



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Medicina
Trabalho de Conclusão de Curso

**Técnicas cirúrgicas para reconstrução mamária pós mastectomia
bilateral**

Gama-DF
2022

**GABRIELA LOPES GUIMARÃES
JÉSSICA MARIA FERREIRA DE ARAÚJO**

**Técnicas cirúrgicas para reconstrução mamária pós mastectomia
bilateral**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador: Profa. Me. Patricia Werlang Schorn
Dutra

Coorientador: Esp. Alberto Benedik Neto

Gama-DF
2022

**GABRIELA LOPES GUIMARÃES
JÉSSICA MARIA FERREIRA DE ARAÚJO**

Técnicas cirúrgicas para reconstrução mamária pós mastectomia bilateral

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 27 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Me. Patricia Werlang Schorn Dutra
Orientadora

Prof. Me. Alessandro R. Caruso da Cunha
Examinador

Prof. Me. Marco Antonio Alves Cunha
Examinador

Técnicas de reconstrução mamária pós mastectomia bilateral

Gabriela Lopes Guimarães¹

Jéssica Maria Ferreira de Araújo³

Resumo:

Objetivos: Analisar as evidências existentes sobre o Retalho Mio-cutâneo Transverso do Reto Abdominal (TRAM), Implante Mamário, Expansor Tecidual e Retalho de Músculo Grande Dorsal (RMGD), que são técnicas cirúrgicas utilizadas na reconstrução da mama. Assim, explicando a definição das técnicas, os pontos negativos e positivos, bem como a importância na qualidade de vida da mulher pós mastectomizada. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa em que a pesquisa de artigos científicos foi realizada através dos principais anais de medicina, como PubMed, LILACS e UpToDate. Os descritores em ciência da saúde (DeCS) utilizados foram: "surgical technique" AND "breast reconstruction" AND mastectomy AND bilateral AND "transverse rectus abdominal myocutaneous flap" AND "tissue expander" AND "large dorsal muscle flap". Foi delimitado um período de busca de 10 anos que foram analisados, através do título e resumo. Os trabalhos selecionados e incluídos nessa análise foram discutidos em sua integralidade. **Resultados:** Foram encontrados 70 artigos, dentre eles 19 foram selecionados para leitura e uso de seus dados. **Conclusão:** Devido à alta prevalência do câncer de mama, a mastectomia é feita como forma de tratamento. Dessa forma, é necessária uma abordagem individual para cada mulher e assim a necessidade de estudos que compartilhem informações sobre as técnicas, visando facilitar o entendimento sobre cada procedimento, sendo que todas elas devem ser aconselhadas sobre suas opções diante das diversas técnicas de reconstrução.

Palavras-chave: técnica cirúrgica; reconstrução mamaria; mastectomia bilateral.

Abstract:

Objectives: The objective of this study is to analyze the existing evidence on the Transverse Rectus Abdominal Myocutaneous Flap (TRAM), Breast Implant, Tissue Expander and Latissimus dorsi Muscle Flap (RMGD), which are surgical techniques used in breast reconstruction. Thus, explaining the definition of the techniques, the negative and positive points, as well as evaluating the importance in the quality of life of post-mastectomy women. **Methods:** This is a work in which the methodology used was a narrative bibliographic review in which the search for scientific articles was carried out through the main annals of medicine, such as PubMed, medlilacs and UptoDate. The health science descriptors (DeCS) used were: "surgical technique" AND "breast reconstruction" AND mastectomy AND bilateral AND "transverse rectus abdominal myocutaneous flap" AND "tissue expander" AND "large dorsal muscle flap". A search period of 10 years was delimited, which will be analyzed through the title and abstract. The works selected and included in this analysis will be discussed in their entirety. **Results:** 70 articles were found, among them 19 were selected for reading and using their data. **Conclusion:** Due to the high prevalence of breast cancer, mastectomy is performed as a form of treatment. Thus, an individual approach is necessary for each woman and thus the need for studies that share information about the techniques, aiming to facilitate the understanding of each procedure, and all of them must be advised about their options in the face of the various reconstruction techniques.

¹ Graduanda do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: gabrielaguimaraes1708@gmail.com .

³ Graduanda do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: jeessica.maria21@gmail.com .

Keywords: surgical technique; breast reconstruction; mastectomy bilateral.

