

MAMOPLASTIA COM RETALHO GRISOTTI: NO LIMITE DA CIRURGIA CONSERVADORA DA MAMA

Mariana Ormonde^{1,3}, Francisco Cabral¹, Catarina R. Santos¹, Cristina S. Costa¹, João Vargas Moniz¹, Antónia Santos¹, Rui Serra Alves¹, Nuno Abecassis²

1- Unidade de Mama, Serviço de Cirurgia Geral do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG); 2 – Diretor de Serviço do Serviço de Cirurgia Geral do IPOLFG;
3- Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada
(Trabalho realizado durante o estágio na Unidade de Mama)

Introdução

Os tumores da mama com envolvimento ou proximidade ao Complexo Areolomamilar (CAM) são habitualmente tratados com Mastectomia. Como alternativa, no limite da cirurgia conservadora, podem abordar-se estes casos com **tumorectomia central e reconstrução imediata com mamoplastia e retalho de Grisotti** (retalho da pele adjacente para construir a neo-aréola).

O objetivo deste trabalho foi analisar os doentes com carcinoma da mama com envolvimento / quase envolvimento do CAM ou doença de Paget do mamilo tratados desta forma e determinar os resultados quanto à **taxa de ressecção total do tumor** e a **taxa de recidiva locorregional e sistémica**.

Metodologia

- Estudo observacional retrospectivo, com análise descritiva de dados;
- Doentes submetidos a tumorectomia central com mamoplastia e retalho de Grisotti entre 2015 e 2018 no IPOLFG;
- Avaliação dos dados demográficos, diagnóstico, extensão, indicação para resseção do CAM, resultados anatomopatológicos, tratamentos adjuvantes, recidiva locorregional e sistémica.

