

Mamoplastia redutora com cicatriz vertical assistida por lipoaspiração

DANIEL MELO AZEVEDO, EWALDO BOLÍVAR DE SOUZA PINTO, HUMBERTO MENON ROMANI, PAULO GONÇALVES JÚNIOR, MATHEUS MONSEFF VIEIRA MORELA, LUÍS HUMBERTO URIBE MORELLI

Introdução

A necessidade de redução das cicatrizes na cirurgia de mama tem levado ao desenvolvimento de técnicas com mínimas incisões. Apesar de certo ceticismo inicial, a mamoplastia redutora com incisão vertical tem se tornado um método cada vez mais difundido e popular, pois contempla dois importantes conceitos: cicatriz mínima e forma adequada. A mamoplastia vertical representa uma técnica interessante, pois promete redução das cicatrizes, estreitamento na largura das mamas, projeção adequada e manutenção da forma ao longo do tempo comparada às técnicas em “T” invertido. A lipoaspiração tem sido reconhecida como uma boa técnica adjuvante na redução cirúrgica da mama pelo contorno fino das áreas adjacentes. Não só é capaz de remover o excesso de tecido adiposo das regiões medial e lateral da mama, como também contribui para novo modelamento. A lipoaspiração assistida por ultrassom (*Ultrasound-assisted lipoplasty* - UAL), comparada à lipoaspiração tradicional, apresenta importantes vantagens, como preservação de estruturas conectivas e significativa capacidade de retração da pele. A utilização do UAL na cirurgia de mama tem contribuído com resultados estéticos bastante adequados. O propósito deste estudo é demonstrar que a associação de duas técnicas relativamente modernas (mamoplastia vertical e lipoaspiração superficial) garante total satisfação da paciente através da manutenção funcional e de um bom resultado estético da mama.

Objetivo

Demonstrar a técnica pessoal aplicada em nosso serviço.

Material e Métodos

Nos últimos 19 anos, foram operadas 532 pacientes com hipertrofia e/ou assimetria mamária usando a técnica vertical assistida pela lipoaspiração. Os pontos de Aufricht são fixados após a demarcação da linha hemiclavicular, a partir de um ponto localizado 6-7 cm da fúrcula, seguindo uma linha reta traçada até o mamilo. O ponto A é marcado na projeção do sulco mamário sobre esta linha cerca de 19 cm do ponto



Figura 1



Figura 2

hemiclavicular. Pontos B e C são marcados nas bordas laterais e mediais do complexo aréolo-mamilar, através de uma linha imaginária. Um movimento bidigital é feito para ligar estes pontos, que delimitam a quantidade de tecido a ser ressecado. O ponto mais baixo (ponto D) é marcado 5 cm acima do sulco inframamário. Uma elipse é descrita na pele com a ligação destes quatro pontos. Demarca-se e infiltra-se a extensão axial e medial em duas camadas, superficial e profunda, com a técnica tumescente com uma solução padrão (500 ml de solução fisiológica isotônica, 20 ml de xilocaína, 1 ml de adrenalina 1:1000). A lipoaspiração assistida por ultrassom (UAL) é aplicada para as camadas superficial e profunda, reduzindo o excesso de gordura nas bordas mamária, lateral e medial. Em seguida, é realizada a demarcação do complexo aréolo-mamilar e a manobra de Schwartzmann, que deve ser alargada um centímetro abaixo da linha que liga os pontos B e C. Abaixo dessa linha, inicia-se a ressecção mamária com formato cônico de base superior e vértice inferior,



Figura 3

perpendicular ao peito. Confecciona-se o retalho com pedículo superior composto por tecido misto (gordura e tecido glandular), visando ao preenchimento e à manutenção do pólo superior, com a forma de “U” invertido, cuja base é voltada para o peito e o ápice na direção retro-mamilo-areolar, em forma de quilha. Uma vez livre, ele gira sobre seu eixo em um ângulo de 360 graus, sendo fixado no músculo peitoral maior, na altura da segunda ou terceira costela, utilizando fio monofilamentar 2-0, no plano supra-aponeurótico, através do descolamento digital. Os pilares mediano e lateral são aproximados com fio monofilamentar inabsorvível 3-0. O excesso de pele da cicatriz vertical é inicialmente marcado com pinças de Allis e então ressecado. A compensação da sutura é sempre feita no sentido cranial, para que o excesso de pele que é retirada não vá além do neosulco inframamário. A localização do mamilo é marcada novamente e preparada. A sutura do mamilo é feita com pontos dermo-epidérmicos em Guillies de fio monofilamentar 5-0.

Resultados

Verificamos por meio desta técnica um excelente resultado apenas com a cicatriz vertical.

Conclusão

Procuramos demonstrar que esta técnica incorpora os conceitos de cicatriz mínima com contorno mamário harmonioso, além da manutenção da função glandular, ambos com resultados duradouros ao longo do tempo. Além disso, pode ser utilizada para os diferentes tipos de mama e bons resultados podem ser reproduzidos por outros cirurgiões.