar sobre esta durante a intervenção.

ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DOS CAMPOS

A antissepsia deve ser sempre ampla, indo muito além da área a ser manuseada. Geralmente, fazemo-la da linha axilar posterior (ou seja, do ponto de apoio do doente sobre a mesa de operação, à linha axilar anterior oposta, abrangendo conseqüentemente a outra mama; inferiormente, chegamos até linha transversa imaginária, que passa pela cicatriz umbelical; superiormente, incluimos todo o pescoço e ombro, até o apoio da paciente sobre a mesa operatória, e o braço, até o cotovelo, isso com o membro suspenso pela mão.

A colocação dos campos operatórios é feita com a colaboração de um auxiliar que já durante a antissepsia mantém o braço da paciente elevado para evitar contaminação; o outro auxiliar coloca um campo sobre a tábua e sob

o braço até atingir o ângulo diedro formado pelo corpo com a mesa operatória. Outro campo é utilizado para envolver o braço que é fixado à tábua por meio de cadarço ou gase esterilizada. É colocado um lençol cobrindo os membros inferiores até a cicatriz umbelical; outro protegendo a cabeça e o braço oposto (normalmente também em 90° e utilizado pelo anestesista); finalmente um campo cobrindo a mama oposta.

Esta colocação ampla dos campos e a larga antisepsia se justificam pela necessidade que o cirurgião eventualmente tem de se estender além dos limites normais previstos para a intervenção e mesmo de mobilizar o braço para melhor acesso à axila (o que reconhecemos raramente ocorre — mas por vezes é necessário) razão pela qual tomamos os cuidados acima com o membro superior.

POSIÇÃO DA EQUIPE

O cirurgião coloca-se diante da mama a ser operada entre o braço e o corpo da paciente. O 1.º auxiliar acha-se separado do cirurgião pelo braço e o 2.º auxiliar pelo corpo do doente. A instrumentadora permanece ao lado do 2.º auxiliar de frente para o cirurgião.

INCISÃO NA PELE

Após usarmos várias incisões achamos que a mais indicada é uma incisão fusiforme de maior eixo vertical, que parta da projeção cutânea da apófise co-

racóide e termine na altura da reborda costal após contornar a mama, de maneira que a sutura dos retalhos fique reta e vertical. (Fig.2)

Obviamente, a incisão varia com a localização do tumor desviando-se mais

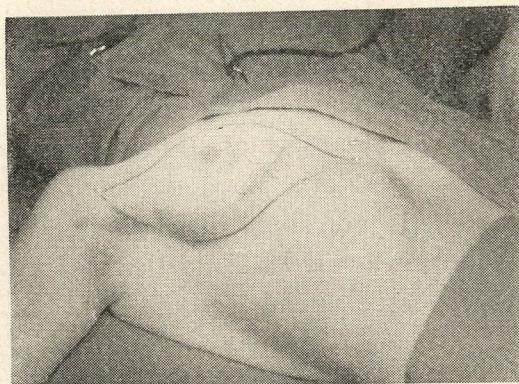


Fig. 2 — Traçado da incisão cutânea.

para dentro ou para fora se a lesão está situada mais interna ou externamente. O importante nesta incisão é que seja retirado o máximo possível de pele nas vizinhanças do tumor, não se concebendo mesmo retiradas econômicas. Este procedimento a nosso ver consiste em um dos itens básicos da operação.

O objetivo desta incisão partir da projeção cutânea da apófise coracóide, reside no fato de acharmos conveniente que a mesma fuja ao máximo da axila em virtude das retrações cicatríciais que ocasionalmente possam aparecer. Não temos tido com esta incisão nenhum problema em atingir a inserção umeral do grande peitoral. Cumpre informar que em casos em que haja pouca pele para ser mobilizada no momento da sutura dos retalhos, podemos recorrer a uma incisão oblí-

qua que parta da altura do bordo externo do grande peitoral e termine mais internamente no rebordo costal, nas proximidades do externo. É inegável que esta incisão permite além de fácil acesso a tôdas as regiões a serem dissecadas, uma ampla mobilização dos retalhos cutâneos, maior que a anterior. Tivemos ocasião de observar que ressecções econômicas de pele além de serem mais predispostas às recidivas na cicatriz operatória ainda determinavam necrose na porção mediana do retalho devido à vascularização deficiente pelo grande descolamento.

