

Reconstrução mamária após mastectomia: interface entre cirurgia oncológica e reconstrutiva

Breast reconstruction after mastectomy: interface between oncologic and reconstructive surgery

Reconstrucción mamaria tras mastectomía: interfaz entre cirugía oncológica y reconstructiva

DOI: 10.5281/zenodo.23783530

Recebido: 28 out 2026

Aprovado: 29 out 2026

Edwardo Arcanjo Silva

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA),
Facultad de Medicina.

Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4700-6387>

E-mail: edwardoarcujo@gmail.com

Cláudio Borges Alves

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Escola Superior de Ciências da Saúde
(ESCS), Universidade do Distrito Federal (UnDF).

Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.

E-mail: claudioborgesalves@gmail.com

Lucas Homan Sousa do Nascimento

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA),
Facultad de Medicina.

Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1415-1182>

E-mail: lucashoman123@gmail.com

RESUMO

Introdução: A interface clínica envolvendo restauração mamária compatível com segurança oncológica, radioterapia e escolhas da paciente representa desafio entre a cirurgia geral e a cirurgia plástica reconstrutiva. As decisões terapêuticas devem integrar risco sistêmico, anatomia, perfusão e função, especialmente diante de radioterapia, isquemia do retalho de mastectomia, tabagismo, diabetes e infecção de implante. **Objetivo:** Discutir critérios de seleção, opções técnicas, complicações e limites da evidência disponível sobre o tema. **Metodologia:** Revisão narrativa crítica, não sistemática, elaborada a partir de diretrizes, consensos e revisões científicas publicadas e recuperadas em bases bibliográficas e páginas institucionais. Não houve inclusão de pacientes, extração padronizada de todos os estudos elegíveis, metanálise ou estimativa própria de efeitos. **Resultados e discussão:** Os documentos analisados favorecem decisão compartilhada sobre reconstrução imediata, tardia, protética ou autóloga, com escolha individualizada segundo o defeito e o estado do paciente. A análise contempla riscos como radioterapia, isquemia do retalho de mastectomia, tabagismo, diabetes e infecção de implante, além da importância da documentação do leito, da morbidade doadora e do seguimento funcional. Na prática, a reconstrução não deve atrasar tratamento oncológico

necessário nem comprometer margens cirúrgicas. A heterogeneidade de técnicas, cenários assistenciais e desfechos limita conclusões sobre superioridade universal. Conclusão: A reconstrução segura exige planejamento interdisciplinar, controle das condições de base e seleção de cobertura compatível com a função. Recomenda-se avaliar resultados clínicos e qualidade de vida, e não apenas fechamento anatômico.

Palavras-chave: Mastectomia, Reconstrução mamária, Retalhos autólogos, Radioterapia.

ABSTRACT

Background: Breast reconstruction after mastectomy: interface between oncologic and reconstructive surgery addresses breast defects following oncologically indicated mastectomy, a clinical problem that often requires coordinated action by general and reconstructive surgeons. Procedure choice is influenced by the extent of the defect and by associated systemic and local risk factors. **Objective:** To critically discuss patient selection, reconstructive options, complications and the strength of the available evidence. **Methods:** This descriptive narrative review, rather than a systematic review or meta-analysis, was based on a directed reading of clinical guidelines, consensus statements and published reviews retrieved from institutional and bibliographic resources. No individual patient data were collected and no original numerical treatment effects were calculated. **Results and discussion:** The main decision pathway involves shared selection of immediate or delayed, implant-based or autologous reconstruction. Important adverse outcomes include ischemia of mastectomy skin, infection, radiation-related complications and donor-site morbidity. Selection requires evaluation of the patient, the anatomy of the defect, vascular supply, infection status, nutritional risk and the resources of the treatment center. The timing of the operation should reflect physiological stability, wound-bed conditions and the need to control any ongoing disease process. The reviewed evidence combines guidelines, observational studies and systematic reviews; results from different populations cannot automatically be extrapolated to an individual patient. **Conclusion:** Safe reconstructive planning should balance technical feasibility, functional restoration, donor-site harm and longitudinal follow-up. The best approach is context-dependent and should be decided with a multidisciplinary team.