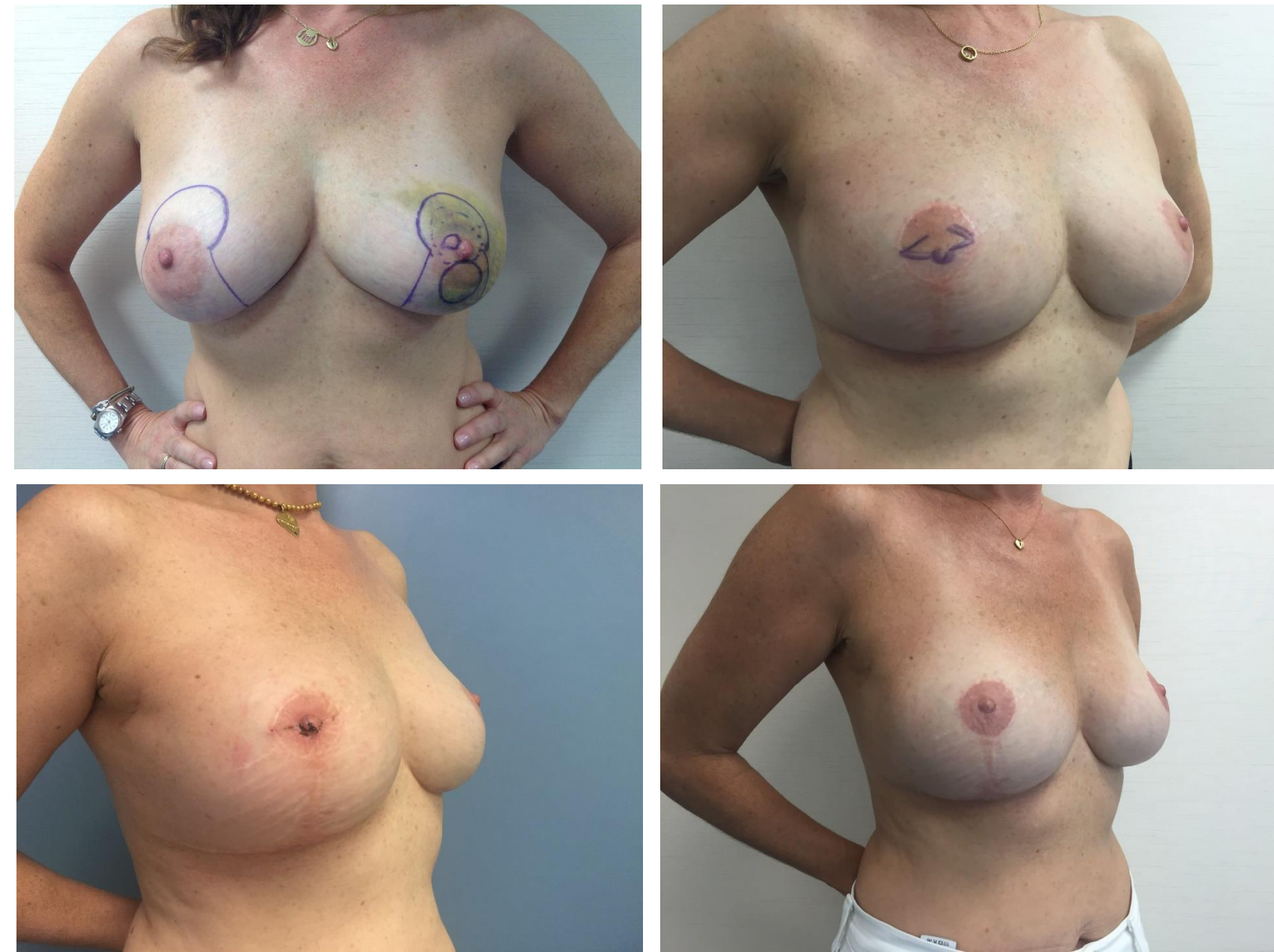


Figura 1 – Tumorectomia central e reconstrução imediata com mamoplastia e retalho de Grisotti e posterior tatuagem 3D do Complexo Areolo-mamilar.

Fotografias gentilmente cedidas pelo Dr. João Vargas Moniz

Resultados

N = 45 doentes

Mediana de idades: 62 anos (variação interquartil 54-68)

