



Reconstrução mamária em mulheres jovens e suas peculiaridades

Breast reconstruction in young women and their peculiarities

MARCELA CAETANO CAMMAROTA ^{1,2*}
GABRIEL CAMPELO DOS SANTOS ¹
JOSÉ CARLOS DAHER ^{1,2}
BRUNO PEIXOTO ESTEVES ^{1,2}
LEONARDO DAVID PIRES BARCELOS ^{1,2}
DANIEL AUGUSTO DOS SANTOS
SOARES ^{1,2}
ISMAR RIBEIRO JUNIOR ^{1,2}
MILENA CARVALHO ALMEIDA
GALDINO ^{1,2}
FABRÍCIO TAVARES MENDONÇA ^{2,3}

■ RESUMO

Introdução: O objetivo do trabalho foi avaliar as principais características e métodos utilizados na reconstrução mamária de mulheres jovens, considerando suas peculiaridades. **Métodos:** Foi realizada uma revisão retrospectiva dos prontuários das pacientes submetidas à mastectomia seguida de reconstrução mamária no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2015, sendo selecionados aqueles cuja reconstrução foi realizada em mulheres de até 40 anos de idade. **Resultados:** 43 pacientes foram selecionadas. A média de idade foi de 33,86 anos. Grande parte possuía alguma comorbidade, sendo as mais comuns o sobrepeso e o transtorno ansioso/depressivo. Quatorze pacientes tinham história familiar da doença. A maioria obteve o diagnóstico de carcinoma ductal invasor. Tratamentos oncológicos complementares foram realizados em grande parte dos casos. Todas as pacientes foram submetidas à mastectomia total na mama portadora da neoplasia, sendo que em 16 houve a opção pela mastectomia redutora de risco contralateral. Do total de 43 reconstruções, 36 foram imediatas e 7 tardias; sendo 17 reconstruídos com implantes mamários, 13 com expansores teciduais, 4 com TRAM e 9 com GD. Houve 15 complicações, sendo as mais graves um caso de infecção com perda da reconstrução e um caso de necrose de aréola. **Conclusões:** Mulheres jovens submetidas à reconstrução mamária representam um subgrupo populacional com características próprias. Os padrões tumorais, pessoais e sociais diferem e, com base nesta imensa lista de variáveis, as possibilidades de tratamento são diversas. Em nossa casuística, o emprego de implantes mamários e expansores teciduais foi realizado com maior frequência neste subgrupo de pacientes.

Descritores: Neoplasias da mama; Mastectomia; Mastectomia radical; Adulto jovem; Mamoplastia; Complicações pós-operatórias.

Instituição: Hospital Daher Lago Sul,
Brasília, DF, Brasil.

Artigo submetido: 16/1/2017.
Artigo aceito: 19/10/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0002

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Daher Lago Sul, Brasília, DF, Brasil.

³ Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: To evaluate the main features and methods used in breast reconstruction in young women considering their unique characteristics. **Methods:** A retrospective records review of patients who underwent mastectomy followed by breast reconstruction between January 2008 and December 2015 was conducted, selecting those reconstructions that were performed in women younger than 40 years. **Results:** Forty-three patients were selected. The average age was 33.86 years. Many had some comorbidities, the most common being overweight and anxiety/depressive disorder. Fourteen patients had a family history of the disease. Most were diagnosed with invasive ductal carcinoma. Additional cancer treatments were administered in most cases. All patients underwent a full mastectomy in the breast with cancer, and in 16, there was the option of contralateral risk-reducing mastectomy. Of the 43 reconstructions, 36 were immediate and 7 were delayed, and 17 involved use of implants, 13 involved use of tissue expanders, 4 involved the TRAM, and 9 involved the GD. We observed 15 complications; the most severe were infection with reconstruction loss in one patient and areola necrosis in another. **Conclusions:** Young women undergoing breast reconstruction represent a population subgroup with its own characteristics. The tumors and personal and social patterns differ, and based on this long list of variables, treatment options are diverse. In our series, breast implants and tissue expanders were often most used.

Keywords: Breast neoplasms; Mastectomy; Mastectomy, radical; Young adult; Mammoplasty; Postoperative complications.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1 milhão de casos novos de câncer de mama, o que o torna a neoplasia mais comum entre as mulheres (excetuando-se os cânceres de pele não melanoma)^{1,2}. As estatísticas mostram que uma em nove mulheres irá desenvolver a doença em algum momento de sua vida², e que cerca de 1-7% destes diagnósticos acometem mulheres jovens²⁻⁵.

