

Mastoplastia de aumento através da abdominoplastia

Breast augmentation through abdominoplasty

ROBERTO LUIZ SODRÉ¹

JOSÉ AUGUSTO CALIL²

JOSÉ MARCOS MONTEIRO

DA FONSECA³

MARIA YUKIYO OYAGAWA³

LEONARDO GABEIRA SECCO³

DACIO YOSHIKASU OGATA³

RAIDEL DEUCHER RIBEIRO⁴

BRUNO HENRIQUE

PAGNONCELLI⁴

RESUMO

Introdução: Este trabalho demonstra a técnica de dissecação de espaço retroglandular através da abdominoplastia, com visualização de fibra óptica para inclusão de implantes mamários de silicone gel. **Método:** Foram avaliadas, retrospectivamente, 44 pacientes portadoras de flacidez abdominal e hipomastia, submetidas a mastoplastia de aumento através da abdominoplastia em um só estágio, durante o período de setembro de 2001 a abril de 2012. **Resultados:** A técnica utilizada possibilitou melhora do contorno abdominal e aumento do volume mamário pela mesma incisão. As complicações ocorreram na área abdominal (hematoma, seroma, deiscência e cicatriz hipertrófica) e na região mamária (contratura capsular e infecção). **Conclusões:** A técnica de mastoplastia de aumento por via abdominal evita cicatrizes nas mamas ou axilas, é segura, reproduzível, com curva de aprendizado curta, e resultados satisfatórios e duradouros.

Descritores: Abdome/cirurgia. Cirurgia plástica/métodos. Implante mamário. Implantes de mama. Mamoplastia.

ABSTRACT

Background: This study establishes a technique for dissection of the retroglandular space through abdominoplasty by using a lighted retractor for the introduction of silicone gel breast implants. **Methods:** A retrospective study was carried out for 44 patients with abdominal flaccidity and hypomastia who underwent breast augmentation through a single-stage abdominoplasty between September 2001 and April 2012. **Results:** This method enabled improvement of the abdominal contour and breast augmentation through the same incision. The complications observed affected the abdominal area (hematoma, seroma, dehiscence, and hypertrophic scarring) and the breast (capsular contracture and infection). **Conclusions:** Breast augmentation through abdominoplasty does not cause scars on the breast or armpit and is a safe and reproducible procedure with a short learning curve. Moreover, it provides satisfactory and long-lasting results.

Keywords: Abdomen/surgery. Plastic surgery/methods. Breast implantation. Breast implants. Mammoplasty.

Trabalho realizado na clínica privada do autor e no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 17/5/2012
Artigo aceito: 7/8/2012

INTRODUÇÃO

Poucos estudos foram publicados sobre o tema mastoplastia de aumento através da abdominoplastia. Hinderer¹, Planas², Barrett & Kelly³ e Paoliello⁴ realizaram túneis por divisão manual, a partir da dermolipectomia abdominal, para inclusão de implantes mamários. Wallach⁵ e Rinker & Jack⁶

utilizaram afastadores iluminados para produção de túneis subcutâneos, descolamento retromuscular e subglandular e introdução dos implantes de silicone por via abdominal, evitando também as cicatrizes nas mamas ou axilas.

A diversidade das mamas quanto a forma, quantidade e qualidade do tecido glandular e cutâneo bem como o abdome flácido fazem com que a procura por cirurgias plásticas

1. Cirurgião plástico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), São Paulo, SP, Brasil.
2. Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, cirurgião plástico, membro titular da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
3. Cirurgião plástico, membro associado da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
4. Residente em Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, membro aspirante da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.

associadas seja frequente. As candidatas a mastoplastia de aumento por via abdominal são especialmente as mulheres com diagnóstico de hipomastia e flacidez abdominal.

As pacientes que optam pela cirurgia plástica desejam mamas maiores, bem posicionadas, simétricas, com formato natural e abdome de bom aspecto estético.

A utilização de cirurgia combinada em um só estágio possibilita a obtenção de formato, simetria e volume mamários adequados, com cicatrizes localizadas na região abdominal em pacientes portadoras de hipotrofia mamária, sem ptose ou com pseudoptose, e abdome flácido. Portanto, a inclusão dos implantes através da incisão da abdominoplastia atinge tais objetivos, sem produzir cicatrizes na região torácica e sem aumento do tempo operatório.