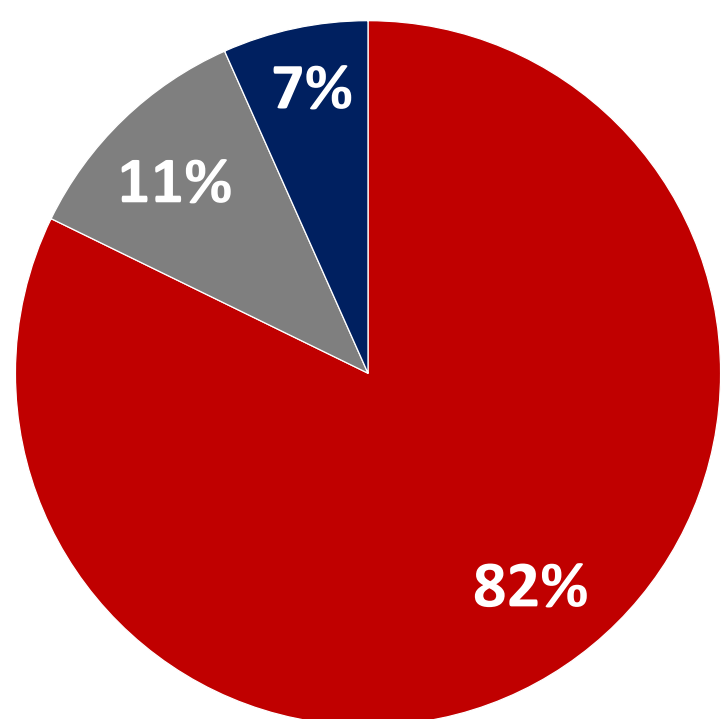


Gráfico 1 – Diagnósticos

■ Carcinoma invasivo da mama
■ Carcinoma ductal in situ
■ Doença de Paget

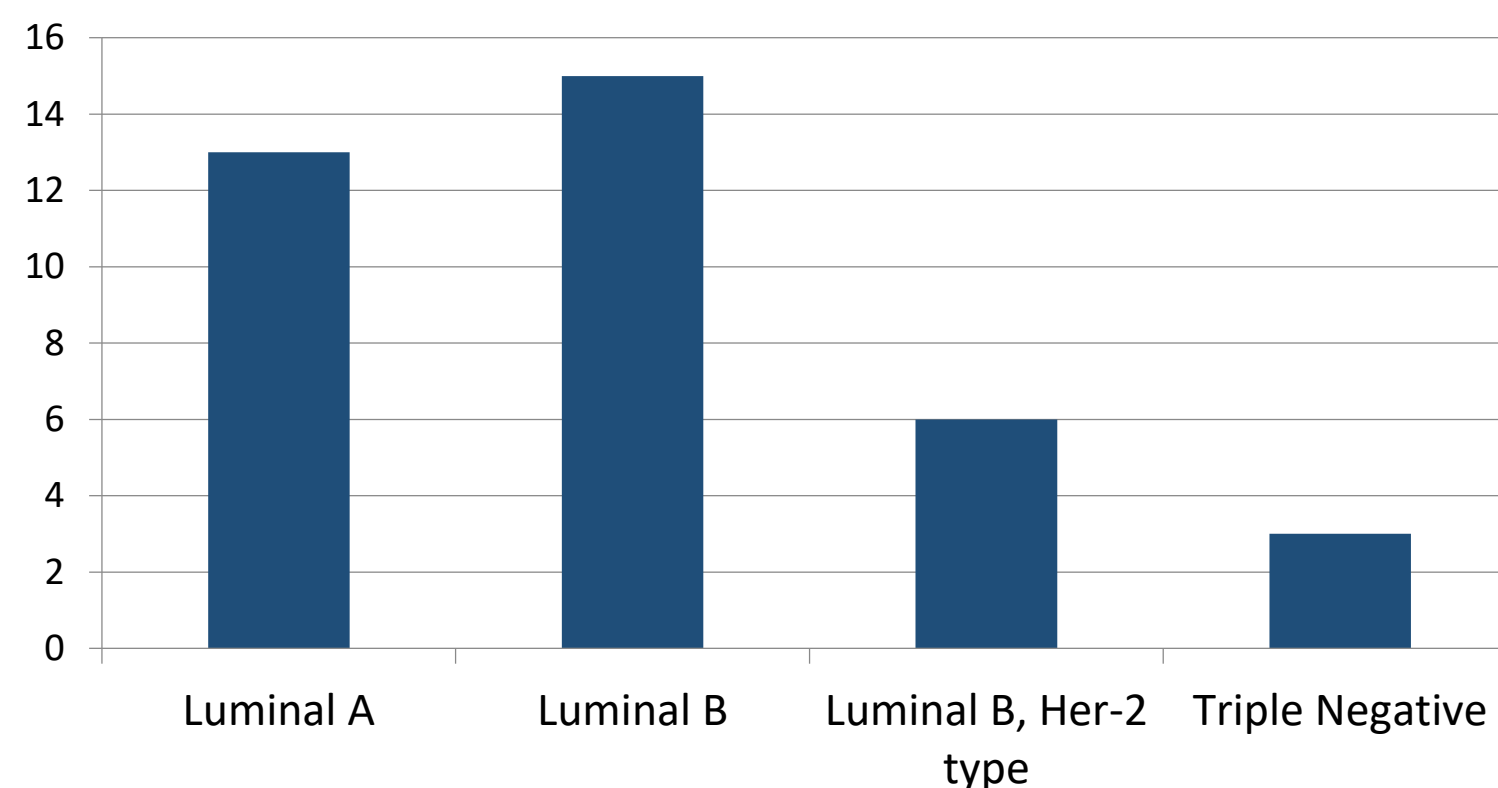


Gráfico 2 – Subtipos de carcinoma invasivo

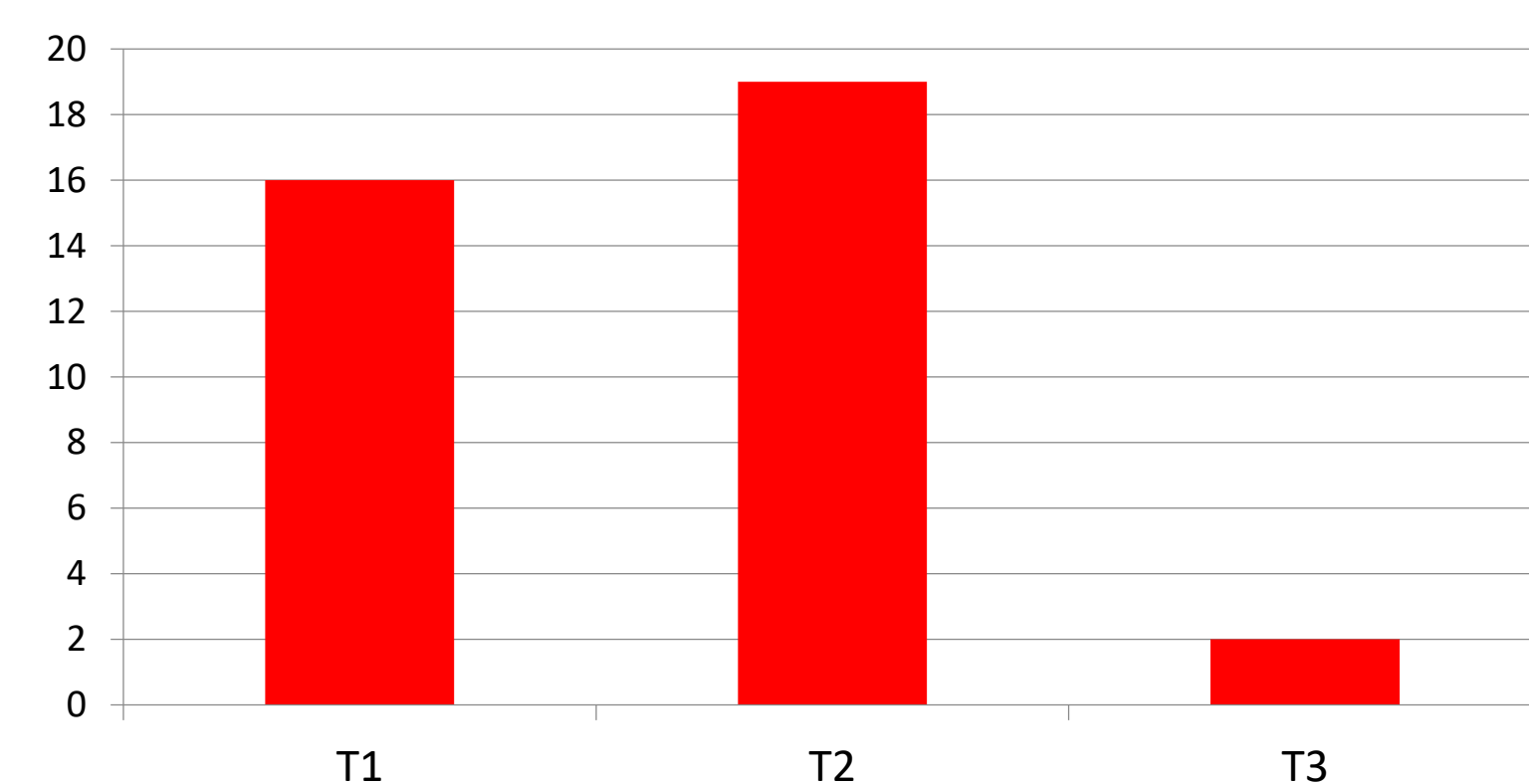


Gráfico 3 – Estadio T (mm) nos carcinomas invasivos