DESCOLAMENTO DOS RETALHOS CUTÂNEOS

A libertação dos retalhos é feita tendo como limites os seguintes elementos antômicos: internamente a linha médio esternal; (Fig. 3) inferiormente o re-

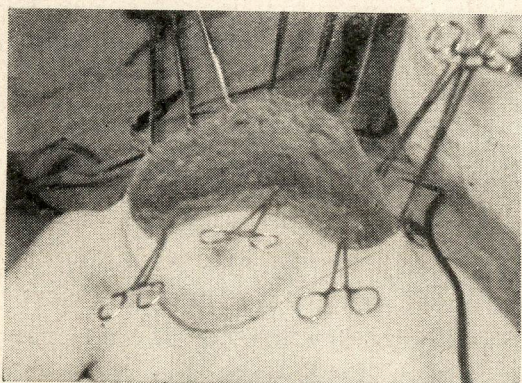


Fig. 3 — Descolamento do retalho interno até a linha médio esternal.

bordo costal até a linha hemiclavicular e daí uma linha transversa que parta desse ponto e atinja perpendicularmente

a borda anterior do grande dorsal; externamente o bordo anterior do grande dorsal sendo que, na sua porção axilar para atingi-lo, torna-se mister seccionar-se o ligamento de Gerdy em sua inserção cutânea, tendo-se o cuidado de levar a dissecção até a porção tendinosa do grande dorsal (Fig. 4); superior

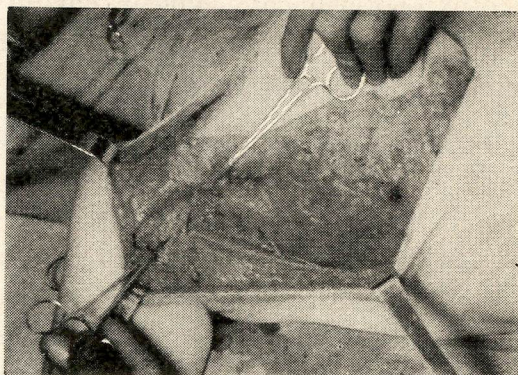


Fig. 4 — Descolamento do retalho externo com exposição da borda anterior do músculo grande dorsal até sua inserção superior.

mente a clavícula e o sulco que delimita os feixes externo e clavicular do grande peitoral.

Após a dissecção de todos os retalhos cutâneos libertando-os do tecido celular subcutâneo, achamos interessante proceder a delimitação da pele a ser retirada, especialmente nas pacientes obesas, o que facilitará muito a seqüência da operação, pelo aprofundamento da incisão no tecido celular subcutâneo até os planos subjacentes ósseos, musculares ou aponevróticos. Não mais procedemos o retalho grosso como também não o fazemos como preconiza Haagensen ou seja dermo-epidérmico.

O primeiro por apresentar maior número de recidivas e o segundo por acarretar extensas recreses e não trazer ponderável profilaxia das recidivas em relação a um retalho fino sem ser exclusivamente dermo-epidérmico. Somos de opinião mesmo que se conserve uma pequena camada de tecido adiposo sob a pele permitindo com isto que ela deslize sobre as estruturas subjacentes e impedindo especialmente na axila, acoplamento às estruturas inferiores com formação de bridas cicatriciais que levam às extensas fibroses subcutâneas com redução dos movimentos de abdução e elevação do braço. Impede ainda a aderência direta sobre os elementos do plexo braquial evitando consideráveis prejuízos para o braço seja pela redução do calibre dos vasos seja pela compressão nervosa. Não é a conservação desta pequena camada adiposa subcutânea que aumentará as possibilidades de recidiva; para isto procedemos extensa retirada de pele para que passemos além da área de infiltração. Se esta fina camada adiposa subcutânea estiver infiltrada o derma possivelmente também estará e de nada valerá esta dissecação que trará ainda toda a gama de inconveniências mencionadas.