MÉTODO

Entre setembro de 2001 e abril de 2012, foram selecionadas 44 pacientes com diagnóstico de hipomastia, sem ptose ou com pseudoptose (classificação de Regnault⁷), e abdome grau V (classificação de Bozola & Psillakis⁸), as quais foram submetidas a mastoplastia de aumento através da abdominoplastia.

A faixa etária das pacientes variou de 20 anos a 56 anos, com média de 35,7 anos. Quanto à relação entre peso e altura, o índice de massa corporal médio foi de 23,4 kg/m².

No pré-operatório, a maioria das mulheres tinha passado por duas ou mais gestações e apresentava estado físico ASA I (91%) ou ASA II (9%), segundo a classificação da American Society of Anesthesiologists. Cinco pacientes eram fumantes, duas eram hipertensas e uma, portadora de diabetes melito.

Marcação

Com a paciente em posição sentada, foi marcada uma linha arqueada seguindo a dobra da pele abdominal. Já em posição supina, foi traçada uma linha transversa na região pubiana, 7 cm acima da comissura vulvar, seguindo a dobra inguinal até a proximidade das espinhas ilíacas anteriores, conforme o excesso de pele apresentado.

Foram definidos os limites das mamas e o sulco mamário e, a partir dos arcos costais, foram delimitados dois túneis separados em direção às aréolas, com 6 cm de largura (Figura 1).

Técnica Operatória

Com a paciente anestesiada, em decúbito dorsal horizontal, foi realizada antisepsia com clorexidina degermante, seguida de clorexidina alcoólica e colocação de campos cirúrgicos. A incisão transversal baixa obedeceu a marcação prévia. Foi realizado descolamento do panículo dermogorduroso, em sentido do apêndice xifoide e arcos costais, com auxílio de bisturi elétrico, preservando o cordão umbilical.

Foi ampliado o túnel em direção ao centro da mama, no plano supra-aponeurótico, com cerca de 6 cm de largura. O

descolamento retroglândular foi realizado pelo bisturi elétrico adaptado a um prolongador, sob visão direta, com a utilização de afastador longo de fibra óptica (Figura 2), que propiciou boa exposição e dissecação favorável (Figura 3).

Após a formação do espaço anatômico e revisão da hemostasia, o implante mamário foi introduzido e posicionado de forma adequada. O mesmo procedimento foi conduzido na mama contralateral.

Foi realizado fechamento dos túneis com pontos separados de náilon 2.0 ou poliglactina 2.0, aproximando o retalho à aponeurose do músculo reto abdominal, em média, 1 cm abaixo do sulco inframamário (Figura 4).

Realizada correção da diástase muscular por plicatura longitudinal da aponeurose entre o apêndice xifoide e o cordão

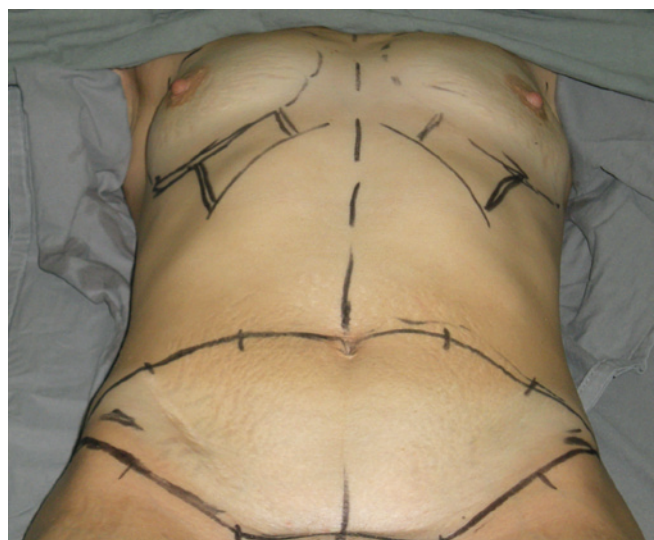


Figura 1 – Marcação pré-operatória.