A neoplasia de mama nesta população tende-se a apresentar de forma mais agressiva, com maior chance de recorrência e morte^{2,4,5}. Mulheres jovens portadoras de neoplasia mamária são também mais comumente submetidas aos tratamentos complementares, tais como radioterapia, quimioterapia e à mastectomia profilática contralateral quando comparadas àquelas de idade mais avançada⁵.

A reconstrução mamária neste subgrupo populacional apresenta certas particularidades em relação ao subgrupo padrão, tendo em vista determinadas características peculiares deste grupo populacional.

Os impactos da mastectomia nestas mulheres são usualmente mais pronunciados, o que afeta as estratégias

da reparação⁵. Além disso, mulheres jovens têm a tendência de apresentar constituição corporal diferente de mulheres de idade mais avançada, maior preocupação com a morbidade da parede abdominal, a maternidade em curso ou futura, o retorno às atividades habituais e de sexualidade⁵. A literatura, apesar de controversa, aponta uma tendência maior da reconstrução utilizando-se implantes e expansores neste subgrupo populacional, enquanto a reparação com retalhos autólogos isolados é empregada com menor frequência⁵.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi avaliar as principais características e métodos utilizados na reconstrução mamária de mulheres jovens, haja vista suas características singulares.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão retrospectiva dos prontuários das pacientes submetidas à mastectomia (devido ao diagnóstico de neoplasia de mama) seguida de reconstrução mamária no período de janeiro de 2008

a dezembro de 2015, sendo selecionados aqueles cuja reconstrução foi realizada em mulheres de até 40 anos de idade.

Todas as pacientes assinaram termo de consentimento informado autorizando o uso de seus registros e de informações de seu tratamento, assim como de suas fotografias, para fins científicos.

Este trabalho seguiu os princípios da Declaração de Helsinque, adotada pela 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinque, Finlândia, em junho de 1964, e corrigida pelas 29ª Assembleia Médica, Tóquio, Japão, em outubro de 1975, e 35ª Assembleia Médica Mundial Veneza, Itália, em outubro de 1983, e pela 41ª Assembleia Médica Mundial Hong Kong, em setembro de 1989.

Os dados analisados foram as características pessoais (tais como a idade e a presença de comorbidades), a história familiar, as características tumorais, o tratamento oncológico adotado, o momento e o método das reconstruções mamárias realizadas e as complicações observadas.

O tratamento oncológico foi definido pelo mastologista e/ou pelo oncologista clínico com base nas características histológicas, de imuno-histoquímica e de estadiamento de cada paciente.

Todas as reconstruções mamárias foram realizadas pelo mesmo cirurgião. O método de reconstrução foi escolhido com base na criteriosa análise do caso pelo cirurgião plástico assistente juntamente com a preferência pessoal da paciente.

Todas as pacientes realizaram um acompanhamento pós-operatório de, no mínimo, 6 meses.

RESULTADOS

No período englobado, 43 pacientes foram selecionadas em um total de 436 pacientes que realizaram reconstrução de mama, correspondendo a 10% da amostra. A idade média das pacientes foi 33,86 anos, sendo a paciente mais jovem de 23 anos de idade. Grande parte

possuía alguma comorbidade, sendo as mais comuns o sobrepeso e o transtorno ansioso/depressivo na ocasião da reconstrução. Quatorze pacientes (32,55%) possuíam história familiar de neoplasia mamária. A Tabela 1 discrimina as características das pacientes estudadas.

Utilizando o teste Qui-quadrado não observamos significância estatística ao analisar a relação entre história familiar de câncer de mama e a realização de mastectomia unilateral ou bilateral (Tabela 2).

Tabela 2. Relação entre Lateralidade e História Familiar.