Keywords: Reconstructive surgery, Surgical flaps, Wound healing, Perioperative care.

RESUMEN

Introducción: Reconstrucción mamaria tras mastectomía: interfaz entre cirugía oncológica y reconstructiva aborda defectos mamarios tras mastectomía oncológica, situación clínica que con frecuencia exige cooperación entre cirugía general y cirugía reconstructiva. La elección de la técnica depende del tamaño del defecto y de las condiciones sistémicas y locales. **Objetivo:** Analizar críticamente la selección del paciente, las opciones reconstructivas, las complicaciones y los límites de la evidencia disponible. **Métodos:** Revisión narrativa descriptiva, no sistemática, realizada mediante lectura dirigida de guías clínicas, consensos y revisiones científicas procedentes de fuentes institucionales y bibliográficas. No se reclutaron pacientes ni se realizó metaanálisis o estimación original de efectos terapéuticos. **Resultados y discusión:** El enfoque principal consiste en selección compartida entre reconstrucción inmediata o diferida, protésica o autóloga. Entre los riesgos se encuentran isquemia de piel, infección, complicaciones por radioterapia y morbilidad donante. La selección requiere evaluar al paciente, la anatomía del defecto, la perfusión, la infección, el estado nutricional y los recursos del centro asistencial. El momento quirúrgico debe considerar la estabilidad fisiológica, la preparación del lecho y el control de la enfermedad de base. La evidencia revisada combina guías, estudios observacionales y revisiones; sus resultados no deben extrapolarse automáticamente a todos los pacientes. **Conclusión:** La planificación segura requiere equilibrar factibilidad técnica, recuperación funcional, morbilidad donante y seguimiento prolongado. Ninguna técnica resulta superior para todas las situaciones; las decisiones deben individualizarse mediante trabajo multidisciplinario.

Palabras clave: cirugía reconstructiva, colgajos, heridas quirúrgicas, recuperación funcional.

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia reconstrutiva pode ocorrer no mesmo ato da mastectomia ou em segundo tempo. A escolha envolve extensão da ressecção, viabilidade das abas cutâneas, preservação do complexo aréolo-papilar quando oncollogicamente admissível, radioterapia prevista e preferências da paciente. A reconstrução imediata pode reduzir número de etapas e favorecer alguns desfechos psicossociais, mas também introduz risco de infecção ou perda do implante antes da adjuvância. A avaliação não deve tratar a reconstrução como obrigação; optar por permanecer plana, adiar ou recusar o procedimento é decisão legítima, desde que informada. (ONTARIO HEALTH, 2025; NCI, 2026).

O presente estudo discute restauração mamária compatível com segurança oncológica, radioterapia e escolhas da paciente considerando a associação entre radioterapia, isquemia do retalho de mastectomia, tabagismo, diabetes e infecção de implante. A pergunta orientadora é como identificar uma estratégia reconstrutiva segura e funcional diante de condições clínicas e defeitos anatômicos diferentes. O objetivo não é apresentar técnica única como padrão absoluto, mas analisar indicação, execução, complicações e acompanhamento longitudinal. Nesse campo, qualidade de evidência e factibilidade local precisam ser diferenciadas: uma técnica eficaz em centro terciário altamente especializado pode demandar adaptações organizacionais importantes em hospital secundário.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Expansores e implantes podem evitar grande cirurgia doadora, mas dependem de cobertura cutânea adequada e podem causar contratura capsular, infecção, exposição ou necessidade de substituição futura. Reconstrução autóloga com retalhos abdominais ou dorsais transporta tecido vascularizado e apresenta riscos de trombose, perda parcial e morbidade do sítio doador. Retalhos DIEP preservam maior parte da musculatura abdominal em comparação com algumas variantes de TRAM, exigindo microcirurgia e vasos receptores. Não existe opção ideal sem considerar anatomia, comorbidades, recursos e expectativa estética e funcional. (NCI, 2026; WEIMANN et al., 2025).