1. INTRODUÇÃO

A glândula mamária é um órgão duplo, que se encontra na parte superior e anterior do tórax e está assentada sobre o músculo peitoral maior, as mamas são constituídas por tecido adiposo e conjuntivo, sendo classificadas como exócrinas e estão presentes tanto em mulheres como em homens, no entanto no sexo feminino são biologicamente utilizadas na amamentação, além de estarem diretamente ligadas à autoestima e bem-estar. O câncer mamário tem alta prevalência de óbito em mulheres do Brasil e em nível mundial fica apenas atrás para o carcinoma pulmonar (DA SILVA; RIUL, 2011), representando uma grande problemática na saúde pública em todo mundo. O câncer de mama antes dos 30 anos de idade é raro, sendo descoberto principalmente entre a quarta e sexta década de vida (INCA, 2019) Devido aos efeitos psicológicos, como medo de recidivas, a baixa autoestima, ansiedade e mudanças da sexualidade e de sua autoimagem é uma das patologias oncológicas que mais geram preocupação na população feminina. (GOMES; SOARES; SILVA, 2015).

As principais alterações do quadro clínico consistem em nódulos nas axilas ou nas mamas, mudanças na pele, dor mamária, e presença de abaulamentos ou retrações semelhantes à "casca de laranja" (DA SILVA; RIUL, 2011). As neoplasias de mama encontram-se preferencialmente, no quadrante superior mais externo, e de maneira geral, são fixas e com bordas irregulares, as lesões são indolores, acompanhadas de alterações dermatológicas quando em estágio avançado (ROBAZZI et al., 2019). As principais causas para se desenvolver o câncer de mama relacionam-se com aumento da idade, história familiar e pessoal, características reprodutivas, estilo de vida e fatores ambientais. (DA SILVA; RIUL, 2011).

A mastectomia é uma maneira de tratar o carcinoma de mama e é feito a partir da retirada de toda a mama. Logo, tem sido utilizada para o tratamento da neoplasia mamária há muitos anos, mas a importância dos benefícios psicossociais positivos da reconstrução mamária tem sido reconhecida nos últimos anos. (KAYA; SEREL, 2013). A cirurgia de reconstrução mamária tem como principal objetivo trazer benefícios para a vida de mulheres pós mastectomizadas. O procedimento é realizado por meio de diversas técnicas de cirurgia plástica que tem como propósito refazer a mama levando em consideração a formato, o tamanho e a aparência após a mastectomia. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas nesse procedimento são: 1) Retalho Miocutâneo Transverso do Músculo Reto Abdominal (TRAM); 2) Implante mamário; 3)

Expansor tecidual; 4) Retalho de Músculo Grande Dorsal (RMGD) associados ou não com implantes mamários ou expansores teciduais. (NEVES; ELY, 2012)

Desse modo, o objetivo desta revisão será avaliar os benefícios das principais técnicas cirúrgicas de reconstrução mamária pós mastectomia bilateral, bem como analisar os pontos de vista positivos e negativos da reconstrução mamária nas pacientes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 RETALHO MIOCUTÂNEO TRANSVERSO DO RETO ABDOMINAL (TRAM)

A técnica que utiliza o Retalho do Músculo Reto Abdominal (TRAM) é feita a partir da reconstrução da mama com tecido do abdome inferior associado ao músculo reto abdominal. Em 1982, foi descrito sobre o Retalho Músculo Cutâneo que se caracteriza pela ascensão do retalho miocutâneo transverso que pertence ao músculo reto abdominal que possui vasos diversos oriundos de vasos epigástricos superiores. (RONDELO et al., 2014). A demarcação da cirurgia é similar à técnica que os cirurgiões realizam na abdominoplastia, o excesso de pele abdominal inferior é marcado, entre o púbis e a cicatriz umbilical, a qual será transposta à região mamária junto do músculo reto abdominal. Tem-se dois músculos reto abdominal, que se encontram lado a lado da cicatriz umbilical, podendo ser utilizado apenas um (TRAM unilateral) ou os dois músculos (TRAM bilateral). É de extrema importância que seja feito a adição da região periumbilical, pois é nesta área que estão localizados os vasos perfurantes de maior importância e que irão irrigar os tecidos da nova mama. Na região do músculo abdominal transposto é colocado uma tela para resguardo da parede abdominal e para a realização de um túnel no abdome superior para sobrepor o retalho para região da mama. Essa técnica possibilita uma maior semelhança a uma mama normal, com volumes e formas naturais. Além disso, não há necessidade de implante de silicone visto a qualidade do volume adicionado na mama. (LAITANO et al, 2015)