ISOLAMENTO E SECÇÃO DAS INSERÇÕES UMERAIS E EXTERNAS DO GRANDE PEITORAL

Delimitada a peça a ser retirada, isolamos o feixe clavicular do músculo grande peitoral, tomando como ponto de referência a articulação clavi-exter-

nal. O feixe é isolado deste ponto até a inserção umeral tendo-se o cuidado de retirar todo o tecido adiposo juntamente com a aponevrose que o recobre que são descolados até a porção externa do grande peitoral. Uma vez separados os feixes external e clavicular secciona-se o primeiro na sua inserção umeral, aponevrótica isolando-o do feixe clavicular até atingir suas inserções externas. (Fig. 5)

A conservação do feixe clavicular do grande peitoral a nosso ver é de grande

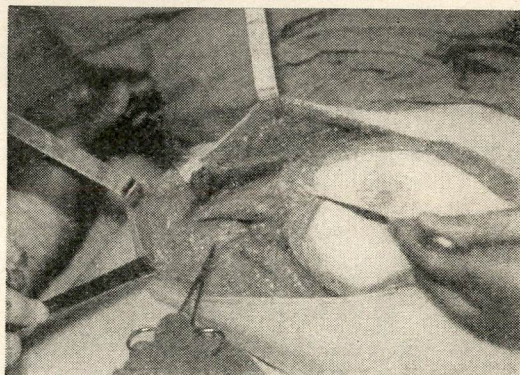


Fig. 5 — Isolamento dos feixes external e clavicular do músculo grande peitoral.

vantagem. Recentes estudo anatómicos comprovam não existir neste segmento muscular rede linfática de drenagem da mama. Além disso apesar de grandes escolas alegarem que sua conservação não traz bom acesso à axila, discordamos, pois em nossos casos nada têm interferido com uma cuidadosa limpeza da região. Pelo contrário achamos mesmo que a sua conservação só traz benefícios. Serve de proteção ao feixe vaso-nervoso da axila impedindo que o mesmo fique imediatamente abaixo da pele sujeito diretamente, portanto, a

todos os traumatismos que incidirem sobre o local. Dá também maior proteção à veia cefálica contribuindo assim para a melhor circulação de retôrno do braço. A sua conservação ainda permite a melhor realização de movimentos do braço advindo daí enormes vantagens não só para a própria manutenção desses movimentos, como uma pequena parcela da profilaxia do edema braquial. Até mesmo sob o aspecto estético a sua conservação é benéfica. Secionamos a bisturi as inserções externas junto ao plano ósseo com o cuidado de proceder o pinçamento e ligadura dos ramos perfurantes da artéria mamária interna que se exteriorizam através os músculos intercostais, em sua porção justa external, um pouco para fora das inserções do grande peitoral. A secção dessas inserções musculares pode ser feita após o prévio pinçamento do músculo. Este procedimento apesar de mais rápido e mais prático a nosso ver não é boa técnica em virtude de não permitir a secção do músculo próximo à sua inserção e ainda acarretar ligaduras muito volumosas trazendo como consequência além das mesmas serem imperfeita, formação de numerosos nódulos pelo extenso pedículo que determinam.

SECÇÃO DA APONEVROSE PROFUNDA ACESSO AO FEIXE VÁS-CULO-NERVOSO

Libertando o grande peitoral de suas inserções umerais e externas, com o auxílio de uma pinça em coração, o 2.º

auxiliar traciona a porção umeral deste músculo para baixo a fim de permitir melhor acesso à axila. O cirurgião então procede a secção do ligamento de Gerdy em sua inserção com a aponevrose coraco braquial em toda a sua extensão até atingir o limite superior onde será procedida a secção do tendão do músculo pequeno peitoral em sua inserção na apófise coracóide igualmente sem pinçamento prévio do mesmo, apesar da existência de pequena artéria que será ligada. Continua-se a libertação da aponevrose axilar profunda pela incisão na aponevrose clavi-peitoral em sua inserção na aponevrose do músculo subclávio; terminada esta fase debate-se para baixo esta aponevrose atingindo desta maneira o feixe vaso nervoso e o tecido adiposo e linfático axilar.

