

RECONSTRUÇÃO E PRÓTESES MAMÁRIAS

A ANS tem o seguinte parecer sobre a cobertura de próteses mamárias:

“Enfatizamos que as modalidades de plásticas mamárias, associadas ou não ao uso de próteses e/ou expansores, contidas no referido Rol, terão sua cobertura obrigatória pelos planos de saúde sob a égide da Lei 9656/1998, quando indicados pelo médico assistente, para beneficiários com diagnóstico de câncer de mama, lesões traumáticas e tumores em geral (quando a sua retirada, mesmo em caráter investigativo, mutila a mama).”

Habitualmente não há cobertura para processos neoplásicos benignos, porém caso se trate de tumor que mutile a mama esta cobertura está prevista. (EX: Tumor Phyloides geralmente volumosos)

Quanto à mastectomia profilática, esta está coberta nos casos de carcinoma lobular, visto que este tipo de tumor tem alta recidiva em mama contralateral e naqueles casos em que o BRCA1 ou 2 são positivos

Nos casos em que for realizada a mastectomia profilática, a SAS cobrirá também a reconstrução mamária e a prótese da mama tratada.

Em casos de ruptura ou retração da prótese de silicone colocada por motivo estético, a SAS cobre a retirada da prótese, mas não cobre nova prótese. Exceção se faz para os casos das próteses PIP e Rofil, que caso estejam rompidas, a ANS define como obrigatório que os planos de saúde arquem com substituição por novas próteses.

CODIFICAÇÃO

MASTECTOMIA, SETORECTOMIA, QUADRANTECTOMIA:

Cd. TUSS	DESCRIPTIVO
30602092	EXÉRESE DE NÓDULO
30602157	MASTECTOMIA
45090106	QUADRANTECTOMIA - RESSECÇÃO SEGMENTAR
30602289	RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA / TORÁCICA LAT.
30602157	MASTECTOMIA SIMPLES
30602149	MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA
30602203	QUADRANTECTOMIA - RESSECÇÃO SEGMENTAR

RECONSTRUÇÃO E COLOCAÇÃO DE PRÓTESE MAMÁRIA:

Cd. TUSS	DESCRIPTIVO
30602238	RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO MUSCULAR MIOCUTÂNEO – UNILAT
30602262	RECONSTRUÇÃO DA MAMA COM PRÓTESE E/OU EXPANSOR
30602211	RECONSTRUÇÃO DA PLACA ARÉOLO MAMILAR – UNILAT
30602254	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA MAMA PÓS-QUADRANTECTOMIA

SIMETRIZAÇÃO:

Cd. TUSS	DESCRIPTIVO
30602173	MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO DA CONTRALATERAL
30602033	CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ASSIMETRIA MAMÁRIA

SUBSTITUIÇÃO OU RETIRADA DE PRÓTESES EM CASOS DE RUPTURA:

Cd. TUSS	DESCRIPTIVO
30602327	SUBSTITUIÇÃO DE PRÓTESE EM CASO DE LESÕES TRAUMÁTICAS E TUMORES

Tipos de Reconstrução Mamária

Entre as diversas técnicas cirúrgicas de reconstrução destacam-se:

Reconstrução mamária com expansores teciduais, seguido do uso de prótese - técnica que utiliza um expansor tecidual inflável, temporário, inflado gradualmente com soro fisiológico, através de uma válvula, até alcançar um volume mamário adequado para implante de prótese. Essa técnica é utilizada quando não há uma quantidade de pele suficiente para um implante. Determinados modelos de expansor tecidual inflável podem ser definitivos.

Reconstrução mamária com retalhos miocutâneos de músculo grande dorsal (latissimus dorsi) e prótese – técnica que utiliza tecido do músculo grande dorsal e retalhos de pele adjacentes. Essa técnica é utilizada quando os tecidos remanescentes após a mastectomia são insuficientes principalmente por falta de porções gordurosas. Está associada à inserção de prótese;

Reconstrução mamária com retalhos miocutâneos de músculos abdominais – técnica que utiliza tecido do músculo reto abdominal e retalhos de pele adjacentes. Essa técnica permite a reconstrução de volume e forma da nova mama, através da transferência de uma elipse de pele, gordura e músculos abdominais infraumbilicais, para a região da mastectomia através de um túnel subcutâneo. Para garantir o aporte sanguíneo, pode-se utilizar um ou ambos os músculos retos abdominais. Pode ser realizada no mesmo tempo da mastectomia ou reconstrução tardia. Essa técnica é utilizada quando há uma grande quantidade de tecido mamário retirado;