2.1 Bases anatômicas e seleção do paciente

A seleção deve considerar o estado geral, a anatomia do defeito, o aporte arterial e a drenagem venosa, a exposição de estruturas críticas e os objetivos de função. A presença de radioterapia, isquemia do retalho de mastectomia, tabagismo, diabetes e infecção de implante desloca a prioridade para estabilização e preparo do leito. Em operações reconstrutivas, a viabilidade de um retalho depende tanto da preservação do pedículo quanto de sua acomodação sem torção e de condições microcirculatórias no pós-operatório. A

cicatrização deve ser entendida como processo, e não como simples aproximação de bordas; essa distinção permite antecipar necrose, infecção e retrações.

2.2 Alternativas reconstrutivas e racional de escolha

A radioterapia altera perfusão, elasticidade e cicatrização. Diretriz de 2025 de Ontario Health orienta que radioterapia adjuvante não deve ser considerada contraindicação absoluta à reconstrução autóloga ou protética, embora os riscos reconstitutivos sejam maiores e particularmente relevantes para dispositivos. Em pacientes selecionadas, adiar transferência autóloga até depois da radioterapia pode trazer tecido não irradiado para uma área de pior qualidade. A decisão depende da estratégia oncológica e de reconstrução, discutida por mastologista, oncologia clínica, radioterapia e plástica antes de procedimentos com impacto sobre o tratamento adjuvante. (WEIMANN et al., 2025; ONTARIO HEALTH, 2025).

A chamada escada reconstrutiva inclui fechamento direto, cicatrização por segunda intenção, enxertos e transferências locais, regionais ou livres. Ela deve ser usada como raciocínio flexível: quanto maior a exigência de vascularização, volume, mobilidade ou proteção de estruturas profundas, menos provável que a opção tecnicamente mais simples seja suficiente. O balanço entre risco operatório e benefício funcional orienta a escolha. É fundamental diferenciar cobertura temporária, utilizada para preparar o leito ou proteger estruturas, da reconstrução definitiva com expectativa de durabilidade.

3. METODOLOGIA

Foi elaborada revisão narrativa de caráter descritivo e crítico, baseada em leitura dirigida de diretrizes de sociedades científicas, documentos de consenso e revisões de literatura identificados em fontes bibliográficas e institucionais. Foram priorizados documentos que discutissem a indicação cirúrgica, as condições do leito receptor, as opções de cobertura, a morbidade e o seguimento. As afirmações clínicas foram cotejadas com as publicações relacionadas ao tema descritas nas referências. Não se realizou protocolo registrado, busca exaustiva de todas as bases, triagem duplo-cega, avaliação formal de risco de viés ou metanálise; por isso, os achados não são apresentados como revisão sistemática nem como resultados de uma coorte original. Como o estudo não utilizou dados individuais de pacientes, as análises dizem respeito a evidências publicadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Tratamento cirúrgico, critérios de tempo e integração multiprofissional

O seguimento combina avaliação de perfusão cutânea, seroma, hematoma, infecção, integridade de implante e morbidade abdominal ou dorsal. Escalas de satisfação e qualidade de vida captam resultados

que fotografias ou medidas de simetria não mostram. Cirurgias corretivas podem envolver lipoenxertia, revisão de cicatriz ou reconstrução do complexo aréolo-papilar, sempre avaliando contexto oncológico e desejos da paciente. A literatura inclui estudos não randomizados e populações heterogêneas; portanto, diferenças entre técnicas não devem ser apresentadas como prova de superioridade universal. É importante registrar a viabilidade cutânea inicial e o tratamento adjuvante. (ONTARIO HEALTH, 2025; NCI, 2026).

4.2 Síntese crítica de riscos, benefícios e limitações

O principal benefício esperado da abordagem proposta é decisão compartilhada sobre reconstrução imediata, tardia, protética ou autóloga; o impacto deve ser medido também por integridade do fechamento, necessidade de reoperação e restauração de função. Entre os fatores que podem alterar a decisão figuram radioterapia, isquemia do retalho de mastectomia, tabagismo, diabetes e infecção de implante. A reconstrução não deve atrasar tratamento oncológico necessário nem comprometer margens cirúrgicas. A extrapolação da literatura requer cautela porque estudos podem reunir grupos com diferentes gravidades, cirurgias de origem, experiência de centros e definições de complicação. Conclusões quantitativas só são apropriadas quando derivadas de séries ou metanálises específicas, e não deste trabalho narrativo.