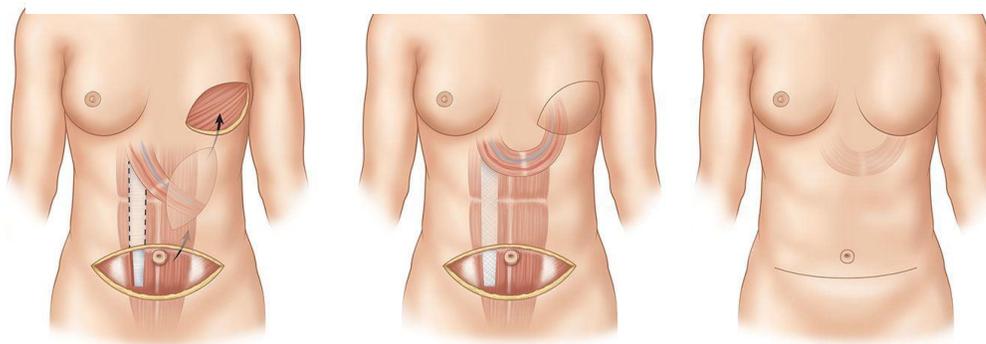
As indicações para Reconstrução com Retalho do Músculo Reto Abdominal são: pacientes que não desejam reconstrução com prótese de silicone; pacientes que desejam realizar abdominoplastia e reconstrução de mamas; mulheres com excesso de tecido abdominal após

gestação; mama oposta de tamanho médio ou grande; complicações após reconstrução com implantes; reconstrução tardia pós-mastectomia e mastectomia com ressecção de grandes quantidades de pele. (RONDELO et al., 2014). Outra indicação é para pacientes com câncer de mama avançado, pois essa técnica com retalho do reto abdominal é oncológica e confiável, além do procedimento ser um preditivo independente de sobrevida do câncer de mama e sua redução. (HSIEH et al., 2014).

As mamas reconstruídas com TRAM consegue proporcionar a forma e volume e maneira natural, além disso, a densidade aparenta uma mama normal. Outra vantagem deste método é a melhora do contorno do corpo feminino e a possibilidade de a mama ser reparada sem que seja preciso realizar a colocação de implante de silicone. A técnica cirúrgica gera uma cicatriz horizontal na parte inferior do abdome inferior similar à de uma abdominoplastia, podendo ser escondida pela roupa íntima, uma cicatriz envolta do umbigo e outra na mama ao redor do retalho de pele utilizado. (Doncatto, Léo, et al.)

A utilização do TRAM também pode implicar com algumas complicações durante o procedimento, principalmente na área doadora do retalho, visto uma associação a perda de adesão e sucção abdominal. (Gomes et al, 2010) Existem fatores de risco que podem aumentar as chances de complicações, tais como pacientes maiores de 60 anos, IMC elevado, tabagista e etilista, assim como, ter feito previamente algum procedimento cirúrgico abdominal. (Gomes et al, 2010)

Figura 1 Retalho do Músculo Reto Abdominal (TRAM)



Fonte: UIHC, 2016

2.2 IMPLANTE MAMÁRIO

A terapêutica atual do câncer de mama possibilita a preservação da pele viabilizando as restaurações com implantes de silicone. O grande atrativo da técnica é a acessibilidade em inserir um implante direto em plano submuscular, sem que seja preciso cirurgias adicionais e sem áreas doadoras de tecidos autólogos. As pacientes mais elegíveis para a técnica com o implante direto são as em estágios iniciais do câncer de mama e que passarão por mastectomias conservadoras de pele ou mastectomias preservadoras de papila e aréola. Nas reconstruções mamárias prioriza os implantes com formas anatômicas, como a mama adquire o formato da prótese implantada e a principal deformidade decorrente da mastectomia ocorre na parte inferior da mama, e sua própria anatomia gera resultados estéticos mais naturais. (Smith et al., 2021)