Reconstrução mamária com retalhos musculocutâneos do músculo transversal do reto maior com pedículo superior (retalho TRAM - transverse rectus abdominis muscle) técnica menos comum, porém, que oferece mais uma possibilidade diante de características anatômicas específicas. Nesse tipo de reconstrução mamária há colocação de expansor de pele em primeiro tempo operatório e num segundo tempo substituição do expansor por retalho TRAM desepidermizado e montado em forma de cone com medidas e proporções adequadas. Apresenta melhor sensibilidade da região mamária e evita a bicromia de pele do TRAM. Essa técnica é pouco utilizada.

Reconstrução mamária com retalhos livres do glúteo maior (gluteus maximus) - técnica que utiliza tecido do músculo glúteo maior sobre um pedículo superior como retalho músculo cutâneo, ou como retalho dermogorduroso, evitando dano muscular. Essa técnica é melhor indicada nas pacientes com anatomia favorável na região glútea.

Reconstrução mamaria com retalho miocutâneo e reconstrução mamaria com prótese/expansor – em algumas situações podem ser realizadas duas tecnicas em separado para reconstruir a mesma mama.

A escolha da técnica a ser utilizada depende de vários fatores, como por exemplo:

- Condições locais de pele e músculos (área que vai receber o expansor ou retalhos);
- Condições das áreas doadoras (costas, abdome, região glútea e locais que cederão retalhos);
- Biótipo (características físicas da paciente);
- Forma e volume da mama oposta;
- Forma do tórax;
- Peso da paciente;
- Idade;
- Expectativa, vontade e nível de atividade física da paciente.

Simetrização Mamária

O método de simetrização empregado sobre a mama contralateral é variável de acordo com o seu volume, seu grau de ptose e a técnica de reconstrução empregada na mama comprometida. As mamografias e ultrassonografias pré-operatórias devem ser feitas de forma sistemática para a definição do procedimento a ser realizado.

Se a mama reconstruída (comprometida) tem forma e volume que se assemelham à mama oposta não é necessária nenhuma intervenção sobre a mama contralateral. Se a mama contralateral apresenta hipertrofia indica-se uma plastia redutora com técnicas diversas: técnica em T, oblíqua, periareolar, vertical. Quando a mama contralateral é, ao contrário, hipotrófica dá-se preferência ao aumento com uma prótese.

Com a proposta da simetrização, caso a mama comprometida seja semelhante à mama oposta, esta não necessita ser simetrizada. Caso haja assimetria (hipertrofia, hipotrofia ou ptose) cabe a correção cirúrgica.

Reconstrução do Complexo Aréolo-mamilar (papilar)

Esta etapa cirúrgica reconstrói o complexo aréolo mamilar (CAM) e com isso faz com que as mamas fiquem ainda mais parecidas. Geralmente o mamilo é reconstruído com a pele do próprio local e a aréola com enxerto de pele da região inguinal. Apesar do resultado da reconstrução ser bom, não se restabelece a sensibilidade da aréola nem do mamilo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Joseph K. McLaughlin, Loren Lipworth, Jon P. Fryzek, Weimin Ye, Robert E. Tarone, Olof Nyren; Long-Term Cancer Risk Among Swedish Women With Cosmetic Breast Implants: An Update of a Nationwide Study, Journal of the National Cancer Institute, Vol. 98, No. 8, 557-560, April 19, 2006;

Warmuth MA, Sutton LM, Winer EP. A Review of Hereditary Breast Cancer: From Screening to Risk Factor Modification. Amer J Med.;102:407-415, 1997;

Burke W, Daly M, Garber J, Botkin J, Kahn MJE, Lynch P, et al. Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. II. BRCA1 and BRCA2. JAMA.;277:997-1003, 1997;

Lerman C, Hughes C, Croyle RT, Main D, Durham C, Snyder C, et al. Prophylactic surgery decisions and surveillance practices one year following BRCA1/2 testing. Prev Med.;31(1):75-80, 2000;

Uyei A, Peterson SK, Erlichman J, Broglio K, Yekell S, Schmeler K, Lu K, Meric-Bernstam F, Amos C, Strong L, Arun B. Association between clinical characteristics and risk-reduction interventions in women who underwent BRCA1 and BRCA2 testing: a single-institution study. Cancer. Dec 15;107(12):2745-51, 2006;

American Cancer Society, Breast Reconstruction After Mastectomy, <http://www.cancer.org>.