

TRABALHO PREMIADO – PRÊMIO GEORGES ARIÉ 2004 INCLUSÃO DE PRÓTESE DE MAMA EM DUPLO ESPAÇO

Inclusion of the breast prosthesis in double space

MILTON JAIME BORTOLUZZI DANIEL¹

RESUMO

Este trabalho apresenta uma nova localização quanto ao espaço de implantação de próteses mamárias de silicone. Desenvolve um novo posicionamento da prótese, não sendo somente subglandular ou submuscular, ao qual se denomina de *Inclusão de Prótese de Mama em Duplo Espaço*. Com isso, elimina-se grande parte dos resultados desfavoráveis, tanto no posicionamento subglandular, quanto no submuscular. Esta nova técnica foi aplicada com eficiência pelo autor em 320 pacientes operadas, no período de março de 1997 a março de 2004, apresentando, como benefício adicional aos resultados obtidos, melhor aceitação pelas pacientes em relação às técnicas anteriores.

Descritores: Mama, cirurgia. Mamoplastia, métodos. Implantes de mama.

SUMMARY

The work presents a new location as far as the space for implantation of the silicone mammal prosthesis. It develops a new positioning of the prosthesis, not just sub-glandular or sub-muscular, which is named Inclusion of the Mammal Prosthesis in Double Space. With that, many of the unfavorable results are eliminated, not only in the sub-glandular, but also in the sub-muscular positioning. This new technique was applied efficiently by its author in 320 operated patients from March 1997 until March 2004, presenting as an additional benefit to the obtained results a better acceptance by the patients in relation to the prior techniques.

Descriptors: Breast, surgery Mammoplasty, methods. Breast implants.

INTRODUÇÃO

Devido ao aumento progressivo do uso de próteses de mama, concomitante ao aumento de volume das mesmas, um grande número de pacientes que seriam submetidas a Mastopexia passaram a ter inclusão de silicone nas mamas.

Assim como nas mamas já operadas, o pólo inferior perde sua resistência para suportar uma prótese, nas mamas com flacidez e sobra de pele, a prótese ptosa com mais facilidade, ao longo do tempo. Da mesma forma, nas mamas com pouco tecido glandular e adiposo, o bordo da prótese no pólo inferior se torna palpável.

Tomando-se por base o Retalho de Milton Daniel (1993), suporte muscular do grande peitoral, desenvolveu-se um outro suporte muscular no pólo inferior da mama, o qual impede que a prótese ptose e se desloque para a axila, mantendo o pólo superior da mama projetado^{3,4}. Essa prótese é colocada em duplo espaço, ficando no seu pólo inferior submuscular e o restante da prótese no subglandular, evitando, assim, as conseqüências freqüentes observadas nas próteses submusculares, como deslocamentos, deformidades, assimetrias e rupturas da prótese. Nas próteses subglandulares, evita-se a ptose e o bordo palpável no pólo inferior, com conseqüente melhora na formação de *Rippling*.

Perseguindo-se estes objetivos, desenvolveu-se uma classificação, levando-se em conta o grau de ptose do

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Figura 1 - Linha A - classificação de grau I a V da ptose mamária; Linha B - marcação do tecido a ser ressecado conforme a ptose correspondente acima; Linha C - suporte muscular e cicatriz final.