DISSECÇÃO DA AXILA

Rebate-se o tecido adiposo que se localiaz para cima e para diante dos vasos axilares até expô-los totalmente, especialmente a veia (que é mais anterior e portanto mais vulnerável em toda a sua extensão na axila. Inicia-se então a dissecação axilar partindo do ápice para a base com cuidadosa remoção do tecido adiposo e a ganglionar que aí se localiza isolando-o sucessivamente do grande peitoral (feixe clavicular) clavícula, subclávio, primeira costela e primeiro intercostal. Aí se encontra o grupo ganglionar infraclavicular que recebe linfáticos e drena todos os outros quatro grupos ganglionares axilares e

cuja invasão pelo neoplasia confere um mau prognóstico ao caso, pois daí se reúnem nos troncos linfáticos subclávios que juntamente com cervicais se abrem na grande veia linfática à direita e à esquerda do canal torácico. O estudo histopatológico de gânglios desse grupo tem importância prognóstica. Com a remoção desse tecido adiposo — ganglionar secciona-se sua emergência ou seja quando desponta sob a veia axilar, o nervo do pequeno peitoral e a seguir o nervo do grande peitoral que aparece logo abaixo da aponevrose do subclávio juntando-se ao ramo torácico da artéria acromiotorácica que se exterioriza através a aponevrose profunda da axila por uma abertura na aponevrose clavi-peitoral a mesma por onde penetra a veia cefálica para desembocar na veia axilar. Seccionando-se o nervo do grande peitoral também em sua emergência, isola-se a artéria acromiotorácica e liga-se o seu ramo torácico, logo após a bifurcação com o ramo acromial. A veia cefálica obviamente é conservada. A dissecação continua em direção à base da axila quando surgem os vasos mamários externos ou torácicos inferiores que são ligados artéria e veia separadamente em suas confluências com os vasos axilares. Procedendo-se a limpeza em direção à parede torácica surge emergindo sob a veia axilar, repousando sobre a parede torácica e bem acolado à aponevrose do grande denteado o nervo desse músculo que deve ser conservado sempre que possível. Anteriormente e para baixo do nervo apa-

recem sob as digitações do grande denteado, os ramos perfurantes dos intercostais que além de ramificações musculares enviam outras que cruzam a axila sendo que os seus três primeiros pares se anastomosam ao acessório do braquial cutâneo interno. São conservadas as raízes musculares dos músculos intercostais e seccionados os ramos anastomóticos que se dirigem ao acessório do braquial cutâneo interno em virtude de cruzarem a região impedindo, com sua conservação, que se proceda um bom esvaziamento da axila. Retira-se a seguir o grupo ganglionar intermediário e o torácico ou mamário externo cuidadosamente para que não haja disseminação neoplásica; o primeiro localizado na porção central da axila e o segundo subdividido em dois subgrupos um superior que repousa na altura do 2.º e 3.º espaços intercostais e outro inferior na altura do 4.º e 5.º espaços todos êles situados sob o pequeno peitoral no trajeto da artéria mamária externa. Procedese então a limpeza da fossa subescapular com a identificação do nervo do grande dorsal que emerge por traz da veia axilar e desce obliquamente para fora acolado ao músculo subescapular, um pouco para dentro da artéria escapular inferior. Identificada também esta artéria, que emerge de modo idêntico ao nervo do grande dorsal, um pouco para fora, inicia-se a dissecação da cadeia ganglionar subescapular que acompanha a artéria e o nervo citados e que devem ser conservados sempre que possível.