A reparação mamária feita com implante, ou como é conhecida pela técnica aloplástica, é a maneira mais habitual de reconstrução mamária. As reconstruções que utilizam a técnica com implante precisam ser adeptas a cada paciente, e tudo isso é possível pois existem diversas técnicas com base no implante mamário. (FREY et al., 2019) A restauração feita com a técnica de prótese de silicone é apropriada para as mulheres que programam uma recuperação mais ágil, com retorno mais precoce às suas atividades corriqueiras do seu cotidiano. Sendo as mulheres que possuem mamas de menor e médio tamanho as que mais veem benefícios, visto que não é retirado grandes quantidades de pele durante o procedimento. A cirurgia pode ser feita juntamente com a mastectomia (reconstrução imediata) ou em um outro momento cirúrgico (reconstrução tardia). Vale ressaltar, que quando se tem revestimento cutâneo de quantidade significativa, a reconstrução pode ser imediata com o implante de silicone, porém, quando não é possível, primeiramente se usa um expensor tecidual e depois é colocado um implante permanente (FREY et al., 2019).

Para realizar uma reconstrução direta ao implante, um dos principais requisitos para qualquer reconstrução aloplástica bem-sucedida é fornecer suporte e cobertura adequadas para a prótese, as opções mais comuns incluem músculo, fáscia ou o uso de uma matriz interna. A chamada auto derme é um retalho da derme e tecido subcutâneo que pode ser drapeado sobre o implante e suturado ao músculo peitoral para fornecer um tecido vascularizado sobre o implante. (Smith et al., 2021)

A seleção do implante é um componente importante em qualquer reconstrução aloplástica. Geralmente são usados implantes redondos e moldados com base na anatomia única do paciente, bem como a preferência do paciente. (Smith et al., 2021) As medidas necessárias da mama para

determinar o volume a ser utilizado do implante são: Base original da mama escolhida pela distância entre a linha médio-esternal e a linha axilar anterior. A altura da mama é determinada pela distância entre a parte superior da mama e o sulco infra mamário, esta medida vai ser imprescindível para a determinação da altura do implante, se será baixa, média ou alta. Para a mulheres de biotipo brevilíneo, é uma opção um implante de baixa altura e para pacientes normolíneos e longilíneos, implantes de altura média e completa.(Smith et al., 2021). Dentre as complicações com maior taxa de ocorrer são as necroses, infecção, seroma, hematoma e contratura capsular. (Smith et al., 2021)