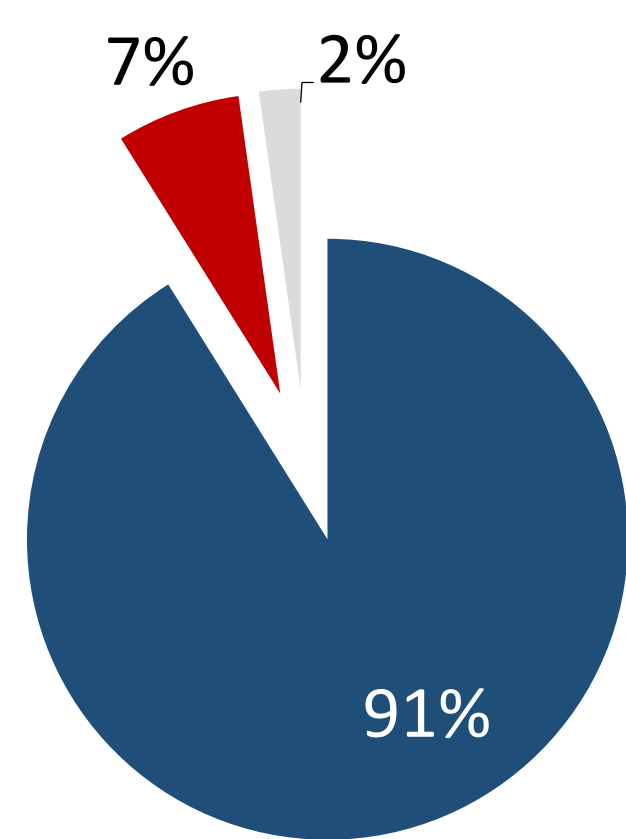


Gráfico 4 – Indicação para a resseção do Complexo Areolo-mamilar

■ Proximidade do tumor ao CAM
■ Confirmação pré-operatória de invasão do CAM
■ Doença de Paget

CAM – Complexo Areolo-mamilar

Tabela 1 – Procedimentos realizados simultaneamente à tumorectomia com mamoplastia de Grisotti

| Procedimento | n | % |
|------------------------------|----|-------|
| Biópsia de Gânglio Sentinela | 36 | 80.0% |
| Linfadenectomia Axilar | 9 | 20.0% |
| Simetrização contralateral | 31 | 68.9% |

Tempo mediano de cirurgia: 71 minutos (variação interquartil 50-95)

Tempo mediano de internamento: 1 dia (variação interquartil 1-2)

