

Mastopexia de aumento: a técnica da cortina

FERNANDO SOARES DE ALCÂNTARA, ELMIRO HELI MARTINS, FRANCISCO DE ASSIS CIDO CARVALHO, RICARDO LAPA KRUSE, RÉGIS PINHEIRO NOGUEIRA, NIDALL DE SOUZA RAAD

Introdução

A mastopexia com prótese é considerada uma das cirurgias mais desafiadoras ao cirurgião plástico e isto está relacionado ao fato de que as duas cirurgias têm, por definição, objetivos opostos. A inclusão de prótese aumenta o volume mamário, expandindo a área de superfície de pele para acomodar o novo volume. Em contraste, a mastopexia geralmente reduz a superfície cutânea durante a realização da elevação do complexo areolopapilar (CAP). Dessa forma, devido a essa multiplicidade de variáveis simultâneas concorrendo para o resultado pós-operatório, qualquer procedimento cirúrgico proposto a tratar hipoplasia mamária com ptose deve artisticamente coordenar essas duas manobras cirúrgicas competitivas de maneira a permitir a elevação do CAP e a redução do envelope cutâneo, mas deixando pele suficiente para acomodar facilmente o novo volume mamário provido pelo implante.

Objetivo

Apresentar técnica alternativa de mastopexia de aumento com utilização de pedículo dermo-adiposo de vascularização bilateral, de elevada previsibilidade de resultados com bons resultados estéticos e baixas taxas de complicação.

Método

De janeiro de 2010 a junho de 2012, foram operadas 15 pacientes usando o método a seguir descrito. A idade destas variou de 24 a 45 anos (média: 32 anos). Todos os casos apresentavam grau de ptose mamária que variou de leve (grau I) a grave (grau III) e insuficiente tecido parenquimatoso para adequado

preenchimento da mama somente com mastopexia isolada. O volume dos implantes utilizados variou de 180 a 350 ml (média de 280 ml). Inicialmente, com a paciente em ortostase, são marcadas: a) a linha média, b) os meridianos mamários, a partir de um ponto sobre as clavículas de 5 a 6 cm de distância da fúrcula esternal, c) os sulcos inframamários e d) os pontos A de Pitanguy, sobre cada meridiano. A técnica se inicia com uma incisão vertical de cerca de 4 cm, sobre o meridiano mamário no polo inferior da mama, terminando a cerca de 1 cm do sulco inframamário. Segue-se com descolamento em plano pré-fascial ou subfascial para confecção da loja da prótese. Após o posicionamento da prótese *in situ*, inicia-se a mastopexia vertical com manobra de marcação cutânea, para estimativa da quantidade de pele vertical infra-areolar a ser ressecada, usando-se múltiplas suturas com náilon 3-0 até que o pinçamento resulte em adequada coaptação de bordas. Marca-se, então, estes pontos e, em seguida, eles são unidos entre si, resultando em duas linhas verticais que se cruzam inferiormente a cerca de 1 cm do sulco inframamário. Une-se o ponto A, previamente definido, com as duas marcações verticais de cada lado. A seguir, utiliza-se areolótomo para confecção de nova aréola de tamanho proporcional à mama, seguido de desepitelização de toda a área entre as marcações se prolongando inferiormente até o nível do sulco inframamário. Marca-se sobre a superfície desepitelizada duas linhas transversais levemente arqueadas; uma logo acima da incisão vertical para introdução da prótese; outra, cerca de 1-1,5 cm abaixo da

aréola. A marcação inferior é incisada em plano total, seguida da ressecção de todo tecido adiposo abaixo desta; a seguir, a marca superior é incisada em plano parcial até o surgimento de tecido glandular (cerca de meia distância de sua espessura), resultando em um retalho dermo-adiposo de vascularização subdérmica bilateral e glandular, o qual é transfixado em três pontos em sua face interna com náilon 2-0 e tracionado em sentido pósterio-superior, em movimento de balsa, para fixação na fáscia muscular ao nível do polo inferior da prótese. Finaliza-se síntese dérmica-subcutânea com Monocryl 4-0 e curativo com micro-pore estéril.

Resultados

Obteve-se aumento harmonioso no volume mamário das pacientes, acompanhado de adequada elevação do CAM a uma posição natural. Em nenhum caso houve necessidade de mastopexia secundária complementar. A recuperação pós-operatória de todas as pacientes transcorreu sem maiores queixas por parte das mesmas. Não houve complicações pós-operatórias.

Conclusão

O uso da técnica da cortina na mastopexia de aumento demonstrou ser uma valiosa alternativa a ser incorporada no arsenal cirúrgico para a realização de mastopexia com uso de prótese, tratando-se de técnica segura, de fácil reprodutibilidade, onde os tempos cirúrgicos são facilmente assimilados pelo cirurgião em treinamento, com excelentes resultados a curto e longo prazo e baixas taxas de complicação.