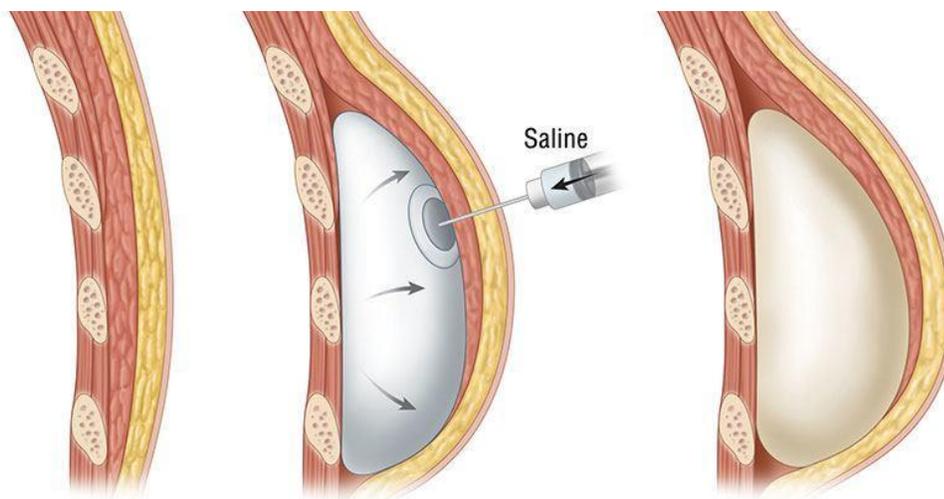
2.3 EXPANSOR TECIDUAL

Os expansores de tecidos são usados após uma mastectomia, sendo que em diversas vezes é realizada de forma instantânea, isto é, durante a própria cirurgia em que é realizada a mastectomia (LAITANO et al, 2019). Recorre-se de um expansor por tempo limitado, que é um revestimento de silicone vazio (um balão de silicone) com uma válvula alojada. O expansor é inserido atrás da pele e do músculo do tórax. Então, no decorrer da primeira cirurgia ele é insuflado com um terço do seu volume total com soro fisiológico e sucessivamente ele é preenchido com a solução fisiológica. Logo, irá estirar a pele e músculo para no posteriormente haver o espaço necessário para colocação de um implante de silicone com volume adequado e acordo com cada paciente. As expansões são feitas em consultórios médicos, a válvula do expansor é identificada e sobre a pele é puncionada com uma agulha, que possui uma seringa contendo soro fisiológico para ser colocado dentro do expansor (IOWA et al, 2022). Em cada sessão é acrescenta em torno de 60 a 120 ml, respeitando a resistência dos tecidos ou a tolerância a pressão na feita na mama. Essas sessões de expansão são realizadas a cada 15 dias, até o expansor estar completamente preenchido ou até ser seja atingido a forma e o volume que a paciente optou. Vale ressaltar, que este procedimento não costuma ser dolorido, visto que após o procedimento a pele da região mamaria geralmente perde consideravelmente a sensibilidade. (IOWA et al, 2022)

Essa técnica cirúrgica oferece algumas vantagens, como a similaridade de cor e textura, além disso a pele permanece conectada à região concessora de sangue e nervos, gerando uma diminuição do risco de necrose e por não ser necessário a remoção de um local para o outro e as

cicatrizes são menos aparentes. Porém, a expansão da pele possui alguns pontos negativos, como o tempo necessário para aumentar a derme adicional, podendo se estender de doze a dezesseis semanas, e uma protuberância desagradável. (COOKSON; STIRK, 2019)

FIGURA 2 EXPANSOR TECIDUAL



Fonte: UIHC, 2016

2.1 RETALHO DE MÚSCULO GRANDE DORSAL (RMGD) ASSOCIADOS OU NÃO COM IMPLANTES OU EXPANSORES TECIDUAIS

O músculo grande dorsal pertence a região posterior e inferior do tronco e cintura escapular, tendo a forma de um triângulo, onde a coluna vertebral é a base, tendo como o seu vértice a região axilar (Costa, Kelly Cristina Moutinho da, et al.).

O retalho do músculo grande dorsal (RMGD) é uma das técnicas cirúrgicas mais usadas nas reconstruções de mama. Esse retalho é variado e pode ser adicionado em diversas situações para reconstrução e deformidades torácicas, visto que o músculo apresenta excelente vascularização e elasticidade para vários sítios, baseada em seu arco de rotação (Scomaço, Ísis, et al.). Há possibilidade de o retalho ser realocado com um pedaço de pele, gerando uma maior cobertura torácica de melhor qualidade, estando relacionado ou não a expansores e implantes de mama. (SCOMAÇÃO et al., 2011). Devido a sua versatilidade, essa técnica pode ser feita logo

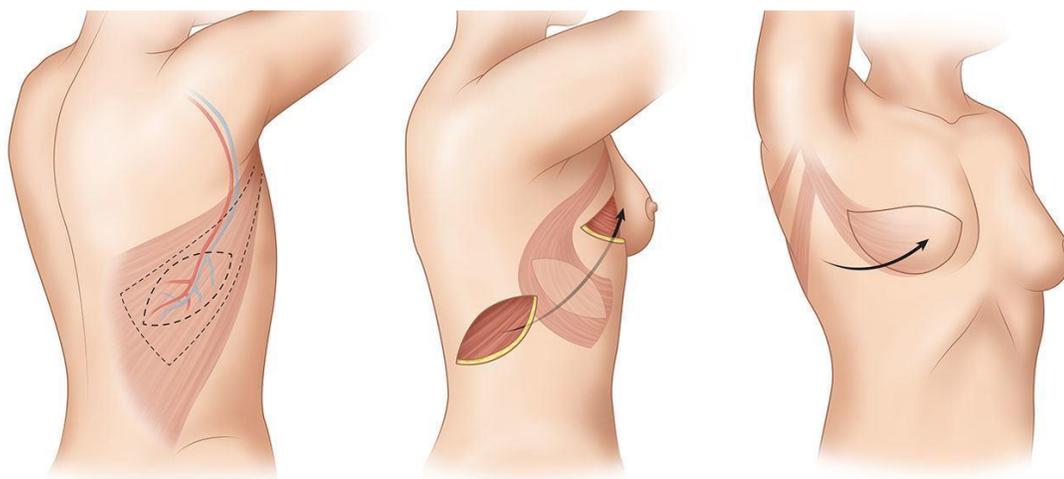
após a cirurgia, com ênfase nos casos em que há falta do envoltório cutâneo e/ou muscular para a finalização.