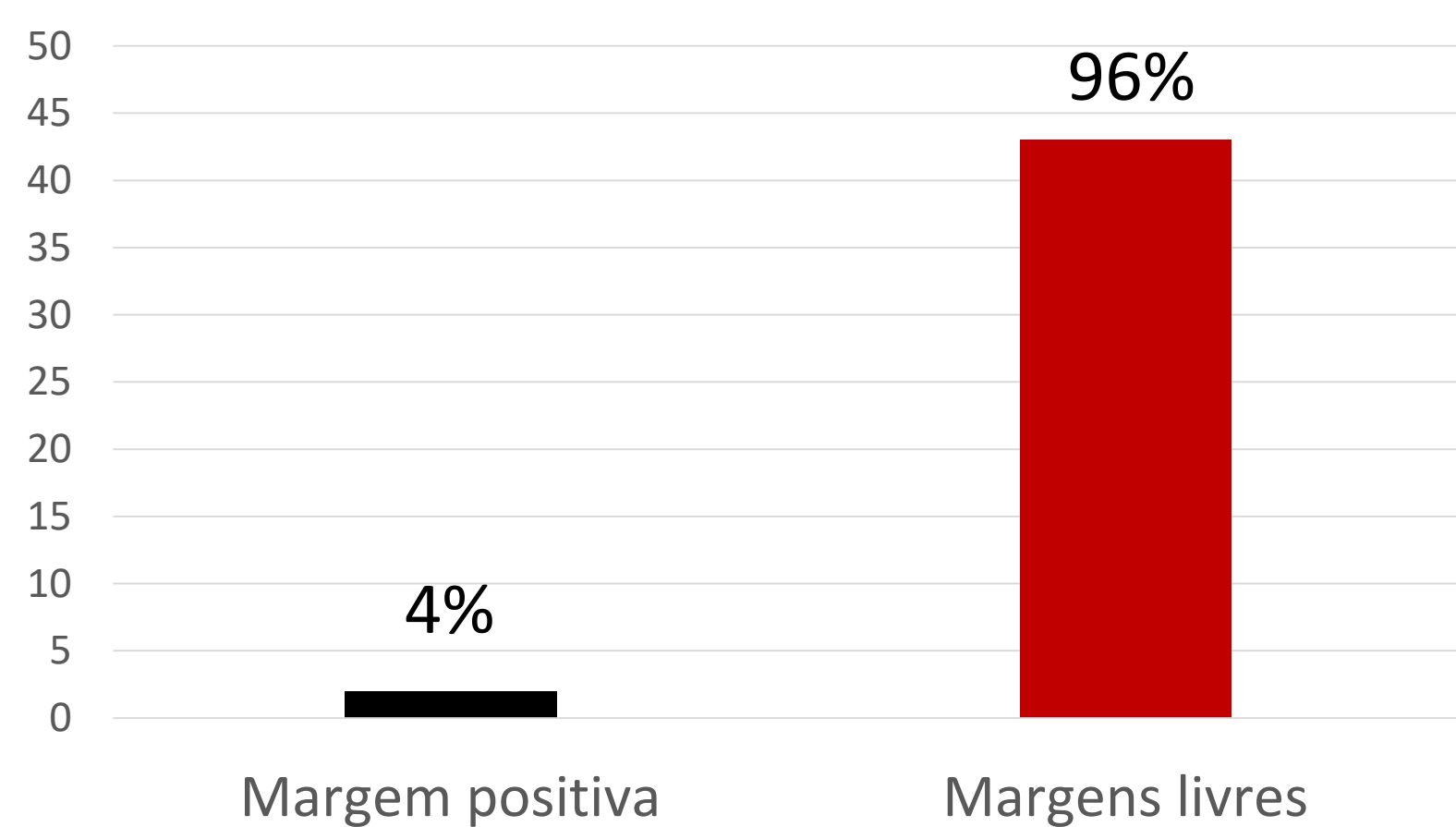


Gráfico 5 – **Status das margens cirúrgicas**

Reintervenção com mastectomia

Complicações: 1 caso de deiscência da ferida operatória (Clavien-Dindo IIIb)

Tabela 2 – Tratamento neoadjuvantes e adjuvantes

| Tratamento | n | % |
|--------------------------|----|-------|
| QT neoadjuvante | 4 | 8.9% |
| QT adjuvante | 22 | 48.9% |
| RT adjuvante | 42 | 93.3% |
| Hormonoterapia adjuvante | 40 | 88.9% |