4.3 Quadro clínico-cirúrgico para planejamento

Quadro 1. Componentes do planejamento cirúrgico-reconstrutivo

Elemento	Condição clínica	Conduta ou avaliação
Anatomia e causa	restauração mamária compatível com segurança oncológica, radioterapia e escolhas da paciente.	Descrever extensão, profundidade e estruturas expostas.
Risco relevante	Radioterapia, isquemia do retalho de mastectomia, tabagismo, diabetes e infecção de implante.	Corrigir fatores modificáveis e estabilizar o paciente.
Estratégia preferencial	Decisão compartilhada sobre reconstrução imediata, tardia, protética ou autóloga.	Confirmar perfusão, segurança e disponibilidade de equipe.
Alerta de segurança	A reconstrução não deve atrasar tratamento oncológico necessário nem comprometer margens cirúrgicas.	Definir monitorização e plano de reabordagem.
Desfechos	Integridade tecidual, controle da doença, função e qualidade de vida.	Realizar seguimento específico para complicações e recorrências.

Fonte: síntese narrativa dos autores a partir das referências citadas.

4.4 Segurança, complicações e seguimento

Complicações relevantes incluem infecção persistente, deiscência, coleções, falha de vascularização, morbidade de área doadora e necessidade de procedimentos adicionais; sua distribuição varia conforme a doença de base e a técnica utilizada. A monitorização deve ser orientada pelas condições de risco: radioterapia, isquemia do retalho de mastectomia, tabagismo, diabetes e infecção de implante, com reavaliação precoce quando há deterioração de perfusão ou quadro séptico. Critérios de alta devem contemplar controle da dor, orientação de curativos, mobilização compatível com o reparo e acesso para

reavaliação. Resultados de curto prazo não substituem seguimento tardio para contraturas, hérnias, disfunção e recorrência da doença inicial.

4.5 Avaliação oncológica, preferência e viabilidade cutânea

A reconstrução mamária integra tratamento do câncer e recuperação funcional e psicossocial, mas não deve alterar margens oncológicas nem comprometer indicação de radioterapia sistêmica ou locorregional. A conversa pré-operatória precisa abordar possibilidade de reconstrução imediata ou tardia, volume desejado, risco de complicações e preferência por tecido autólogo ou implante. A perfusão da pele após mastectomia e a viabilidade do complexo aréolo-papilar influenciam a segurança da reconstrução imediata. Técnicas poupadoras de mamilo dependem de seleção oncológica e avaliação cuidadosa, não se aplicando indiscriminadamente a toda neoplasia (ONTARIO HEALTH, 2025).

Pacientes fumantes, diabéticas ou com obesidade apresentam perfis de risco diferentes, e o planejamento deve discutir com clareza probabilidades de deiscência, necrose, infecção e necessidade de reoperação. Radioterapia anterior ou prevista pode modificar a escolha do método e as expectativas sobre contratura capsular e mudanças do contorno. O acompanhamento psicológico e a avaliação das prioridades pessoais são essenciais porque um resultado tecnicamente bem-sucedido pode não corresponder à satisfação da paciente. O processo de decisão compartilhada deve incluir a opção de não reconstruir ou de adiar a reconstrução.

4.6 Próteses, expansores e reconstrução autóloga

A reconstrução com expansor e prótese costuma demandar menos tecido doador e pode reduzir complexidade inicial, mas está sujeita a infecção do implante, exposição, contratura capsular e revisões. A posição pré-peitoral requer envelope cutâneo com perfusão adequada; posicionamento subpeitoral pode introduzir dor ou deformidade de animação. Materiais de suporte podem auxiliar a composição do bolso protético, mas adicionam custo e riscos. A evidência contemporânea não sustenta uma posição universalmente superior para todas as pacientes, pois características oncológicas e do tecido remanescente modificam resultados (ONTARIO HEALTH, 2025).

Os retalhos autólogos baseados no abdome, como DIEP, permitem reconstruir volume sem implante permanente, preservando melhor o músculo que algumas configurações miocutâneas, mas exigem cirurgia longa e avaliação de perfurantes e vasos receptores. TRAM e retalhos do grande dorsal permanecem alternativas conforme indicação, acesso e tecido disponível. Complicações possíveis incluem perda vascular do retalho, necrose adiposa, hérnia abdominal e seroma do sítio doador. A reconstrução autóloga

não é necessariamente melhor para uma paciente frágil ou sem suporte microcirúrgico. A seleção deve ponderar benefício, risco anestésico e disponibilidade técnica.