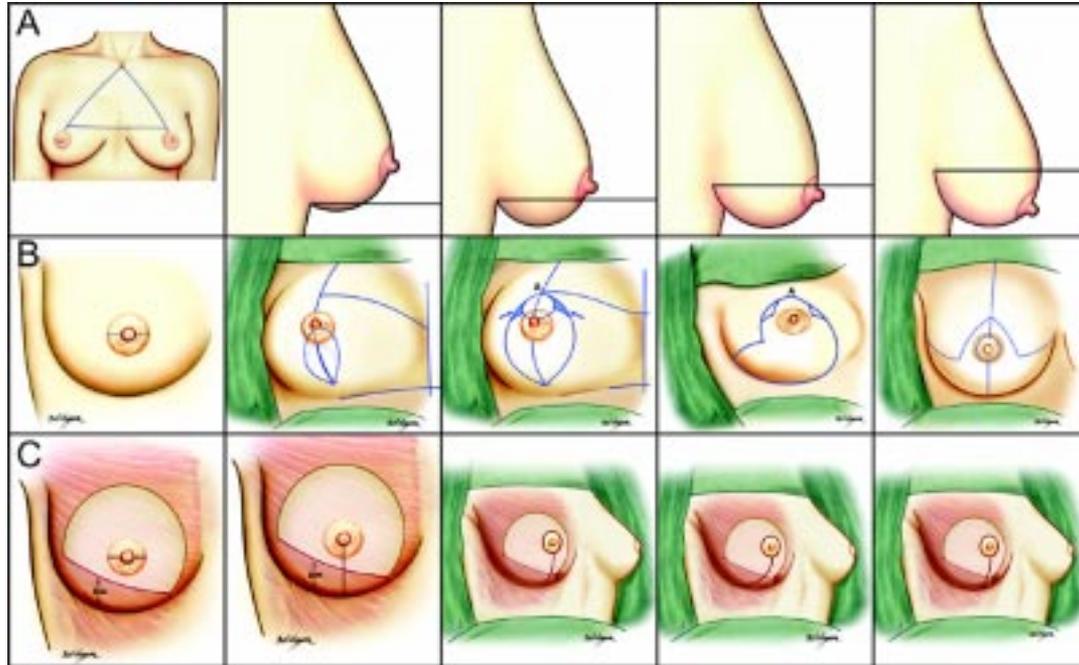
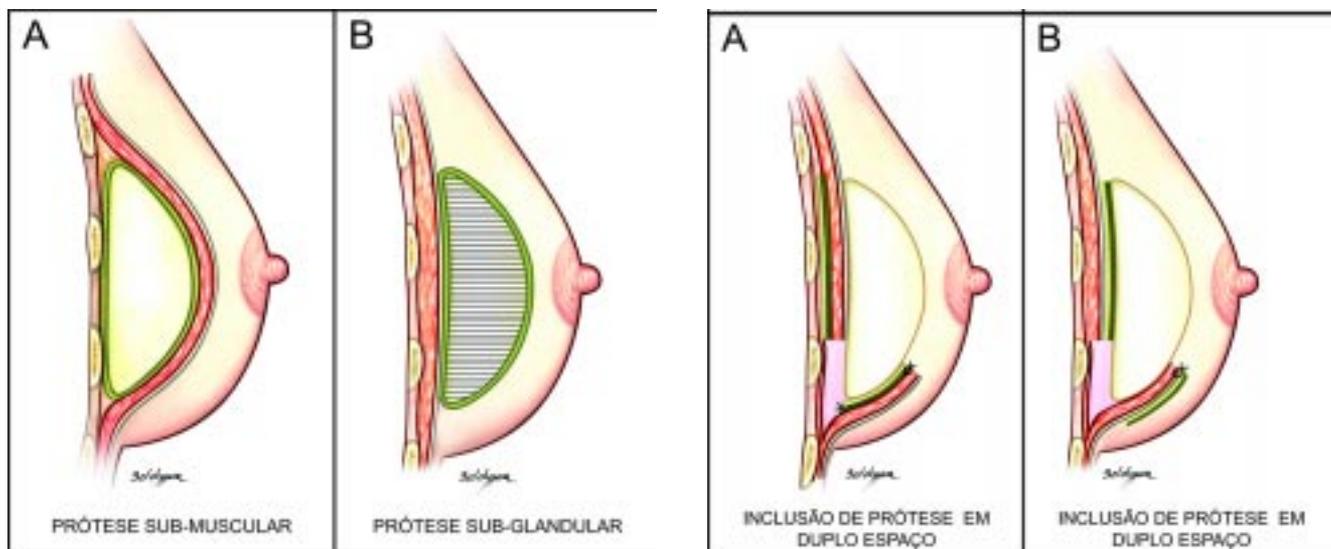


Figura 2 - Letra A Substituição de prótese muscular por prótese em duplo espaço; Letra B Substituição de prótese subglandular por prótese em duplo espaço.



mamilo e do pólo inferior, em relação ao sulco submamário, que serve de orientação sobre a quantidade de pele que deve ser ressecada e qual a marcação de ressecção a ser feita, já que a prótese é mantida fixa pelo suporte muscular.