QT – Quimioterapia; RT - Radioterapia

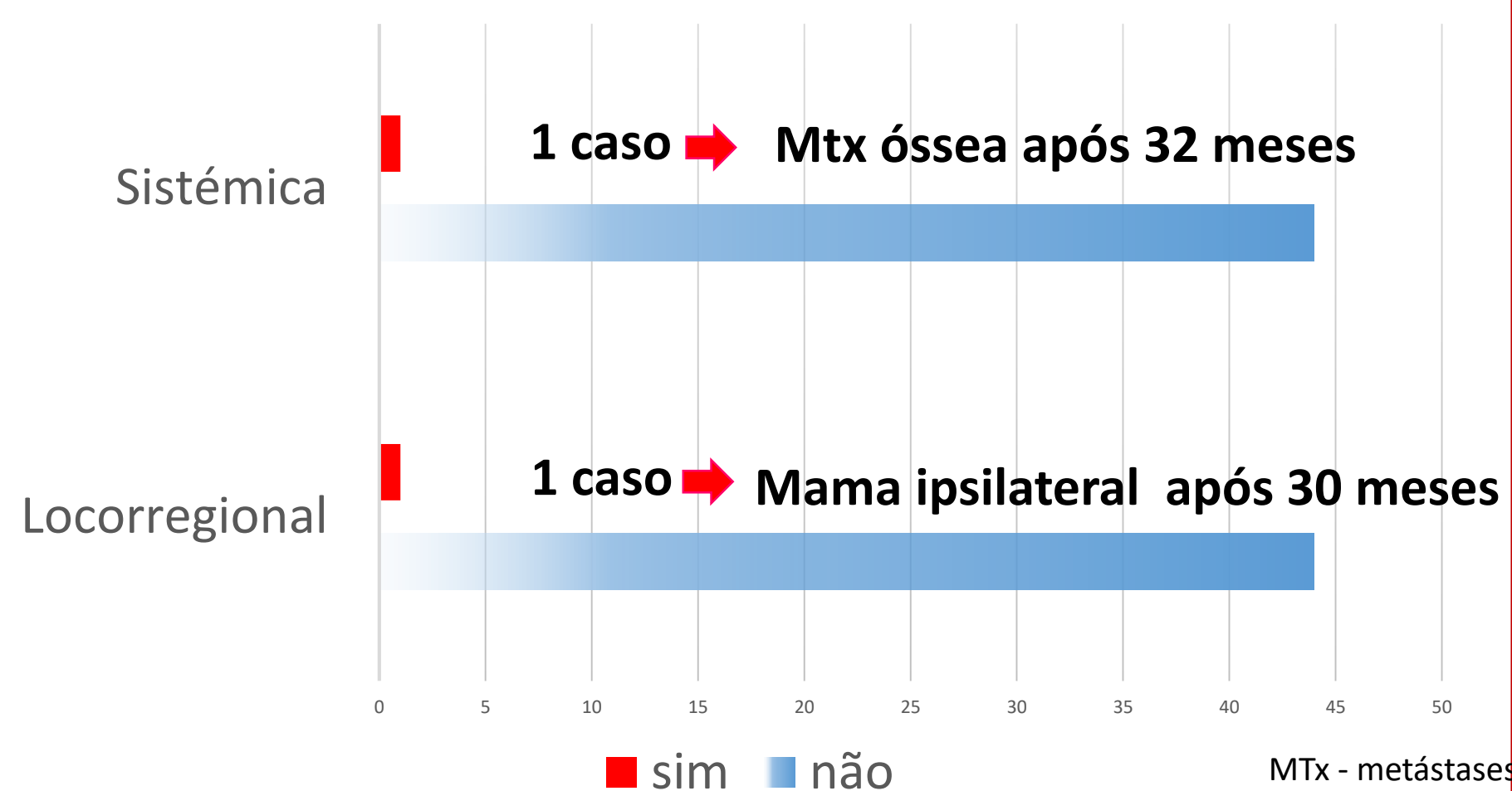


Gráfico 6 – Recidiva locorregional ou sistémica

Tempo mediano de follow-up: 31 meses (variação interquartil 18-43)

Conclusões

- ✓ A Tumorectomia central com reconstrução imediata do CAM com mamoplastia e retalho de Grisotti é uma **técnica cirúrgica alternativa** em doentes com tumores da mama que **envolvem ou estão muito próximos do CAM** e que pretendem **cirurgia conservadora**;
- ✓ Esta técnica apresenta-se como uma **opção segura** relativamente à obtenção de **margens cirúrgicas livre** e **taxa de recidiva locorregional e sistémica**.