O momento cirúrgico em relação à radioterapia exige discussão individual: a irradiação do implante pode alterar seu resultado, enquanto reconstrução tardia com tecido autólogo evita parte da agressão radioterápica ao retalho já posicionado, mas aumenta período sem mama reconstruída. A reconstrução imediata pode ter vantagens psicossociais em pacientes selecionadas. Diretriz de 2025 reconhece que evidências sobre cronologia ideal em contexto de radioterapia ainda são limitadas, e estudos nem sempre controlam diferenças entre tumor, tratamentos adjuvantes e indicação cirúrgica (ONTARIO HEALTH, 2025).

4.7 Segurança, acompanhamento e resultados centrados na paciente

Complicações precoces incluem hematoma, infecção, sofrimento cutâneo e necrose do retalho; tardias, assimetria, contratura, seroma, perda de implante e alterações sensitivas. O monitoramento de retalho microcirúrgico requer avaliação seriada e protocolo de reexploração em sinais de insuficiência vascular. A reconstrução também precisa respeitar vigilância oncológica e orientar que alterações novas, nódulos ou dor persistente devem ser investigados. Medidas de qualidade de vida e satisfação, como instrumentos validados, ajudam a caracterizar resultados além da sobrevivência do tecido.

A maioria dos estudos comparativos reúne populações heterogêneas e tem limitações quanto a radioterapia, estadiamento, índice de massa corporal e definição de resultado. A pergunta relevante não é apenas qual retalho apresenta menos complicações, mas qual estratégia oferece melhor equilíbrio de segurança oncológica, função, satisfação e disponibilidade para determinada paciente. Pesquisas devem padronizar complicações e acompanhamento de longo prazo, inclusive reintervenções e repercussões na área doadora.

4.8 Quadro de síntese para decisão clínica

O Quadro 2 sintetiza situações recorrentes no planejamento reconstrutivo. Não se trata de algoritmo validado prospectivamente, mas de sistematização dos princípios discutidos nesta revisão narrativa.

Quadro 2. Tomada de decisão compartilhada na reconstrução mamária

Situação clínica	Possível abordagem	Ponto crítico
Boa perfusão cutânea e baixo risco	Discutir reconstrução imediata com implante ou tecido autólogo	Respeitar margem oncológica e preferência informada
Radioterapia prevista	Explicar efeitos potenciais em implantes e tecidos	Cronologia depende de plano oncológico individual
Preferência por tecido próprio	Avaliar DIEP, TRAM ou grande dorsal conforme anatomia	Explicar riscos no sítio doador e necessidade de microcirurgia

Necrose de pele ou infecção do implante	Tratar a complicação e reavaliar reconstrução em etapas	Não insistir em fechamento sem vascularização
---	---	---

Fonte: síntese narrativa dos princípios clínicos discutidos nas referências deste artigo.

4.9 Implicações assistenciais e limitações de pesquisa

A consulta reconstrutiva deve registrar prioridades da paciente, possibilidades de assimetria, sensação mamária reduzida e necessidade de revisões. A reconstrução imediata tem possíveis vantagens psicossociais, mas não é compromisso obrigatório nem medida isolada de qualidade assistencial. Planejamento oncológico e avaliação da perfusão cutânea devem preceder a decisão pelo plano protético. Em pacientes que preferem reconstrução tardia, o acompanhamento precisa preservar a possibilidade de escolha futura.

Risco de reoperação e satisfação não são desfechos equivalentes. Uma técnica pode apresentar boa simetria inicial e ainda demandar múltiplas intervenções, enquanto opções autólogas carregam morbidade do sítio doador. Estudos comparativos deveriam considerar tempo até finalização reconstrutiva, radioterapia, qualidade de vida, complicações e preferências pré-operatórias para apoiar decisões realmente individualizadas.

