

Tronco

Volume 2

A Cirurgia
Plástica
em capítulos

Ricardo Boggio
Dênis Calazans



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA

DOC

3.4. Mastoplastia com cicatrizes reduzidas

ROBERTO LUIZ SODRÉ

1. Introdução

A mastoplastia visa a modelar a forma das mamas, permitindo aspecto mais harmonioso e estético. É um grande desafio para Cirurgia Plástica em virtude dos inúmeros fatores envolvidos nas alterações anatômicas das mamas.

A hipertrofia mamária é resultado de uma resposta anormal da mama aos estrogênios circulantes, mesmo com níveis séricos e número de receptores de estrogênios normais. A hipermastia severa pode resultar em sintomas como dores nas regiões cervical e dorsal, depressão nos ombros causada pelas alças do sutiã, dermatites, discromias e certa limitação para exercícios físicos. Também existem questões psicossociais que podem gerar constrangimento para as mulheres afetadas. Existem inúmeras técnicas aplicadas, a depender do volume a ser retirado, da escolha do pedículo do complexoaréolo-papilar ou mesmo enxerto da montagem do parênquima e da forma final da cicatriz. Para grandes hipertrofias mamárias, as técnicas utilizadas resultam em cicatriz em T invertido e, para tamanhos moderados, as cicatrizes em L ou vertical podem ser realizadas, tomando como referencial a classificação de Revueltas (2000), conforme tabela a seguir.

Tabela 1. Classificação de Revueltas para hipertrofias mamárias

Graus de hipertrofia	Peso do tecido mamário removido
Grau I - Hipertrofia leve	Até 500g
Grau II - Hipertrofia moderada	De 500g a 800g
Grau III - Hipertrofia severa	Entre 800g e 1.000g
Gigantomastia	Acima de 1.000g

A ptose mamária pode não estar associada à hipertrofia mamária. As questões hormonais, as mudanças de peso corporal, as deformidades de desenvolvimento, o processo de envelhecimento, o efeito tardio de implantes de silicone, a gestação e a lactação podem ocasionar excesso (flacidez) de pele e diminuição do volume das mamas.

A ptose caracteriza-se pela hipotrofia do parênquima e a perda da elasticidade da pele e dos ligamentos suspensores das mamas (ligamentos de Cooper). Portanto, a diminuição do volume associado à flacidez cutânea pode ocasionar baixa autoestima e alterações emocionais nas pacientes. A classificação mais utilizada para ptose mamária foi descrita por Regnault (1976), que é baseada na posição do mamilo em relação ao sulco inframamário (tabela 2).

Tabela 2. Classificação de Regnault para ptose mamária

Graus de ptose	Posição do mamilo
Sem ptose	Mamilo acima do sulco inframamário, sem flacidez mamária
Grau I - Ptose leve	Mamilo ao nível do sulco inframamário e acima do contorno inferior da glândula
Grau II - Ptose moderada	Mamilo abaixo do sulco inframamário e acima do contorno inferior da glândula
Grau III - Ptose severa	Mamilo abaixo do sulco inframamário e na altura do contorno inferior da glândula
Pseudoptose	Mamilo acima do sulco e flacidez do polo inferior mamário

O objetivo principal da redução mamária é tratar os sintomas físicos e psicológicos. As técnicas cirúrgicas das mastoplastias redutoras visam a tratar os sintomas físicos, removendo excesso cutâneo e tecido mamário, sendo consideradas de caráter reparador. A mastopexia eleva o tecido mamário, posicionando o parênquima, e remove o excedente cutâneo, podendo associar implantes de silicone. A mastopexia é um desafio para o cirurgião plástico, pois, na maioria dos casos, a exigência estética da paciente quanto ao formato e às cicatrizes são maiores do que cirurgia de redução mamária.

As técnicas cirúrgicas das mastoplastias redutoras ou mastopexias buscam a ascensão do complexo aréolo-papilar, com preservação da fisiologia e sensibilidade, proporcionando consistência firme, formato e simetria adequadas, além do correto posicionamento das cicatrizes.

2. Histórico

No início do século XX, Morestin e Guinard (1908) publicaram trabalho relacionado ao tratamento das hipertrofias mamárias. Thorek (1922) relatou

sua técnica de remoção do polo inferior da mama e enxerto de aréola para hipertrofias severas. Schwarzmann (1930) utilizou a transposição do complexo aréolo-papilar com pedículo superomedial dermoglandular. Pitanguy (1961) divulgou sua técnica pessoal baseada no pedículo areolado superior; Skoog (1963) descreveu a técnica de elevação do complexo aréolo-papilar com pedículo superolateral e Liacyr (1975) descreveu a técnica do retalho areolado de pedículo inferior, com cicatriz final em T invertido.