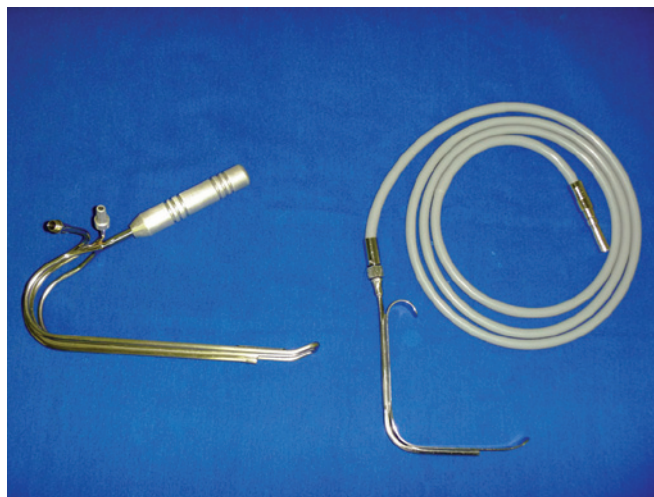


Figura 2 – Afastador longo e afastador universal com fibra óptica.

umbilical e deste até o púbis, utilizando-se fio de náilon 2.0 ou poligilactina 2.0. Em seguida, procedeu-se à fixação do umbigo na aponeurose, com fio de náilon 3.0 ou poliglecrapone 3.0.

Com a paciente fletida, foi tracionado o retalho e ressecado o excesso descolado. Após a hemostasia, foram efetuados os pontos de adesão do retalho na aponeurose, com poligilactina 2.0 ou fio de náilon 2.0.

Realizada onfaloplastia através de pequena incisão em forma de “V”, na área central do retalho, na altura das cristas ilíacas, seguida de esvaziamento da gordura e sutura do umbigo com fio de poliglecrapone 3.0 e 4.0.

Finalizando, foi colocado dreno de sucção tipo 4,2 mm em região abdominal e realizada fixação deste na pele pubiana, com fio de náilon 3.0. Para fechamento da parede abdominal foi utilizado poliglecrapone 3.0 ou fio de náilon 3.0, no tecido subcutâneo e para síntese da pele, poliglecrapone 4.0.

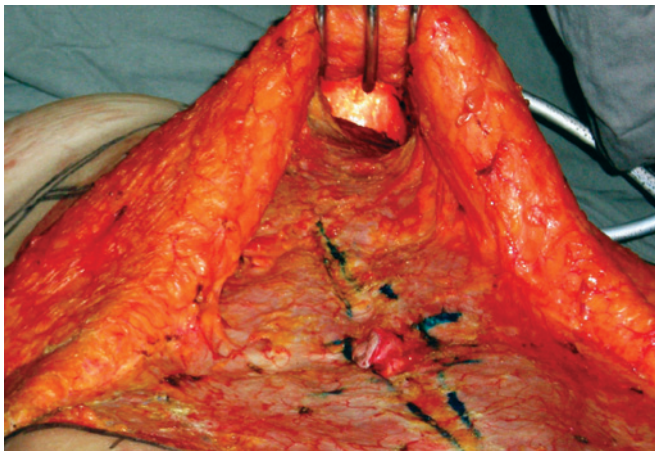


Figura 3 – Túnel subcutâneo e espaço retroglândular dissecados.

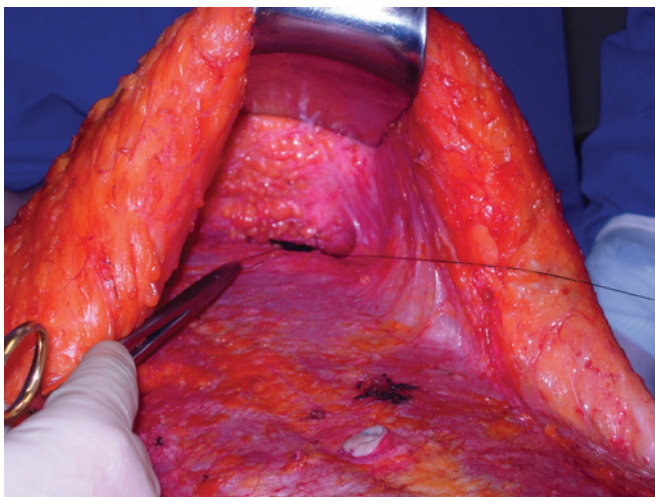


Figura 4 – Fechamento do túnel subcutâneo.

RESULTADOS

Durante o período mencionado de 11 anos, foram realizadas mastoplastias de aumento através da abdominoplastia em 44 pacientes, portadoras de hipomastia, sem ptose e com pseudoptose, apresentando abdome flácido grau V.

Os implantes mamários introduzidos foram de superfície texturizada, formato redondo, conteúdo de silicone gel coesivo, perfil alto e super alto, e volume mínimo de 200 ml e máximo de 530 ml, com média de 290 ml (Tabela 1). O peso da peça abdominal ressecada variou de 290 g a 2.160 g, com média de 680 g.