	História Familiar		Total	p
	Sim	Não		
Lateralidade Unilateral	11	16	27	
Bilateral	3	13	16	0,137
Total	14	29	43	

A maioria das pacientes (97,67%) obteve o diagnóstico de carcinoma ductal invasor (CDI). Na maioria dos casos foram realizados tratamentos complementares. Todas as pacientes foram submetidas à mastectomia total na mama portadora da neoplasia, sendo que em 16 houve ainda a opção pela mastectomia redutora de risco contralateral. Do total de 43 reconstruções, 36 (83,7%) foram realizadas no mesmo tempo da mastectomia (imediatas) e em 7 (16,3%) a mama foi reconstruída tardiamente. A Tabela 3 detalha os tratamentos adotados.

Conforme demonstramos na Tabela 4, dos 43 casos estudados, 17 foram reconstruídos com implantes mamários (Figura 1), 13 com expansores teciduais (Figura 2), 4 com retalhos miocutâneos do músculo reto do abdômen - TRAM - (Figura 3) e 9 com retalhos miocutâneos do músculo latíssimo do dorso - GD - associados à implante mamário (Figura 4). Obtivemos 15 complicações, sendo as mais graves um caso de infecção com perda da reconstrução e um caso de necrose de aréola.

Tabela 1. Características das Pacientes.

	Número de Pacientes	%
Total de pacientes	43	100%
Idade média (Mínima - Máxima)	33,86	-
Comorbidades	15	34,88%
História de tabagismo	1	2,32%
Hipertensão	4	9,30%
Diabetes mellitus	2	4,65%
Transtorno ansioso/depressivo	11	25,58%
Obesidade	2	4,65%
Sobrepeso	8	18,60%
História Familiar	14	32,55%

Tabela 3. Tratamentos adotados.

	Número de Pacientes	%
Total de pacientes	43	100
Realização de quimioterapia	30	69,76%
QT neoadjuvante	19	44,18%
QT adjuvante	11	25,58%
Realização de radioterapia	20	46,51%
Mastectomia unilateral	27	62,80%
Mastectomia bilateral	16	37,20%
Reconstruções imediatas	36	88,72%
Reconstruções tardias	7	16,27%

QT: Quimioterapia.

Utilizando o teste Qui-quadrado não observamos significância estatística ao analisar a relação entre a realização de mastectomia unilateral ou bilateral e o tipo de reconstrução realizada (Tabela 5) nem quando estudamos a relação entre o tipo de reconstrução realizada e a ocorrência de complicações pós-operatórias (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Este é um dos trabalhos pioneiros na literatura nacional a avaliar reconstrução mamária em mulheres jovens.

Ao buscar artigos de outras nacionalidades sobre o tema, notamos que a própria definição de mulheres jovens nesta área é variável. A maioria dos autores utiliza a idade de até 35 ou de até 40 anos para se referir a esta população^{3,6}. Optamos por utilizar neste trabalho a idade

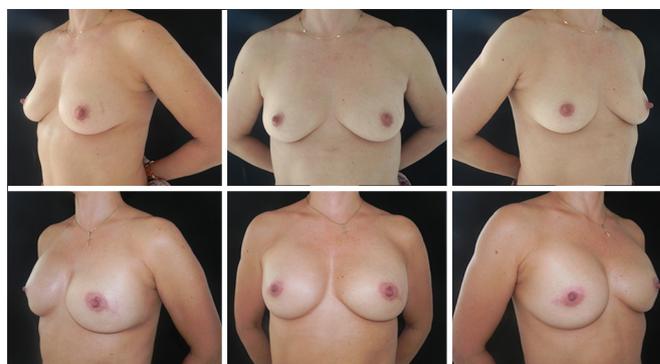


Figura 1. Na parte superior temos imagens do pré-operatório. Abaixo, imagens após 6 meses de pós-operatório de mastectomia bilateral, seguida de reconstrução imediata com prótese.



Figura 2. Na parte superior temos imagens do pré-operatório. No meio, imagens de 4 meses de pós-operatório de mastectomia em mama esquerda e reconstrução mamária imediata com expansor. Abaixo, imagens de 6 meses de pós-operatório do segundo tempo da reconstrução mamária com simetrização.

Tabela 4. Métodos de Reconstrução e Complicações Observadas.