Para terminar a disseção axilar liberta-se o grupo ganglionar braquial que se situa na face antero inferior da veia axilar, na parede externa da axila, até atingir a pele já libertada da inser-

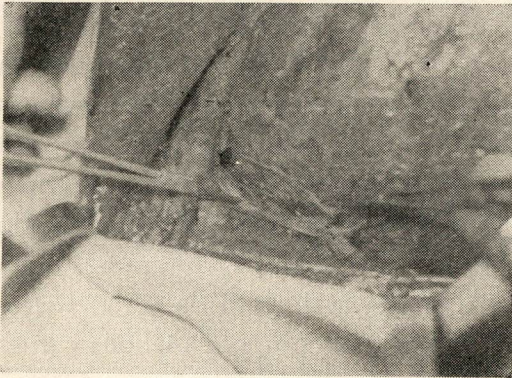


Fig. 6 — Libertação com conservação dos nervos do grande dorsal e do grande dentado e dos vasos escapulares inferiores.

ção cutânea do ligamento de Gerdy durante o descolamento cutâneo na porção axilar do retalho externo. Dissecta-se a fosseta formada pelo grande dorsal e grande redondo por fora e o pequeno redondo e o subescapular por dentro e mais abaixo em continuação, e a formada pelo grande dorsal e a parede torácica dissecando-se então a peça de fora para dentro pela liberação do tecido adiposo ganglionar que se situa sobre o grande dentado (sempre com o cuidado de conservar o nervo deste músculo que desce colado ao tórax) e seccionando-se as inserções do pequeno peitoral nas 3.^a, 4.^a e 5.^a costelas. Liberta-se a peça do grande dentado de fora para dentro até atingir as inserções costais do grande peitoral (geralmente na 6.^a e 7.^a costelas) que são secciona-

das junto ao plano ósseo. Recomendamos esta disseção sobre o grande dentado de fora para dentro para não lesá-lo, pois como as inserções do grande peitoral na 6.^a e 7.^a costelas se fazem com suas fibras intimamente juntas às do grande dentado pode-se por vezes seccioná-las pela dificuldade que surge quando fazemos esta disseção de dentro para fora e mesmo de cima para baixo o que não sucede na forma indicada quando um músculo é facilmente isolado do outro. A seguir secciona-se a aponevrose do reto anterior do abdome próximo a reborda costal retirando-se a inserção do grande peitoral na referida aponevrose retirando-se em monobloco a peça operatória. (Fig. 7) A remoção parcial da aponevrose do reto anterior do abdome assume particular importância especialmente nos tumores localizados nos quadrantes inferiores, pois a disseminação linfática se verifica através os vasos retroaponevróticos.

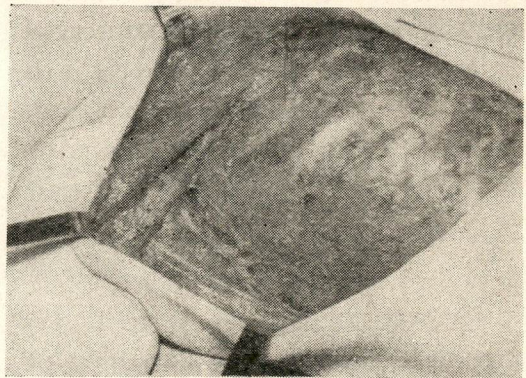


Fig. 7 — Aspecto anômico após a remoção da peça operatória em monobloco vendo-se conservados os nervos e vasos da figura anterior, assim como, na sua integridade, os músculos intercostais e o dentado.

Cumpramos ressaltar a importância de se manusear a peça operatória durante as manobras de dissecação com a máxima delicadeza a fim de não haver pressão sobre o tumor e adenopatias com a conseqüente disseminação neoplásica.