Diversos autores desenvolveram técnicas para minimizar o comprimento das cicatrizes nas mastoplastias. As publicações de Hollander (1924), Dufourmentel e Mouly (1961), Elbaz e Verlihecke (1972) apresentaram mastoplastia com cicatriz oblíqua. Regnault (1974), Meyer e Kesselring (1975), Marchac e Olarte (1982), Bozola (1982), Chaves (1988) e Chiari (1992) desenvolveram técnicas com cicatriz resultante em L. Técnicas com cicatriz vertical foram descritas por Arié (1957), Lassus (1969), Peixoto (1980), Lejour (1999), Hammond (1999), Hall-Findlay (1999), Chiari (2001), Graf (2002), Hidalgo (2005) e Lista (2006). As técnicas cirúrgicas que resultam em cicatriz circum-areolar foram apresentadas por Hinderer (1969), Andrews (1975), Goes (1992) e Benelli (1999).

O conhecimento de várias técnicas de mastoplastias permite ao cirurgião utilizar aquela mais adequada para determinada paciente, visto que nenhuma técnica é considerada superior à outra. A seleção das pacientes, a indicação precisa, a atenção na marcação pré-operatória e o uso correto da técnica escolhida são elementos fundamentais para o sucesso da cirurgia.

3. Técnica cirúrgica

Em casos de ptose e hipertrofias mamárias severas, a indicação mais frequente é a mastoplastia com cicatriz em T invertido. Nas mamas com ptose e hipertrofias moderadas e leves, utilizamos a cicatriz final em L ou vertical. A cicatriz final apenas circum-areolar é reservada para casos em que é necessária elevação de 1cm a 2cm da aréola. Implantes mamários de silicone podem ser associados, independentemente da localização retroglândular ou submuscular e suas variações.

Nas mastoplastias com cicatrizes reduzidas, utilizamos a técnica de Chiari modificada, baseada no pedículo superomedial, ressecções nos polos médio e inferior das mamas. Técnica realizada para redução de volume ou correção da ptose leve a moderada, com ou sem implantes de silicone.

A marcação pré-operatória começa com a paciente de pé, momento em que as linhas médio-mamárias e esternal são delimitadas e o ponto A é definido – projeção do sulco submamário sobre a linha mamária média, geralmente 18cm a 19cm da fúrcula esternal. Na posição de decúbito dorsal, o ponto C é definido 8cm a partir da linha esternal e a 1cm do sulco inframamário, com a pele tensionada lateralmente. O ponto B é marcado a 10cm da linha esternal e a 6cm do ponto C. O ponto B' é marcado ao nível

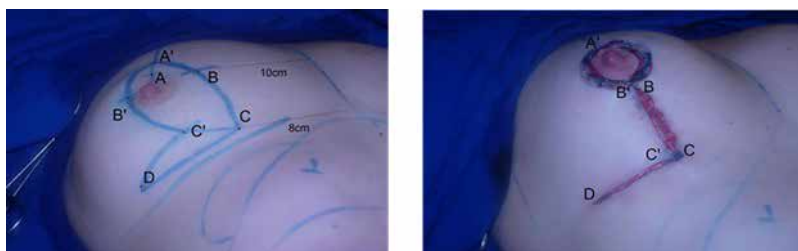
do mamilo, margeando lateralmente a aréola. O ponto C' é marcado a 6cm do ponto B' e forma-se a linha B'C' com a pele da mama esticada medial e superiormente (figura 1).

Figura 1. Marcação pré-operatória com cicatriz vertical



Ao unirmos as linhas BC e B'C', formamos a coluna vertical e, ao ocorrer excesso na extremidade inferior, marcamos o ponto D a 2cm do sulco submamário, que delinea a cicatriz em L (figura 2).

Figura 2. Marcação pré-operatória com cicatriz em L



Após a desepidermização periareolar, podemos utilizar várias táticas de remoção e montagem do tecido mamário, seja por uso de retalhos de pedículo superior ou inferior (figuras 3 e 4), seja como inclusão de implantes de silicone, conforme a indicação para cada paciente. Confeccionamos uma bolsa temporária de pele em volta da aréola, não ultrapassando o ponto A, e utilizamos o areológrafo de 4,3cm para desepidermização. A aréola foi reposicionada nos limites da área desepidermizada a partir de quatro pontos cardinais e depois síntese intradérmica contínua, com fio poliglecrapone 4.0. Terminamos as suturas da pele com fios de náilon 3.0 incolor (pontos subdérmicos invertidos) e poliglecrapone 4.0 (síntese intradérmica contínua).