Técnica de reconstrução	Número de reconstruções	Momento da reconstrução	Complicações observadas
Implantes mamários	17	13 imediatas / 4 tardias	1 caso - infecção com perda da reconstrução 1 caso - contratura capsular pós-radioterapia 1 caso - necrose parcial do complexo areolopapilar 1 caso - seroma 1 caso - deiscência parcial
Expansores teciduais	13	13 imediatos / 0 tardios	1 caso - necrose de aréola 1 caso - necrose da pele da mastectomia 2 casos - contratura capsular pós-radioterapia 1 caso - seroma
TRAM	4	4 imediatos / 0 tardios	1 caso - necrose da pele da mastectomia 2 casos - deiscências em abdome
GD	9	6 imediatos / 3 tardio	1 caso - deiscência em região dorsal 1 caso - contratura capsular pós-radioterapia 1 caso - seroma

GD: Retalho do músculo Latíssimo do Dorso; TRAM: Retalho Transverso do Músculo Reto do Abdômen.



Figura 3. Acima temos imagens do pré-operatório. No meio, imagens da paciente com 4 meses de pós-operatório da reconstrução mamária tardia com Retalho Transverso do Músculo Reto do Abdômen. Abaixo temos imagens após 6 meses do segundo tempo da reconstrução mamária associado a simetrização em mama oposta.

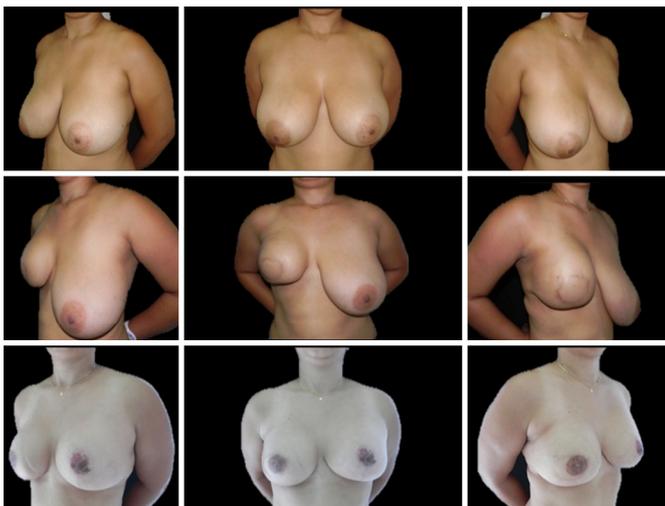


Figura 4. Acima temos imagens do pré-operatório. No meio, imagens da paciente com 5 meses de pós-operatório da mastectomia com reconstrução mamária imediata com Retalho do Músculo Grande Dorsal com colocação de prótese de silicone. Abaixo temos imagens após 8 meses do segundo tempo da reconstrução mamária associado a simetrização em mama oposta.

Tabela 5. Relação entre lateralidade e o tipo de reconstrução utilizada.

	Método				Total	p
	GD	TRAM	PROT	EXP		
Lateralidade Unilateral	7	4	10	6	27	0,180
Bilateral	2	0	7	7	16	
Total	9	4	17	13	43	

GD: Retalho do músculo Latíssimo do Dorso; TRAM: Retalho Transverso do Músculo Reto do Abdômen; PROT: Prótese; EXP: Expansor.

Tabela 6. Relação entre o tipo de reconstrução utilizada e a ocorrência de complicações.

	Complicações		Total	p
	Sim	Não		
Método GD	4	5	9	0,235
TRAM	3	1	4	
PROT	4	13	17	
EXP	4	9	13	
Total	15	28	43	

GD: Retalho do músculo Latíssimo do Dorso; TRAM: Retalho Transverso do Músculo Reto do Abdômen; PROT: Prótese; EXP: Expansor.

de até 40 anos por considerarmos este subgrupo mais homogêneo do que quando ampliado até idades mais avançadas.

Este grupo populacional possui características tumorais, físicas, psicológicas e sociais diferentes do grupo de pacientes comumente afetados por neoplasia mamária^{3,7}. A doença, o próprio modo de encará-la e as estratégias de tratamento mostram-se diferentes nesta população.

Quanto às características tumorais

A literatura aponta que mulheres abaixo dos 35 anos têm uma taxa mais baixa de carcinoma ductal *in situ*³. Este fato deve-se, provavelmente, a um viés de detecção, já que mulheres nesta faixa etária normalmente não realizam mamografias e, quando o fazem, a sensibilidade é mais baixa devido à alta densidade mamária existente³.