As técnicas anestésicas utilizadas foram: anestesia geral em 36% dos pacientes e bloqueio espinhal em 64%. Lipoaspiração associada foi realizada em 15 pacientes. O tempo médio operatório foi de 3 horas e 22 minutos, excluídas as cirurgias combinadas com lipoaspiração.

No pós-operatório, as mamas estavam bem posicionadas, simétricas, apresentando formato natural, consistência adequada e sem cicatrizes nas regiões mamárias ou axilares (Figuras 5 a 8).

Foram observadas 14 complicações nas 44 pacientes (Tabelas 2 e 3). Na região abdominal, houve um caso de seroma, dois hematomas (que não necessitaram de revisão cirúrgica), quatro casos de pequenas deiscências e quatro de cicatrizes hipertróficas. Duas mulheres desenvolveram contratura capsular unilateral Baker II^o e houve um quadro de infecção em sítio mamário.

Tabela 1 – Volume dos implantes de silicone por mama operada.

Volume (ml)	Mama D	Mama E	Total	Porcentagem (%)
200	1/44	1/44	2/88	2,27
230	1/44	1/44	2/88	2,27
240	3/44	4/44	7/88	7,96
260	8/44	8/44	16/88	18,19
265	1/44	1/44	2/88	2,27
280	8/44	7/44	15/88	17,06
285	2/44	2/44	4/88	4,54
295	1/44	1/44	2/88	2,27
300	10/44	10/44	20/88	22,73
325	2/44	2/44	4/88	4,54
340	1/44	1/44	2/88	2,27
350	3/44	3/44	6/88	6,82
375	1/44	1/44	2/88	2,27
400	1/44	1/44	2/88	2,27
530	1/44	1/44	2/88	2,27

D = direita; E = esquerda.

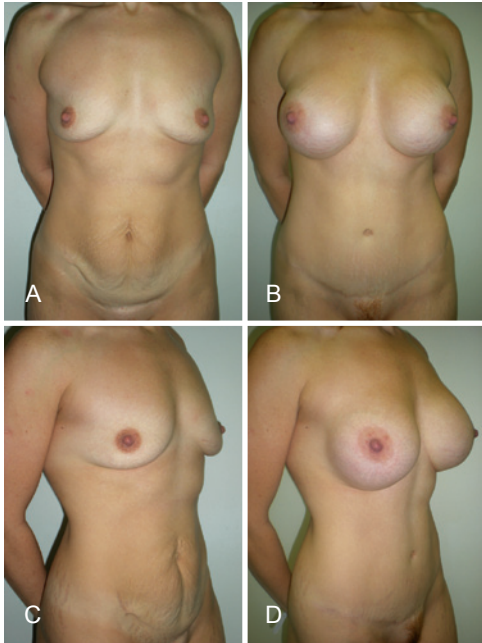


Figura 5 – Paciente de 30 anos. Em **A** e **C**, aspecto pré-operatório, vista frontal e perfil, respectivamente. Em **B** e **D**, segundo ano de pós-operatório de mastoplastia de aumento através da abdominoplastia, com implantes mamários de 350 ml, vista frontal e perfil, respectivamente.

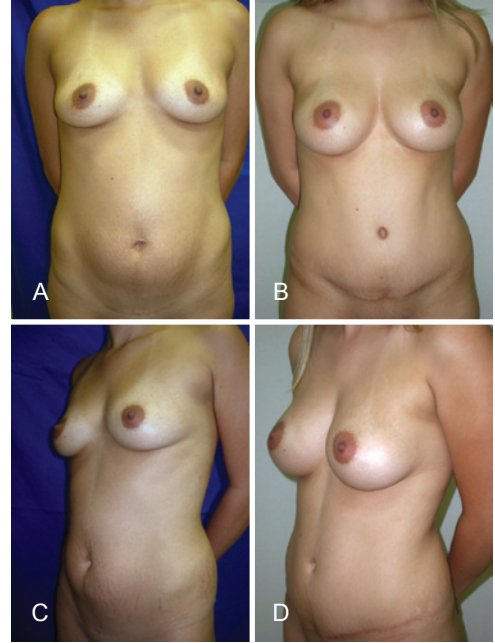


Figura 7 – Paciente de 20 anos. Em **A** e **C**, aspecto pré-operatório, vista frontal e perfil, respectivamente. Em **B** e **D**, quarto ano de pós-operatório de mastoplastia de aumento através da abdominoplastia, com implantes mamários de 240 ml, vista frontal e perfil, respectivamente.



