

Preservando a auto-estima

Símbolo de feminilidade, erotismo e maternidade, a mama carrega uma série de valores culturais e sociais ao longo da história da humanidade. Quando uma mulher recebe o diagnóstico de câncer de mama, o trauma físico e psicológico é muito grande. A boa notícia é que a reconstrução mamária acompanhou a evolução da doença e, hoje, é um dos ramos da cirurgia plástica que mais se desenvolveram nos últimos 20 anos. Atualmente, é consenso entre os principais centros de referência no tratamento de câncer privilegiar a reconstrução mamária imediata (no mesmo procedimento cirúrgico da mastectomia) ou precoce (logo após a mastectomia), sempre que o perfil e o quadro do paciente permitirem.

Essa nova abordagem tem garantido melhores resultados não só estéticos, mas principalmente clínicos. Justamente por resgatar o bem-estar, a auto-estima e a vontade de viver das pacientes, eliminando a sensação de mutilação, elas respondem melhor ao tratamento, integrando-se social e profissionalmente. É o que defende o chefe da cirurgia plástica do Instituto Nacional de Câncer (INCA), Paulo Leal. “É evidente que o fato de o paciente não se sentir mutilado interfere positivamente na resposta ao tratamento. Influi até no relacionamento com a equipe, com a família ou com a sociedade. O benefício social é inquestionável”, afirma.

O mastologista e cirurgião plástico João Carlos Sampaio Góes, diretor técnico-científico do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), concorda,



A evolução técnica minimiza a retirada da mama e facilita restauração.

mas alerta para os casos em que o estágio da doença exige primeiramente o tratamento para, somente após a cura, realizar-se a reconstrução. Segundo o diretor, a reconstrução imediata deve ser vista como parte do tratamento, por estar associada à maior disposição do paciente para os tratamentos complementares, como a quimio e a radioterapia.

Sob o aspecto oncológico, a reconstrução imediata torna a mastectomia ou a retirada do tumor muito mais segura em relação ao risco de recidiva (reincidência da doença). Isso porque antes, por exemplo, evitavam-se a retirada completa da mama e a mutilação nos casos de pacientes muito jovens. Hoje, por tratar-se de um procedimento muito mais seguro e eficiente, pode-se optar por uma extração mais completa e segura, com a garantia de preservar o bem-estar e auto-estima da paciente.



Julio Vieira

“A imediata reposição anatômica apresenta um resultado muito superior porque aproveita tecidos de boa qualidade, que proporcionam melhor cicatrização”

JOÃO CARLOS GÓES

Do ponto de vista técnico e estético, esse procedimento acumula outra série de vantagens. Na reconstrução tardia, deve-se aguardar a cicatrização da mastectomia, o que causa uma retração da pele e dos tecidos na região e a formação de fibrose, um tecido cicatricial. O resultado é sempre menos natural e harmônico. “A imediata reposição anatômica aproveita tecidos de boa qualidade, que proporcionam melhor cicatrização”, afirma João Carlos Góes.

Segundo os especialistas, a única desvantagem é que o custo da cirurgia é maior. Contra-indicações só existem para pacientes de idade bem avançada, ou que clinicamente não sejam indicadas para uma cirurgia longa. Para o chefe da Cirurgia Plástica do INCA, apesar do elevado custo inicial, a nova abordagem permite uma desoneração do tratamento a longo prazo, graças ao bem-estar e à melhor resposta das pacientes.

A duração da cirurgia varia de duas a oito horas, conforme a complexidade do caso e do tipo de técnica empregada, que basicamente são três: autóloga (que utiliza tecido do próprio paciente), implante (que utiliza prótese) e mista (que combina o uso de prótese com o tecido do paciente). O fato é que nem todas as

técnicas servem para todos os casos. O importante é o cirurgião dominar as técnicas de reconstrução para poder escolher a mais indicada apropriada a cada caso. João Carlos Góes, do IBCC, alerta: “Esta não é uma cirurgia muito simples. Deve ser feita por cirurgião plástico especializado, mas ainda são comuns os casos de reconstrução malfeita”.

Há evidências de que as técnicas que usam exclusivamente próteses são menos onerosas, porém mais custosas numa visão global do tratamento. Resumidamente, a prótese pressupõe sua manutenção, como nos casos de endurecimento. As técnicas autólogas, nas quais se usa exclusivamente o tecido do próprio paciente são, em princípio, mais onerosas, porém mais eficientes a longo prazo. “O uso exclusivo de tecido da paciente implica maior custo, maior tempo de internação e recuperação, mas têm resultados mais estáveis e eficientes”, explica Paulo Leal.

Alguns cirurgiões e mastologistas ainda defendem a radioterapia, tratamentos complementares e o controle de recidiva local, antes de dar início à reconstrução. Mas João Carlos Góes garante que o controle de recidiva local é o mesmo, com ou sem reconstrução mamária. “A reconstrução em si não é prejudicial com os tratamentos adjuvantes atuais”, discorda. E Paulo Leal completa: “A reconstrução imediata em nada interfere nos casos de recidivas. Basicamente, não deixamos vestígios de tecido que possa vir a desenvolver ou dar continuidade àquele câncer. A distância, o câncer é combatido pela droga, pelo tratamento em si”.

De modo geral, o pós-operatório é tranquilo. O período médio de internação, mesmo nas cirurgias maiores de retalho abdominal (técnica autóloga), é de três dias, com boa recuperação em 30 dias. Algumas dessas cirurgias são feitas em um só tempo; outras, em duas ou três etapas. Hoje, o procedimento é rotineiro nos maiores centros de tratamento de câncer do mundo. Só no INCA, de 2000 a 2005, foram realizados 1.026 procedimentos semelhantes, com uma média atual de 20 a 30 por mês. ■

Duda Vian



Paulo Leal: Quanto melhor a condição psicológica, melhor o resultado de todo o tratamento.