Figura 3. Mastopexia vertical com pedículo inferior Liacyr I



Figura 4. Mastopexia vertical com pedículo superior Liacyr II



Uma das orientações para evitar a pseudoptose pós-operatória é finalizar o comprimento vertical da cicatriz entre 5cm e 6cm. A mastoplastia com cicatrizes reduzidas bem conduzidas proporcionam projeção, durabilidade, simetria e resultados agradáveis (figuras 5 a 10). A excelência do cirurgião plástico propicia o êxito da operação.

Figura 5. Mastopexia com cicatriz vertical



Figura 6. Mastopexia em L e abdominoplastia



Figura 7. Mastoplastia redutora em L



Figura 8. Mastopexia de aumento em L (implante de 295ml) e lipoaspiração



Figura 9. Mastopexia de aumento circum-areolar



Figura 10. Mastoplastia redutora em L



4. Conclusão

A técnica de mastoplastia com cicatrizes reduzidas apresentada é segura, reprodutível, possibilita variações táticas para o tratamento da ptose e hipertrofia leve a moderada, de forma elaborada e estética.

Bibliografia consultada

Andrews JM, Yshizuki MM, Ramos RR. An areolar approach to reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg.* 1975;28(3):166-70.

Arie G. Una nueva tecnica de mastoplastia. *Rev Latinoam Cir Plast.* 1957;3(1):23-38.

Benelli L. Technique de plastie mammaire: le "round block." *Rev Fr Chir Esthet.* 1988;13(50):7-11.

Berrocal RM. Mamoplastia redutora con incisión mínima em J: una alternativa ideal en el manejo de las gigantomastias. *Rev Co Cir Plást.* 2000;4(1):15-9.

Bozola AR. Breast reduction with short L scar. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85:728-38.

- Chaves L, Ceceau MA, Magalhães HGA. Mastoplastia em "L": um novo desenho. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 1988;3(1):40-8.
- Chiari A Jr. The L short-scar mammoplasty 12 years later. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108:489-95.
- Chiari Júnior A. The L short-scar mammoplasty: a new approach. *Plast Reconstr Surg.* 1992 Aug;90(2):233-46.
- Dufourmentel CL, Mouly R. Plastie mammaire par la méthode oblique. *Ann Chir Plast.* 1961;6:45-58.
- Elbaz JS, Verheecke G. La cicatrice en L dans le plasties mammaires. *Ann Chir Plast.* 1972;17:283-8.
- Goes JCS. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of polyglactin or mixed mesh. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(5):959-68.
- Graf R, Biggs TM. In search of better shape in mastopexy and reduction-mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(1):309-17.
- Hall-Findlay EJ. A simplified vertical reduction mammoplasty: Shortening the learning curve. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(3):748-59.
- Hammond DC. Short scar periareolar inferior pedicle reduction (SPAIR) mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103(3):890-901.
- Hidalgo DA. Vertical mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(4):1179-97.
- Hinderer U. Plastia mamaria modelante de dermopexia superficial y retromamaria. *Rec Esp Cir Plast.* 1971;5(1):65.
- Holländer E. Die operation der mammahypertrophie und der hängebrust. *Deutsche Med Wochenschr.* 1924;50:1400-2.
- Lassus C. A technique for breast reduction. *Int Surg.* 1970;53(1):69-72.
- Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg.* 1994;94(1):100-14.
- Lista F. Vertical scar reduction mammoplasty: a 15-year experience including a review of 250 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(7):2152-65.
- Marchac D, de Olarte G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short infra-mammary scar. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69(1):45-55.
- Meyer R, Kesselring UR. Reduction mammoplasty with an L-shaped suture line: development of different techniques. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(2):139-48.
- Morestin H, Guinard A. Hypertrophie mammaire traitée par la réduction discoïde. *Bull Soc Chir (Paris).* 1908;33:649-51.
- Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(2):217-26.
- Pitanguy I. Mamoplastias: estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir.* 1961;42:201-20.
- Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg.* 1976;3(2):193-203.
- Regnault P. Reduction mammoplasty by the "B" technique. *Plast Reconstr Surg.* 1974;53(1):19-24.
- Schwartzman E. Die technik der mammaplastik. *Chirurg.* 1930;2:932-43.
- Thorek M. Possibilities in the reconstruction of the human form 1922. *Aesthetic Plast Surg.* 1989;13(1):55-8.