Figura 6 – Paciente de 34 anos. Em **A** e **C**, aspecto pré-operatório, vista frontal e perfil, respectivamente. Em **B** e **D**, segundo mês de pós-operatório de mastoplastia de aumento através da abdominoplastia, com implantes mamários de 350 ml, vista frontal e perfil, respectivamente.

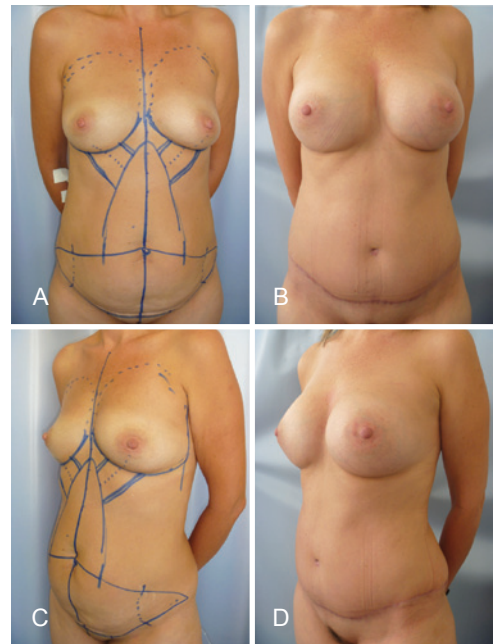


Figura 8 – Paciente de 46 anos. Em **A** e **C**, aspecto pré-operatório, vista frontal e perfil, respectivamente. Em **B** e **D**, quarto mês de pós-operatório de mastoplastia de aumento através da abdominoplastia, com implantes mamários de 265 ml, vista frontal e perfil, respectivamente.

Tabela 2 – Porcentagem de complicações em abdominoplastias.

Complicações	Alderman et al. ^{10*} (n = 13.193/TOPS)	Paoliello ^{4†} (n = 36)	Wallach ^{5‡} (n = 11)	Presente estudo [‡] (n = 44)
Seroma	N/A	58%	9%	2,2%
Infecção	1%	—	9%	—
Hematoma	3,4%	—	—	4,5%
Cicatriz hipertrófica	N/A	5,5%	—	9%
Deiscência	N/A	—	—	9%

* Procedimentos separados. † Procedimentos combinados, com mastoplastia de aumento por divulsão manual. ‡ Procedimentos combinados, com mastoplastia de aumento por dissecação sob visão direta. n = número de pacientes; N/A = não avaliado; TOPS = *Tracking Operations and Outcomes for Plastic Surgeons*.

Tabela 3 – Porcentagem de complicações em mastoplastias de aumento.

Complicações	Alderman et al. ^{10*} (n = 17.894/TOPS)	Paoliello ^{4†} (n = 36)	Wallach ^{5‡} (n = 11)	Presente estudo [‡] (n = 44)
Infecção	1,2%	—	—	2,2%
Hematoma	0,8%	—	—	—
Contratura capsular	N/A	42%	—	4,5%

* Procedimentos separados. † Procedimentos combinados, com mastoplastia de aumento por divulsão manual. ‡ Procedimentos combinados, com mastoplastia de aumento por dissecação sob visão direta. n = número de pacientes; N/A = não avaliado; TOPS = *Tracking Operations and Outcomes for Plastic Surgeons*.

As pequenas deiscências de ferida operatória na região suprapúbica ocorreram em duas pacientes fumantes e em uma portadora de diabetes melito. Essas lesões foram tratadas por debridamento e resutura, sob anestesia local.

Na paciente que sofreu infecção unilateral em sítio mamário foi instituído tratamento medicamentoso pelo infectologista, contudo foi preciso a remoção do implante (através de incisão em sulco inframamário), com colocação de novo implante de silicone em outro tempo cirúrgico.

O tempo de internação hospitalar foi de 24 horas.

DISCUSSÃO

A mastoplastia de aumento torna as mamas hipotróficas maiores e com formato estético. A inclusão de implantes mamários através da abdominoplastia é realizada com afastador longo iluminado, o que facilita a confecção dos túneis, amplia o espaço retroglandular e proporciona boa hemostasia sob visão direta. Os túneis são similares aos realizados nas reconstruções mamárias com retalho do músculo reto abdominal.