A prevalência nesta faixa etária é o carcinoma ductal invasor (CDI), que ocorre em mais de 85% das pacientes². Os demais tipos histológicos ocorrem na minoria dos casos. Em nossa casuística, 97,67% dos diagnósticos foram de carcinomas ductais invasores e 2,32% de carcinomas lobulares invasores (CLI). Chamamos atenção para o fato dessas pacientes com CLI nessa faixa etária serem na sua totalidade submetidas a tratamentos radicais - mastectomia bilateral - uma vez que a chance de recidiva e doença contralateral é aumentada muitas vezes em comparação com a população em geral.

Além disso, a literatura revela que os tumores em mulheres jovens usualmente apresentam receptores de estrogênio e progesterona negativos^{2,3}, o que corrobora para um pior prognóstico, devido à falta de tratamentos direcionados e da possibilidade do bloqueio hormonal como um fator protetor de recidiva ser minimizado.

Quanto à apresentação da doença

Apesar de alguns autores apresentarem uma sensibilidade considerável da mamografia e da ultrassonografia para pacientes jovens portadoras de neoplasia de mama (de cerca de 85% e 88%, respectivamente)⁴, estas pacientes não estão na faixa etária de *screening* populacional. Por não realizarem os exames de rastreamento (a não ser quando a paciente já sabe pela história familiar que pode possuir um risco aumentado de desenvolvimento de câncer), os tumores em idade mais jovem normalmente só são descobertos quando palpáveis (na mama ou na axila) ou quando a paciente apresenta sintomatologia, apresentando-se, portanto, em estágio mais avançado^{3,4,6}.

Estes tumores tendem ainda a estar mais associados com invasão vascular e com o envolvimento de linfonodos locorregionais², além de serem mais agressivos e com uma maior chance de recorrência e morte^{2-4,8}.

Quanto ao tratamento oncológico

Sabe-se que o tratamento cirúrgico para a neoplasia mamária pode ser dividido basicamente em duas alternativas: cirurgias conservadoras ou mastectomia total. Os fatores que direcionam a decisão para uma ou outra abordagem incluem o tamanho e tipo tumoral, a multicentricidade, o volume da mama, a história familiar e/ou a predisposição genética para a doença⁹.

Embora alguns estudos históricos sugiram que não há diferença significativa na sobrevida entre pacientes que realizaram mastectomia total quando comparadas às que foram submetidas aos procedimentos conservadores, alguns autores sugerem que há maior taxa de recorrência local neste último grupo quando realizado um longo seguimento^{3,6,10}.

Uma parcela de estudiosos advoga que mulheres jovens tratadas com cirurgia conservadora da mama apresentam um risco de recorrência tumoral até nove vezes maior do que mulheres de idade acima de 60 anos^{3,4}. Já outros autores sugerem que em mulheres com estágio I ou II de câncer de mama os procedimentos conservadores poderiam ser oferecidos como primeira escolha, já que, apesar do risco de recorrência aumentado, esta não afetaria a sobrevida¹⁰.

Pela nossa própria prática clínica, notamos que há, dentre essa parcela populacional, uma relevante preocupação com a ocorrência de novo diagnóstico de

câncer de mama no futuro, tanto na mama portadora da neoplasia quanto na mama contralateral. Esta preocupação estende-se também para alguns mastologistas, em virtude de uma possível origem genética do tumor e dos muitos anos de vida que estas pacientes ainda terão pela frente caso sejam curadas neste episódio.

Em nossa casuística, todas as 43 pacientes foram submetidas à mastectomia total na mama portadora da neoplasia. Em 16 pacientes houve ainda a opção pela mastectomia redutora de risco contralateral. Entretanto, apesar destas ocorrências observadas (e também vistas mais enfaticamente na literatura nos últimos anos), a maioria dos estudos sobre o assunto não é clara em demonstrar se realmente há um ganho de sobrevida com a utilização destes métodos^{3,6}.

O tratamento oncológico nesta faixa etária normalmente é multidisciplinar. A literatura aponta que a complementação com radioterapia, quimioterapia e terapia hormonal deve ser fortemente considerada em mulheres jovens³. Em nossa casuística este fato também foi percebido, com a maioria das pacientes sendo submetidas aos tratamentos oncológicos complementares.

Quanto aos impactos da mastectomia

Sabemos que os impactos de uma mastectomia são mais prejudiciais nas mulheres mais jovens do que naquelas em idade mais avançada^{3,7,8}. Esse fato diz respeito aos aspectos financeiros, familiares, pessoais e emocionais.