4.10 Decisão compartilhada entre implante e tecido autólogo

O planejamento de reconstrução mamária após mastectomia começa com avaliação de tratamento oncológico e preferências da paciente. Necessidade prevista de radioterapia, qualidade da pele, tabagismo, obesidade, cicatrizes abdominais e disponibilidade de sítios doadores modificam o risco relativo de implantes e retalhos. Expansor seguido de prótese evita morbidade de área doadora, mas pode exigir múltiplas etapas e permanece sujeito a contratura capsular, infecção e perda de implante. Reconstrução autóloga pode oferecer tecido vascularizado especialmente útil após radioterapia, à custa de maior tempo operatório e possível morbidade da área doadora.

Diretrizes da American Society of Plastic Surgeons discutem complicações e satisfação após reconstruções abdominais com retalho DIEP e TRAM pediculado, destacando a importância de informar riscos específicos e resultados relatados pelas pacientes (ASPS, 2017). O DIEP busca preservar músculo e reduzir, em determinados contextos, consequências funcionais na parede abdominal, mas requer infraestrutura microcirúrgica e monitorização. A decisão entre técnica imediata e tardia deve ser integrada à equipe de mastologia e oncologia, considerando possíveis modificações do plano adjuvante.

4.11 Planejamento vascular, radioterapia e complicações

A avaliação pré-operatória de perfurantes para DIEP pode se beneficiar de imagem vascular em pacientes selecionadas, sobretudo após operações abdominais prévias. A presença de tecido abdominal suficiente não garante vascularização apropriada; território de perfusão, vasos receptores torácicos e espessura de tecido importam. Após radioterapia, pele e subcutâneo podem apresentar fibrose e menor elasticidade, elevando complexidade do fechamento. Não se deve, contudo, afirmar que um método seja universalmente contraindicado: a escolha depende de dose e momento da radioterapia, técnica, histórico local e objetivos da paciente.

Complicações de próteses incluem infecção, exposição, seroma, ruptura e contratura; reconstrução autóloga acrescenta trombose microvascular, necrose gordurosa e hérnia ou abaulamento abdominal. Monitorização precoce com critérios definidos permite identificação de falha de perfusão; trombose requer reexploração imediata. Avaliações tardias devem incluir resultado funcional, simetria, satisfação e necessidade de cirurgias contralaterais ou de refinamento.

4.12 Desfechos que importam à paciente

A ausência de complicações maiores não implica satisfação estética ou recuperação psicossocial completa. Instrumentos validados como BREAST-Q auxiliam a aferir satisfação com mama, bem-estar psicossocial, sexual e físico. Estudos comparativos precisam ajustar idade, índice de massa corporal, radioterapia, estágio oncológico, unilateralidade e centro cirúrgico. Deve-se documentar no consentimento que reconstrução não restaura sensibilidade mamária original e pode requerer procedimentos adicionais.

4.13 Sequência de tratamento oncológico e tempo reconstrutivo

A escolha entre reconstrução imediata e tardia requer previsão da necessidade de radioterapia, extensão cutânea ressecada e risco de complicações que possam afetar tratamento adjuvante. Quando a radioterapia pós-mastectomia é provável, implantes e tecidos autólogos apresentam comportamentos distintos, e nenhuma estratégia é universal. A decisão deve ser compartilhada entre mastologia, oncologia clínica, radioterapia e cirurgia plástica, respeitando preferências da paciente. O planejamento começa com estadiamento e avaliação da pele e do músculo, não com a escolha prévia de uma prótese. A documentação de cicatrizes, retalhos disponíveis e comorbidades evita promessas irreais de simetria ou de número fixo de procedimentos. O cuidado de qualidade permite revisão de estratégia diante de achados anatomopatológicos não previstos (NATIONAL CANCER INSTITUTE; ONTARIO HEALTH, 2025).

4.14 Perfusão cutânea e seleção entre implante e tecido autólogo

A avaliação intraoperatória da viabilidade dos retalhos de mastectomia influencia diretamente risco de necrose de pele e exposição de implante. Retalhos espessos demais podem reter tecido mamário, enquanto dissecação excessivamente superficial ameaça perfusão; a técnica precisa equilibrar oncologia e vascularização. Reconstruções autólogas, como DIEP e TRAM, oferecem tecido vascularizado próprio, com morbidades diferentes em abdome e necessidade variável de microcirurgia. Implantes evitam áreas doadoras maiores, porém requerem discutir infecção, contratura capsular, revisões e resultados após irradiação. O índice de massa corporal, tabagismo e diabetes modulam risco, mas não substituem avaliação individual e tomada de decisão informada (ASPS, 2017).

