

Implante de gel coesivo mamário por via abdominal

NATÁLIA DE LIMA E SILVA, GAL MOREIRA DINI, LYDIA MASAKO FERREIRA

Introdução

Uma das grandes inovações nas técnicas cirúrgicas de mama foi o aproveitamento da cicatriz da abdominoplastia para colocação da prótese de silicone nos seios.

Objetivo

Colocação de implante de gel coesivo mamário por via abdominal em pacientes submetidas à abdominoplastia.

Método

Trata-se de descrição da técnica cirúrgica na qual foram selecionadas 30 pacientes do gênero feminino, entre 20 e 50 anos de idade, com Índice de Massa Corpórea (IMC) maior que 25 e menor que 35 (sobrepeso e obesidade Grau I). As pacientes apresentavam aumento do tecido adiposo no abdome e diástase dos músculos reto abdominais [paciente tipo II (Mararasso, 1989 & Pitanguy, 1995)] pós-gestacional, que manifestavam desejo da melhora estética do contorno corporal, com ptose mamária leve ou hipomastia. Foram excluídas pacientes com contraindicações clínico-cirúrgicas ao procedimento, aquelas submetidas à cirurgia bariátrica ou qualquer outra intervenção cirúrgica no abdome, exceto Pfannenstiel; paciente em período pós-parto recente (menor que 1 ano) ou amamentando. As pacientes que apresentavam ptose moderada eram de contraindicação relativa, pois o volume da prótese para corrigir essa flacidez poderia dar resultados bons no início, mas queda após a remissão do edema inicial. As próteses utilizadas foram texturizadas com gel coesivo, apresentando volume variável de 260 a 325 ml. A técnica operatória consistiu em infiltrar a base das mamas com solução vasoconstrictora na propor-

ção de 1:321.000, ou seja, 300 ml solução fisiológica 0,9%, mais 20 ml bupivacaína 0,5%, mais 1 ml adrenalina 1:100 para melhor controle do sangramento durante a cirurgia e analgesia no pós-operatório. As pacientes foram submetidas à abdominoplastia com técnica padronizada, sendo iniciada com incisão da pele e subcutâneo na prega abdominal, seguida de descolamento de retalho dermogorduroso o mais próximo possível da aponeurose dos músculos reto abdominal e oblíquos e elevado até o apêndice xifoide e dois túneis laterais foram confeccionados para atingir o sulco mamário. Os instrumentos mais importantes foram os afastadores, pois, se não houver boa apresentação, a cirurgia fica desconfortável, principalmente nos primeiros casos, pela dificuldade de adequada hemostasia. Foram utilizados materiais longos para ajudar na dissecação do pólo superior das mamas. O túnel criado nas laterais do apêndice xifoide (na posição das 11 e 13 horas) foi o mais difícil devido à falta de familiaridade com o plano de dissecação, dando a impressão que está aprofundando no descolamento. Mas é exatamente isso que ocorre, pois as costelas costumam ser mais altas nas partes mais baixas. Após vencer este platô, formado pela projeção das últimas costelas verdadeiras, a dissecação torna-se mais fácil e todo o descolamento mamário é rapidamente feito. A loja pôde ser antero ou retromuscular, pois a margem inferior do músculo peitoral maior era bem visível. Dissecar as margens superiores foi mais fácil com o afastador tipo maleável, além de proteger a prótese quando realizado a sutura fixando novamente o tecido da base da mama à aponeurose (para recriar o sulco ma-

mário). Foi realizado o máximo de pontos simples possíveis ao refixar o retalho sobre as costelas.

Resultados

Cem por cento das pacientes relataram estar satisfeitas com o resultado da mamoplastia de aumento, com um índice de 96% de pacientes muito satisfeitas. Isso é de grande importância para futuras pesquisas, pois as queixas normais de cicatriz alargadas ou hiper-crômicas nas mamas, perda de sensibilidade e mesmo o comum desejo de ter colocado um tamanho maior de prótese (na avaliação tardia de 12 meses), não foi encontrado em nenhum caso neste grupo. Num seguimento de mais de 5 anos, apresentamos resultados duradouros e de excelentes resultados estéticos, tanto pela avaliação do médico como da paciente. Complicações mínimas ocorreram em 2 casos (bem no início do aprendizado, 1º e 3º casos), em um deles seroma, por inadequada fixação do retalho sobre as costelas corrigidas, com 3 punções diretas e compressão adicional no local, e outro foi deslocamento caudal da prótese pelo mesmo fator, corrigida com anestesia local e incisão no sulco mamário nesse local.

Conclusão

O implante de prótese mamária utilizando como via de acesso a incisão da dermolipectomia apresenta vantagem de menor tempo cirúrgico, além de bons resultados estéticos devido à ausência de cicatrizes nas mamas, proporcionando maior confiança às pacientes quanto à forma corporal. Devido à dificuldade de visualização dos túneis de dissecação, são necessários novos estudos para aprimoramento da técnica, principalmente dos instrumentos de apresentação.