O aumento do tamanho mamário por meio da introdução dos implantes de silicone gel por via abdominal tem excelente indicação nas pacientes com histórico de gravidez, mamas hipotróficas não-ptosadas ou com pseudoptose e indicação para abdominoplastia clássica.

As pacientes portadoras de ptose mamária (graus I, II e III de Regnault⁷) têm contraindicação para o procedimento, necessitando de mastopexia. As mulheres longilíneas não são limitação para a técnica, sendo importante a utilização do

afastador longo de fibra óptica. A seleção das pacientes é de fundamental importância para o sucesso da cirurgia plástica.

Em 2004, Wallach⁵ divulgou sua casuística de 11 pacientes operadas pela técnica de introdução de implante mamário por via abdominal, por meio de confecção dos túneis e do espaço anatómico para a prótese, com utilização do afastador iluminado. No pós-operatório, houve um caso de seroma e de infecção em ferida operatória abdominal, na mesma paciente.

Paoliello⁴, em 2006, descreveu sua experiência com a técnica de inclusão dos implantes mamários por via abdominal, por meio de divulsão manual do túnel subcutâneo e do espaço retroglandular, em 36 pacientes. Relatou seroma em 21 casos, contratura capsular em 7 mulheres e 2 casos de cicatrização hipertrófica.

Estudo publicado por Alderman et al.¹⁰, em 2009, que incluiu pacientes submetidas a abdominoplastia e mastoplastia de aumento no banco de dados do *Tracking Operations and Outcomes for Plastic Surgeons* (TOPS), nos Estados Unidos, verificou os índices de complicações nos procedimentos combinados. Não existiram casos de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar. Nossa experiência apresentou taxa de complicação de acordo com a literatura médica (Tabelas 2 e 3).

O tratamento da assimetria e hipotrofia mamárias é realizado com uso dos implantes de tamanhos diferentes. A abdominoplastia clássica é realizada de acordo com a experiência do cirurgião e a associação de lipoaspiração pode ser considerada conforme caso clínico, desejo da paciente e indicação do médico.

CONCLUSÕES

A inclusão de implantes de silicone gel através da abdominoplastia é uma técnica segura, confiável, com curva de aprendizado curta e boa reprodutibilidade. Proporciona resultados satisfatórios e duradouros, com cicatriz abdominal baixa e ausência de cicatrizes nas regiões mamária ou axilar, sendo mais uma opção no arsenal do cirurgião plástico.

REFERÊNCIAS

- Hinderer UT. The dermolipectomy approach for augmentation mammoplasty. *Clin Plast Surg.* 1975;2(3):359-69.
- Planas J. Introduction of breast implants through the abdominal route. *Plast Reconstr Surg.* 1976;57(4):434-7.
- Barrett BM Jr, Kelly MV 2nd. Combined abdominoplasty and augmentation mammoplasty through a transverse suprapubic incision. *Ann Plast Surg.* 1980;4(4):286-91.
- Paoliello HR Jr. Inclusão mamária por via abdominal. In: Stocchero IN, Tournieux AAB, eds. *Atualização em cirurgia plástica estética e reconstrutiva.* São Paulo: Robe; 2006. p. 703-6.
- Wallach SG. Transabdominoplasty breast augmentation. *Aesthet Surg J.* 2004;24(4):373-8.
- Rinker B, Jack JM. Subpectoral breast augmentation through the abdominoplasty incision. *Ann Plast Surg.* 2007;58(3):241-5.
- Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment. *Clin Plast Surg.* 1976;3(2):193-203.
- Bozola AR, Psillakis JN. Abdominoplasty: a new concept and classification for treatment. *Plast Reconstr Surg.* 1988;82(6):983-93.
- Little G, Baker JL Jr. Results of closed compression capsulotomy for treatment of contracted breast implant capsules. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(1):30-3.
- Alderman AK, Collins ED, Streu R, Grotting JC, Sulkin AL, Neligan P, et al. Benchmarking outcomes in plastic surgery: national complication rates for abdominoplasty and breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(6):2127-33.

Correspondência para:

Roberto Luiz Sodré
Rua Antonio Alves Barril, 355 – ap. 191 – Jd. Anália Franco – São Paulo, SP, Brasil – CEP 03338-000
E-mail: roberto.sodre@uol.com.br