Os estudos mostram que mulheres jovens tendem a apresentar maiores problemas em sua carreira e em suas vidas financeiras após o diagnóstico de câncer de mama⁷, provavelmente relacionados ao tempo de afastamento do trabalho.

A literatura demonstra ainda que jovens acometidas de câncer de mama têm mais probabilidade de terem um parceiro do que as mulheres mais velhas⁷. Entretanto, apesar de teoricamente terem a companhia do marido para apoiá-las, também estão mais propensas a terem dificuldades em seus relacionamentos por conta da doença⁷, relacionados principalmente aos distúrbios de aceitação da própria imagem corporal e disfunções de sexualidade^{3,5}.

Enquanto as mulheres de faixa etária mais avançada normalmente possuem uma rede familiar ampla (por terem prole constituída, filhos, netos, parentes próximos) para ajudá-la nos cuidados e nos retornos pós-operatórios, notamos que as mulheres mais jovens usualmente compareciam às consultas sozinhas ou com as amigas (já que não possuem filhos em idades capazes de ajudá-las e, apesar de normalmente terem um companheiro, muitas vezes ele estava trabalhando no horário da consulta). Ressalta-se também que muitas

ainda não haviam chegado ainda a constituir família e que o próprio tratamento da doença poderia impossibilitar que isso acontecesse.

Quanto ao aspecto psíquico, sabemos que as mamas têm uma enorme importância para a preservação da integridade psicológica da mulher e que a ideia de sua amputação possui sequelas devastadoras. Este fato toma proporções ainda maiores nas mulheres mais jovens^{3,9}. Observamos que uma parcela significativa das nossas pacientes iniciou tratamento psiquiátrico concomitantemente ao tratamento oncológico e apresentaram taxa elevada de transtorno depressivo (25%). Tal fato também foi encontrado na literatura³.

Quanto à ideia da cirurgia plástica e escolha/papel do cirurgião

É sabido que as mulheres nesta idade são mais ambientadas à ideia de uma cirurgia plástica reconstrutora em geral. Os estudos mostram que também estão mais propensas a se submeterem à reconstrução mamária após a mastectomia^{5,7,8}. Verificamos que apenas aquelas pacientes que o mastologista contraindicou a reconstrução é que deixaram para fazer o procedimento de forma tardia - apenas 16%. Entretanto, percebemos que as pacientes mais jovens usualmente apresentam-se de forma mais aflita e ansiosa com relação à ideia da reconstrução e suas implicações físicas, emocionais e estéticas.

Devido ao acesso maior à informação deste subgrupo populacional, que dispõem de diversas fontes de consulta, muitas compareciam aos consultórios já sabendo as alternativas de reconstrução e as vantagens e desvantagens de cada método.

Alguns estudos prévios revelam que as mulheres jovens buscam informações sobre a própria doença com maior frequência (principalmente na internet) e adotam uma posição mais ativa no próprio tratamento quando comparadas às de idade mais avançada⁷. Constatamos as mesmas observações, notando ainda uma tendência do cirurgião plástico de deixar a posição de mero apresentador e virar um debatedor, interagindo de forma muito maior na consulta com estas pacientes.

Notamos que as informações disponíveis na internet (e até no próprio *website* do cirurgião plástico), a recomendação de conhecidas que já passaram pela mesma doença e o catálogo do convênio foram os principais fatores que levaram as pacientes até aquele consultório.

Quanto à escolha da técnica

A literatura aponta que as mulheres jovens apresentam uma maior preocupação com a aparência e com a sexualidade quando comparadas às mulheres em

idade mais avançada⁷. Por estarmos em um país tropical, onde a exposição corporal é nitidamente mais prevalente, acreditamos que estes valores estão ainda mais presentes em nossa realidade.

Sabemos que as expectativas da reconstrução mamária são especificamente relacionadas com a simetria das mamas, além da forma e o tamanho das mesmas.

Estudos vistos na literatura e a nossa própria prática clínica apontam que a maioria dos procedimentos de mamoplastias de aumento são realizados em mulheres mais jovens^{6,7}, o que sugeriria que tais pacientes poderiam estar mais interessadas do que aquelas de idade mais avançada em um aumento mamário no momento da reconstrução da mama⁷. Com relação a esta última observação, percebemos que a maioria das pacientes de faixa etária mais jovem buscava mamas maiores, ao contrário do usualmente observado em mulheres de idade mais avançada, que normalmente solicitam mamas menores.