4.15 Contorno, simetrização e experiência da paciente

O desfecho reconstrutivo relevante envolve percepção corporal, conforto, amplitude de movimento, sensibilidade e capacidade de utilizar roupas, além do aspecto em fotografias clínicas. A simetrização contralateral pode exigir procedimento adicional e deve ser planejada conforme objetivos da paciente. O seguimento deve registrar perda parcial do tecido, seroma, hematoma, complicações de implante, hérnia ou abaulamento abdominal e necessidade de revisões. Pacientes que receberam radioterapia podem desenvolver retração tardia e mudanças de textura ao longo dos anos, o que exige aconselhamento prévio. A reabilitação da cintura escapular deve ser integrada aos cuidados oncológicos, sobretudo após dissecação axilar. Resultados relatados pelas pacientes são complemento necessário das taxas cirúrgicas tradicionais.

4.16 Indicadores para comparação e limites da evidência

Em séries observacionais, técnicas reconstrutivas são escolhidas conforme perfil clínico e preferência, produzindo risco de confundimento por indicação. Comparar somente incidência de perda de retalho entre grupos pode esconder diferenças de radioterapia, estágio tumoral e operações bilaterais. Uma síntese crítica deve distinguir falhas precoces, revisões tardias, resultados estéticos e segurança oncológica, evitando usar sobrevivência do implante como sinônimo de satisfação. As diretrizes da ASPS e dos serviços oncológicos ajudam a organizar o aconselhamento, mas o contexto local de disponibilidade de microcirurgia e acompanhamento modifica a aplicabilidade. A prioridade ética é consentimento informado baseado nas opções efetivamente ofertadas, sem inferir superioridade universal de uma técnica.

Quadro 3. Matriz prática de decisão e acompanhamento

Domínio	Ponto de atenção	Conduta ou implicação
Oncologia	Radioterapia e margens	Decidir tempo reconstrutivo

Cobertura	Perfusão cutânea	Prevenir necrose e exposição
Método	Implante vs. autólogo	Explicar revisões e área doadora
Adjuvância	Possibilidade de atraso por complicação	Planejamento multidisciplinar
Desfechos	Satisfação, dor, simetria	Incluir relato da paciente

Fonte: síntese narrativa dos autores a partir das referências discutidas; não constitui escore validado.

5. CONCLUSÃO

O manejo de restauração mamária compatível com segurança oncológica, radioterapia e escolhas da paciente exige planejamento compartilhado entre equipes cirúrgicas, avaliação criteriosa do paciente e compreensão da biologia do leito receptor. As evidências sustentam decisão compartilhada sobre reconstrução imediata, tardia, protética ou autóloga, desde que a indicação acompanhe estabilidade clínica, anatomia e disponibilidade de recursos. O acompanhamento deve incluir função, recorrências e segurança da região doadora. Como este manuscrito é revisão narrativa não sistemática, não estima efeito causal nem comprova superioridade de uma técnica específica. Estudos prospectivos com resultados padronizados são necessários para comparar estratégias e estabelecer os cenários em que cada reconstrução oferece benefício consistente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS. Autologous breast reconstruction with DIEP or pedicled TRAM abdominal flaps: clinical practice guideline. Arlington Heights: ASPS, 2017. Disponível em: <https://www.plasticsurgery.org/for-medical-professionals/quality/evidence-based-clinical-practice-guidelines>.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. Breast reconstruction after mastectomy. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/breast/treatment/surgery/breast-reconstruction>. Acesso em: 22 out. 2026.

ONTARIO HEALTH (CANCER CARE ONTARIO). Postmastectomy breast reconstruction in patients with non-metastatic breast cancer: a clinical practice guideline. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40558300/>.

WEIMANN, A. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery: update 2025. Clinical Nutrition, v. 53, p. 222–261, 2025. DOI: 10.1016/j.clnu.2025.08.029.