A cirurgia de RMGD é a reconstrução mamária utilizando o músculo grande dorsal associado à uma elipse de pele das costas do mesmo lado da mastectomia. Caso não haja quantidade adequada de volume é associado uma prótese de silicone ou um expansor tecidual para adquirir simetria das mamas, porém em casos em que há muito tecido adiposo no dorso, é possível fazer as mamas apenas com tecido autólogo (Costa, Kelly Cristina Moutinho da, et al.).

As indicações para o uso dessa técnica são diversas, sendo as principais pacientes que apresentaram algumas sequelas após cirurgia conservadora da mama, uma reconstrução mamaria após passar por procedimentos de radioterapia, complicações em reconstrução mamária prévia com implante mamário, uma mastectomia com ressecamento de pele e em mulheres magras sem área doadora no abdome. Porém, é preciso avaliar as alternativas do RGD quando a paciente tenha um carcinoma de mama agressivo, visto que, a utilização de tecidos autólogos de regiões proximais fica mais limitado. (Lamartine, Jefferson Di, et al)

Apesar de possuir esses benefícios, sempre existem chances de alguma complicação como toda cirurgia, sendo cerca de 25 % dos casos.⁴ Dentre elas a mais frequente é o seroma, pois ele pode ocorrer justamente no local da incisão de retirada do tecido e no local de fixação do retalho, sendo este mais comum na área doadora. (Lamartine, Jefferson Di, et al) Pode também surgir contraturas, cicatrizes hipertróficas, infecções e infecções. (Scomaço, Ísis, et al.)

Figura 3 retalho do músculo grande dorsal



Fonte: UIHC, 2016

1. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Esse é um trabalho em que a metodologia empregada foi uma revisão bibliográfica narrativa em que a pesquisa de artigos científicos foi realizada através dos principais anais de medicina, como PubMed, medlilacs e UptoDate. Os descritores em ciência da saúde (DeCS) usufruidos foram: "surgical technique" AND "breast reconstruction" AND mastectomy AND bilateral AND "transverse rectus abdominal myocutaneous flap" AND "tissue expander" AND "large dorsal muscle flap". Foi delimitado um período de busca de 10 anos que serão analisados,

através do título e resumo. Os trabalhos selecionados e incluídos nessa análise serão discutidos em sua integralidade.

Serão incluídas publicações sem restrições de idiomas que foram publicadas nos últimos 10 anos. Estudos inconclusivos, duplicados, sem disponibilidade de acesso na íntegra e os quais não preenchem os objetivos propostos serão excluídos da pesquisa.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mastectomia bilateral é a extração cirúrgica das duas mamas para tratar ou prevenir o câncer de mama. Existem várias razões pelas quais um paciente pode precisar ou optar por se submeter a esse procedimento. Embora uma mastectomia bilateral seja uma opção para algumas mulheres com diagnóstico de câncer de mama, ela também pode ser usada como uma operação de redução de risco para aquelas que foram identificadas como tendo um alto risco de desenvolver neoplasia mamária.

As razões para uma mastectomia estão relacionadas às características do câncer, incluindo o tipo, número de tumores, tamanho e localização de cada tumor e tamanho do(s) tumor(es) em relação ao tamanho da(s) mama(s) afetada(s).

As técnicas de reconstrução mamárias são realizadas na cirurgia plástica para reparação, que pode ser feita imediatamente após a retirada da mama (reconstrução imediata) ou após a recuperação da mastectomia (reconstrução tardia). A maior parte das pacientes que optam pela mastectomia bilateral possuem indicação para a reconstrução. O tratamento cirúrgico de reconstrução é uma abordagem altamente individualizada, a opção de realizar o procedimento e escolher qual técnica melhor se encaixa com a paciente, deve ser discutida com o médico que vai analisar o método apropriado para cada caso. Como foi relatado, existem diferentes técnicas de cirurgias reconstrutivas de mamas, a escolha vai resultar da forma, tamanho e localização da retirada do tecido, além do biotipo da paciente em questão. As principais técnicas utilizadas são com implantes de próteses de silicone, uso de expansor cutâneo e transferência de retalhos de pele.

A cirurgia reparadora é muitas vezes vista como uma nova oportunidade, um novo recomeço para essas pacientes, trazendo uma melhor qualidade de vida, assim como, a melhoria da autoestima.