Algumas apresentavam na consulta inicial o desejo de reconstrução mamária utilizando-se a musculatura abdominal, visando eliminar o abdômen saliente e os excessos de pele. Tal noção reforça a ideia da preocupação estética outrora mencionada. Entretanto, esta opção acabava sendo descartada pela ausência de área doadora (pois frequentam ou frequentaram academias, faziam exercícios físicos, dentre outros), o que impossibilitava a opção de reconstrução com o emprego de retalhos autólogos isoladamente. O desejo futuro de engravidar foi outro fator bastante considerado, o que tornava a reconstrução com o método TRAM uma contraindicação relativa, realizado em apenas 4 pacientes.

Em nosso estudo, a reconstrução com TRAM foi empregada principalmente naquelas pacientes com sobrepeso, incluindo duas obesas (Índice de Massa Corporal de 35,26 Kg/m² e 31,83 Kg/m²). Todas já eram mães e, em virtude das gestações prévias, possuíam flacidez de pele associada.

A opção pelo método de reconstrução foi também influenciada pelo período de recuperação pós-operatória, que influenciaria no tempo de retorno ao trabalho e no cuidado com os filhos ainda pequenos. Este fato foi também encontrado na literatura^{7,11}. A mulher demonstrava ali, até no momento da sua própria doença, uma preocupação com o bem-estar da prole e o da sua família.

Observamos que a maioria das pacientes desta faixa etária não apresentava rejeição ao implante de silicone (o que ocasionalmente ocorre em faixas etárias mais avançadas). Algumas já haviam até colocado implantes de silicone previamente por motivos estéticos.

Muitas optaram pela reconstrução com implante de silicone/expansores teciduais, mais de 50% em nossa casuística, em virtude destes fatores já mencionados. A

literatura, apesar de controversa, aponta esta tendência, ainda mais relevante nas reconstruções bilaterais⁵.

Sabemos que, em casos de reconstruções bilaterais, um procedimento similar quando empregado em ambos os lados torna a possibilidade de resultados simétricos mais fácil⁸, o que tornou a opção de reconstrução com próteses e expansores ainda mais significativa. Além disso, a quantidade de tecido apto a ser mobilizado com o emprego de retalhos autólogos isoladamente não possibilitava a reconstrução de mamas de tamanho satisfatório ao solicitado pela maioria das pacientes (ainda mais em casos bilaterais).

Quanto aos resultados e complicações

Apesar de normalmente serem portadoras de doenças mais agressivas e sentirem de forma mais ampla (tanto fisicamente quanto psicologicamente) os efeitos do tratamento, as mulheres jovens usualmente são mais saudáveis e apresentam menos comorbidades do que mulheres em idade mais avançada¹¹. Por estes motivos, tendem a apresentar menores índices de complicações pós-operatórias e de gravidade das mesmas, proporcionando resultados melhores e de forma mais rápida.

Em nossa análise pudemos constatar tal fato. Observamos que a maioria das complicações foi de âmbito menor e facilmente tratada. Houve 15 complicações, sendo as mais significativas um caso de infecção com perda da reconstrução e uma necrose de aréola (justamente em uma das mamas em que fora realizada uma mastectomia profilática). Houve três casos de contratura capsular (todos após a realização de radioterapia adjuvante) que foram devidamente tratados com enxerto de gordura na neomama (nos casos de pequena monta) ou com capsulotomia e troca do implante mamário (no caso mais severo). Existiram ainda dois casos de necrose da pele da mastectomia, um de seroma na região da neomama e três ocorrências de deiscências pequenas em regiões doadoras, todos tratados com procedimentos menores em consultório.

Notamos que o nível de exigência costuma ser bem mais elevado neste subgrupo de pacientes do que em pacientes com idade mais avançadas. Em muitos casos, a satisfação da paciente não se completava apenas com as primeiras etapas da reconstrução e tempos cirúrgicos adicionais foram mais comumente empregados, visando uma maior simetria e um melhor resultado estético.