REVISÃO DO CAMPO OPERATÓRIO. HEMOSTASIA

Retirada a peça cumpre proceder revisão cuidadosa do campo operatório, realizando-se perfeita hemostasia com ligadura e coagulação dos pequenos vasos. Achamos preferível sempre que possível usar o fio de algodão 50 ao bisturi elétrico em virtude da coagulação determinar a presença de crostas e coágulos que podem ser desprendidos trazendo com isso pequenas perdas sanguíneas que somadas concorrem para o aumento do derrame sero sanguinolento pós-operatório. Reservamos o uso do bisturi elétrico apenas para a coagulação dos pequenos vasos situados na peça operatória, embora reconhecendo que o seu uso encurta bastante o tempo da intervenção. Voltamos a frisar a importância de uma perfeita hemostasia, pois dela dependerá em muito a redução do derrame sero sanguinolento que fatalmente se forma em virtude da extensa área cruenta surgida com a retirada das estruturas mencionadas.

FECHAMENTO DA FERIDA OPERATÓRIA

Para a sutura dos retalhos cutâneos existem várias modalidades de procedi-

mento, porém, todas apresentando vantagens e algumas desvantagens, motivo pelo qual cada escola e mesmo cada cirurgião tem conduta diferente, de acordo com sua maneira de pensar e com a observação de seus casos. A sutura da pele é por nos procedida com pontos de Donati não sendo aconselhados os pontos simples e os chuleios sejam simples ou interrompidos, aquele pelo fato da tração não permitir um bom afontamento das bordas e estes pelo motivo de eventualmente, havendo mortificação da porção mediana do retalho onde geralmente se localiza, quando por qualquer motivo romper o fio de sutura a ferida operatória tornar-se-á aberta em toda a sua extensão. Por esses motivos preferimos os pontos separados do tipo Donati que indubitavelmente trazem maior segurança à sutura. Procuramos sempre iniciar a sutura pela porção mediana dos retalhos dividindo-o sempre ao meio evitando dêsse modo que ao chegar às extremidades, exista mais pele de um lado do que de outro e que ainda implicaria em uma pequena correção absolutamente desnecessária. Havendo tração exagerada por escassez de pele, podemos dar alguns pontos de sustentação e proceder pequenas incisões verticais na pele para diminuição da tensão na linha de sutura. Este procedimento todavia apenas fica registrado pois na prática raramente há necessidade de se lançar mão dêle. Quando a retirada de pele se impõe em extensões ainda mais amplas e a aproximação dos retalhos é impossível, recor-

remos ao enxêrto livre para o fechamento da ferida operatória; suturamos as extremidades do retalho à parede torácica recobrimo-se então a área cruenta com o enxêrto livre de acôrdo com a técnica habitual. Isto raramente ocorre pois quando se necessita de se proceder ressecção cutânea a êste ponto, o caso geralmente já ultrapassou aos limites da cirurgia com finalidade curativa. Entretanto nas pessoas magras, lógicamente com pouca pele para ser mobilizada, o enxêrto pode se tornar necessário com freqüência ou então nos volumosos tumores mamários onde a cirurgia ainda possa ser feita com finalidade curativa mas com mau prognóstico futuro como é o caso de determinados casos de estágio III.

O acolamento tardio dos retalhos na parede torácica é um dos grandes responsáveis pela secreção existente no pós-operatório. Esta aderência é dificultada ainda pela irregularidade da superfície especialmente na axila o que ocorre para o aumento da secreção que é tanto maior quanto mais tardiamente houver a adesão do retalho. Visando justamente cóbir êste problema várias condutas foram seguidas sendo que até o momento nenhuma delas satisfaz plenamente. A drenagem que poderá ser realizada através uma abertura na linha axilar posterior isoladamente ou aliada a outra na extremidade inferior da cicatriz operatória realmente determina um acolamento mais rápido dos retalhos à superfície torácica. Podemos mes-

