

Estudo retrospectivo sobre implantes mamários em nosso serviço

MARIA ROBERTA CARDOSO MARTINS, FARID HAKME, FLAVIO LUIZ FRED GAROFO, LUCIANA ABDALLA ROSA, MARCELO CARREIRÃO, CAROLINA SHUGEN

Introdução

A mudança do conceito de beleza das mamas pequenas definitivamente deu lugar e proporcionou à mamoplastia de aumento grande expressão nos últimos anos, inclusive após o advento dos implantes mamários de silicone gel revestidos de material poliuretano ou texturizado.

Objetivo

Avaliar a cirurgia de aumento mamário com colocação de implantes no Serviço de Residência de Cirurgia Plástica do Hospital da Plástica - UNIG em relação a técnica utilizada e perfil das pacientes, assim como grau de satisfação e complicações associadas.

Método

De janeiro de 2011 a maio de 2012, foram realizadas 96 cirurgias de aumento mamário em nosso ambulatório de ensino. Foi avaliado o tamanho dos implantes, tipo de implante, via de acesso, posição dos implantes, complicações e satisfação das pacientes.

Resultados

O tamanho dos implantes mamários variou de 175 ml a 485 ml, sendo 96% destes de poliuretano e apenas 4% texturizados. A via de acesso para mamas simétricas, sem ptose ou ptose grau I,

foi periareolar em 57% e inframamária em 33% dos casos. Em mamas com pseudoptose ou ptose a partir de grau II, optou-se pela incisão “em raquete”, em 10% das pacientes operadas. A posição do implante foi retroglandular em torno de 98% dos casos e submuscular em apenas 2% das pacientes. Obtivemos resultados bastante satisfatórios na maioria dos casos, em relação a simetria, volume e consistência das mamas e satisfação da paciente. Constatou-se um caso de hematoma precoce, resolvido cirurgicamente tão logo detectado. Houve 2 casos de infecção com necessidade de retirada do implante, antibioticoterapia sistêmica e posterior recolocação do implante 6 meses após a resolução do quadro, ambos com boa evolução.

Discussão

O implante de poliuretano é o de eleição em nosso serviço. Porém, em caso de troca de implante malsucedido, optaríamos por implante texturizado, se a paciente já tivesse o de poliuretano e vice-versa. O posicionamento retroglandular é o de eleição em nosso serviço, visto que nos proporciona menor tempo cirúrgico, menor índice de sangramento e a paciente não apresenta assimetrias ao contrair a musculatura do tórax anterior. O plano

submuscular fica restrito a casos de troca de implante ou em casos de pacientes muito magras, em que a posição retroglandular deixaria o implante muito aparente. Escolhemos a via periareolar por motivos de maior facilidade em seu manuseio cirúrgico e preferência pela cicatriz resultante. Quando a paciente não possui tamanho adequado de diâmetro areolar ou quando optamos pelo plano retromuscular, acessamos a via inframamária. Nos casos em que se deseja o aumento mamário e a mastopexia, optamos pela incisão em raquete, utilizando volumes de implantes um pouco menores e, em alguns casos, necessita-se de cicatriz em pequeno “T” invertido. Para o melhor ajuste da relação conteúdo (implante) e continente (pele), não ressecamos pele previamente.

Conclusão

Acompanhando a casuística do serviço e estudos já publicados, concluímos que o implante mamário de silicone gel revestido de poliuretano diminui o índice de complicações, se mostra confiável em relação ao resultado cirúrgico final e junto às opções cirúrgicas de eleição para via de acesso e posicionamento do implante, embalou o crescimento desta cirurgia em nosso ambulatório de ensino.