CONCLUSÃO

Mulheres jovens submetidas à reconstrução mamária representam um subgrupo populacional com características próprias.

Nosso trabalho revela diferenças interessantes entre as características da doença e as estratégias de tratamento entre esta população e o subgrupo padrão. Os padrões tumorais, pessoais e sociais diferem e, com base nesta imensa lista de variáveis, as possibilidades de tratamento são diversas.

As mulheres jovens possuem uma constituição corporal diferente. Apresentam tumores mais agressivos e uma maior probabilidade de serem submetidas aos tratamentos complementares, como radioterapia, quimioterapia e à mastectomia profilática contralateral. Normalmente, tendem a optar pela reconstrução mamária. Devido principalmente à escassez de áreas doadoras e aspirações futuras (tanto maternas, quanto profissionais e estéticas), o emprego de expansores e implantes mamários foi empregado com maior frequência neste subgrupo de pacientes em nossa casuística.

Estudos adicionais são necessários para melhor caracterizar estes padrões e fazer uma análise mais detalhada do quadro neste subgrupo populacional. Nosso trabalho serve de base para estudos posteriores sobre o assunto.

Concluimos que a individualização do paciente é a chave para o sucesso da reconstrução mamária nesta população e uma ferramenta essencial para atender às expectativas e anseios da paciente após a mastectomia. Cada técnica reconstrutora tem suas indicações, vantagens e limitações, que devem ser amplamente discutidas com o paciente visando o melhor resultado possível.

COLABORAÇÕES

- | | |
|-------------|---|
| MCC | Aprovação final do manuscrito; realização das operações e/ou experimentos. |
| GCS | Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo. |
| JCD | Aprovação final do manuscrito. |
| BPE | Análise e/ou interpretação dos dados. |
| LDPB | Análise e/ou interpretação dos dados. |
| DASS | Análise e/ou interpretação dos dados. |
| IRJ | Análise e/ou interpretação dos dados. |
| MCAG | Redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo. |
| FTM | Análise estatística. |

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: Documento de consenso. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 36 p.

2. McAree B, O'Donnell ME, Spence A, Lioe TF, McManus DT, Spence RA. Breast cancer in women under 40 years of age: a series of 57 cases from Northern Ireland. *Breast*. 2010;19(2):97-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2009.12.002>
3. Gabriel CA, Domchek SM. Breast cancer in young women. *Breast Cancer Res*. 2010;12(5):212. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/bcr2647>
4. Liukkonen S, Leidenius M, Saarto T, Sjöström-Mattson J. Breast cancer in very young women. *Eur J Surg Oncol*. 2011;37(12):1030-7. PMID: 21937191 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2011.08.133>
5. Vogel JE, Chu C, McCullough M, Anderson E, Losken A, Carlson GW. Breast cancer in women under age 40 years: treatment by total mastectomy and reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2011;66(5):557-60. PMID: 21451370 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e318216b648>
6. Cardoso F, Loibl S, Pagani O, Graziottin A, Panizza P, Martincich L, et al.; European Society of Breast Cancer Specialists. The European Society of Breast Cancer Specialists recommendations for the management of young women with breast cancer. *Eur J Cancer*. 2012;48(18):3355-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.10.004>
7. Lee CN, Foster RD. Breast reconstruction after mastectomy in young women. *Breast Dis*. 2005-2006;23:47-52. PMID: 16823166 DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/BD-2006-23107>
8. Marin-Gutzke M, Sánchez-Olaso A. Reconstructive surgery in young women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;123 Suppl 1:67-74.
9. Piñero Madrona A. Surgical treatment of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;123 Suppl 1:21-4.
10. Mahmood U, Morris C, Neuner G, Koshy M, Kesmodel S, Buras R, et al. Similar survival with breast conservation therapy or mastectomy in the management of young women with early-stage breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012;83(5):1387-93. PMID: 22300561 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2011.10.075>
11. Ellsworth WA, Bass BL, Skoracki RJ, Heller L. Breast reconstruction in women under 30: a 10-year experience. *Breast J*. 2011;17(1):18-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4741.2010.01020.x>

Autor correspondente:*Marcela Caetano Cammarota**

SMHN, Quadra 2, Bloco C, Ed Crispim, sala 1315 - Brasília, DF, Brasil

CEP 70710-149

E-mail: marcelacammarota@yahoo.com.br