mo através drenos tubulares acelerá-lo ainda mais mediante aspiração contínua. A drenagem a nosso ver apesar disso traz grandes inconvenientes, razão pela qual a abandonamos. Além do desconforto ao paciente pelo fato de trazê-lo sempre molhado pela secreção e conseqüentemente sujo e com odor fétido, necessitando ainda permanecer enfaixado com seus movimentos respiratórios por vêzes limitados, além do aumento da sudorese especialmente no calor, os orifícios de drenagem constituem uma permanente porta aberta às infecções. Era com acentuada freqüência que víamos apesar dos antibióticos ministrados secreções purulentas denunciando infecções maciças da ferida operatória, freqüentemente trazendo surtos de erisipela com conseqüente edema braquial e todos os seus inconvenientes. Isto se verifica especialmente em pacientes de baixo nível de vida que após a alta retornavam com o curativo contaminado e muitas vêzes até com o orifício de drenagem exposto. A secreção que se forma é então aspirada no pós-operatório após cuidadosa antisepsia permitindo assim que a ferida operatória permaneça fechada, livre portanto das infecções ascendentes. (Fig. ?) Além da drenagem podemos acelerar o acolamento dos retalhos à superfície torácica mediante pontos que visem aproximação da pele às regiões mais declives. Êstes pontos podem ser dados na axila, sem dúvida, onde mais tardiamente se dá o acolamento, pela compressão com pequeno chumaço de gase amarrado ao

1.º intercostal, no retalho interno logo abaixo da clavícula e no retalho externo com um ponto no subescapular e outro no grande denteado; inferiormente, também pode ser aplicada no reto anterior do abdome, em um dos retalhos. Terminada a sutura, com uma compressão deve-se ter o cuidado de retirar todo o resíduo de sangramento que eventualmente possa ainda ter se formado e todo o ar existente entre o retalho e a parede torácica procurando

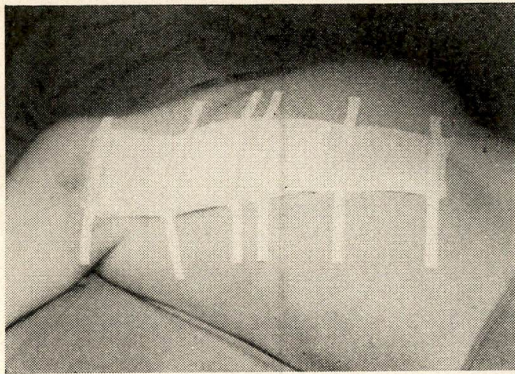


Fig. 8 — Curativo simples, unicamente para proteção da sutura.

concerne à redução da secreção. O curricular o retalho à superfície do tórax o

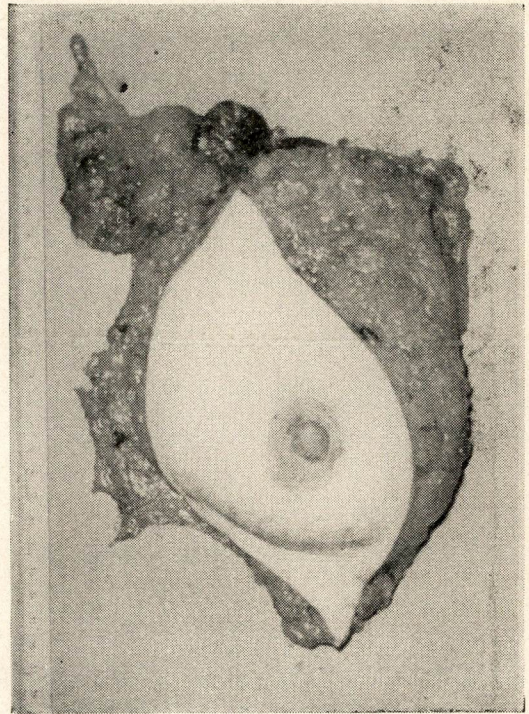


Fig. 9 — Peça operatória na qual se pode notar a ampla ressecção cutânea aliada à cuidadosa retirada, em monobloco, do tecido adiposo e ganglionar da axila.

que sem dúvida traz benefícios no que teve se resumirá em uma simples camada de gase ao longo da incisão operatória presa por finas tiras de esparadrapos. (Figs. 8/9)