3. REFERENCIAS

“Reconstrução da mama após o tratamento do câncer”. Hospitais e Clínicas da Universidade de Iowa , <https://uihc.org/health-topics/breast-reconstruction-after-cancer-treatment>. Acessado em 26 de outubro de 2022.

“Reconstrução Mamária com Reinervação Sensitiva do Retalho Bonde”. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica , vol. 12, n . 2, janeiro de 1DC, p. 35-46. www.rbc.org.br , <http://www.rbc.org.br/details/302/pt-BR/reconstrucao-mamaria-com-reinervacao-sensitiva-do-retalho-tram>.

COOKSON, M. D.; STIRK, P. M. R. USO DE ENXERTO AUTÓLOGO DE TECIDO MAMÁRIO DE MAMA CONTRALATERAL EM RECONSTRUÇÃO DE MAMA, UMA NOVA ABORDAGEM. 2019.

COUTURAUD, B. Breast reconstruction by TRAM. *Annales de Chirurgie Plastique Esthetique*, v. 63, n. 5–6, p. 447–456, 2018.

DA SILVA, P. A.; RIUL, S. DA S. [Breast cancer: risk factors and early detection]. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 64, n. 6, p. 1016–1021, 2011.

Gomes, Allysson Antonio Ribeiro, e Salustiano Gomes de Pinho Pessoa. “Retalho TRAM com dissecação mínima para reconstrução mamária”. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica , vol. 25, dezembro de 2010, p. 652-56. SciELO , <https://doi.org/10.1590/S1983-51752010000400016>.

GOMES, N. S.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. DA. Self-Esteem and Quality of Life in Women Undergoing Breast Cancer Surgery. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 120–126, 2015.

HSIEH, T. Y. et al. Immediate transverse rectus abdominis musculocutaneous flap reconstruction is associated with improved cancer-specific survival in locally advanced breast cancer. **Annals of Plastic Surgery**, v. 73, n. SUPPL.1, p. 31–36, 2014.

INCA. **A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas**. [s.l.: s.n.].
KAYA, B.; SEREL, S. Breast reconstruction. **Experimental Oncology**, v. 35, n. 4, p. 280–286, 2013.

Laitano, Dr. F. Felipe. “Quando a Reconstrução Mamária com Expansor da Mama é Indicada?” Dr. F. Felipe Laitano , 15 de outubro de 2019, <https://franciscofelipelaitano.com.br/reconstrucao-mamaria-com-expansor/>.

Laitano, Dr. F. Felipe. “Quando Fazer a Reconstrução Mamária com Retalho do Músculo Reto Abdominal (TRAM) ?” Dr. F. Felipe Laitano , 16 de julho de 2019, <https://franciscofelipelaitano.com.br/reconstrucao-mamaria-com-retalho-musculo-reto-abdominal/>.

Lamartine, Jefferson Di, et ai. “Reconstrução mamária com retalho de músculo grande dorsal e materiais aloplásticos: análise de resultados e proposta de nova tática para cobertura do implante”. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* , vol. 27 de março de 2012, p. 58-66. SciELO , <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000100010>.

NEVES, E. Ç. A.; ELY, J. B. Reconstrução de mama pós mastectomia por câncer: uma análise de quatro anos do serviço de cirurgia plástica e queimados do hospital universitário da Universidade Federal De Santa Catarina. **Arquivos 9Catarinenses de Medicina**, v. 41, p. 108–109, 2012.

ROBAZZI, M. L. DO C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem: atribuição feita por graduandos de enfermagem a pacientes internados com alterações neurológicas. **10 Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 37–46, 1998.

RONDELO, J. C. et al. Quality of life in patients undergoing transverse rectus abdominis myocutaneous flap breast reconstruction. **Revista Brasileira de 12 Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery**, v. 29, n. 1, p. 79–83, 2014.

SCOMAÇÃO, I. et al. Reconstrução de mama usando o músculo grande dorsal: descrição de uma nova técnica com cicatriz reduzida. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 26, n. 4, p. 655–658, 2011.

Scomação, Ísis, et al. “Reconstrução mama usando o músculo dorsal: descrição de uma nova técnica com cicatriz grande”. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* , vol. 26.

Smith, J., Petrovic, P., Rose, M., De Souza, C., Muller, L., Nowak, B., & Martinez, J. (2021). Placeholder Text: A Study. *The Journal of Citation Styles*, 3. <https://doi.org/10.10/X>.