MÉTODO

Foram operadas 320 pacientes com idade entre 18 e 52 anos, no período de 1997 a 2004, sendo 280 (87%) casos referentes a pacientes pós-gestação.

Mamas primárias: 180 casos

Substituição de próteses: 90 casos.

Mama secundária: 50 casos (pexia e redutora).

Quanto às próteses implantadas, registra-se:

Volume: variação de 135 cc a 550 cc, sendo o maior número de 215 a 285 cc;

Forma: predominante das redondas (90% dos casos);

Perfil: alto;

Textura: prótese com cobertura de poliuretano.

CLASSIFICAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO DA RESSECÇÃO DE PELE

Quanto ao planejamento de uma mamoplastia com inclusão de prótese, muitos fatores devem ser considerados:

- 1) O tamanho e a consistência das mamas;
- 2) O grau de ptose do mamilo e do pólo inferior em relação ao sulco inframamário;
- 3) Distância entre a fúrcula esternal e o mamilo;
- 4) Relação entre o tecido mamário e a pele;

5) A qualidade da pele.

O tamanho da prótese a ser incluída, também, é fator preponderante na escolha da ressecção de pele.

Dependendo das variantes, ptose do mamilo e ptose do pólo inferior, cada mama deve ter uma marcação própria, pela qual se desenvolveu uma classificação em graus de I a V, conforme a Figura 1.

CONFECÇÃO DO RETALHO NA MAMA PRIMÁRIA

Na confecção do retalho, é realizada uma incisão no músculo peitoral maior, no sentido das suas fibras, 3 cm acima do bordo inferior, seguindo até próximo à axila, sendo afastado do tórax junto com o tecido glandular, seccionando sua inserção esternal e formando assim um espaço submuscular, no qual será introduzido o pólo inferior da prótese. Acima dessa incisão, a prótese é posicionada supramuscular.

Assim, é formado um duplo espaço para a prótese: no pólo inferior submuscular e no pólo superior subglandular.

Figura 3 – Pré e pós-mama grau II com inclusão de prótese 235 cc em duplo espaço.



Figura 4 - Pré e pós-mama grau IV com inclusão de prótese 255 cc em duplo espaço.



RESSECÇÃO DE PELE, SEGUNDO O GRAU DA PTOSE

A demarcação abaixo refere-se à mama primária, sendo que a mama secundária ou substituição de prótese pode estar incluída em qualquer um dos graus abaixo:

GRAU I

Apenas inclusão da prótese por via transareolar perimamilar, sem ressecção de pele.

GRAU II

Ressecção em elipse no pólo inferior, estendendo-se do sulco inframamário até a aréola ou até o mamilo, quando necessita-se de redução da auréola.

Dependendo do tamanho da prótese, não há ressecção de pele.

GRAU III

Excisão de pele em elipse vertical, do ponto A até o sulco inframamário, demarcando a cicatriz final peri-areolar e vertical.

GRAU IV

Excisão de pele, no sentido vertical e horizontal, resultando em uma cicatriz em L ou em T invertido pequeno.

Vertical: em elipse do ponto A até o sulco inframamário.

Horizontal: em elipse no sulco inframamário.

GRAU V

Ressecção de pele com a marcação do "T" invertido.

Confecção de dois retalhos de tecido glandular no pólo inferior, os quais serão suturados cruzados (Figura 1).

Substituição de Prótese

a) Prótese Submuscular

- ✓ Confecção de um espaço subglandular, incisão do músculo peitoral 3 cm acima do bordo inferior, no sentido de suas fibras e inserção esternal;
- ✓ Retirada da prótese;
- ✓ Incisão da cápsula posterior, com descolamento do tórax, à qual será suturada a cápsula anterior e o retalho do músculo peitoral, aumentando assim a base de sustentação da prótese.

b) Prótese Subglandular

- ✓ Retirada da prótese;

Figura 5 – Pré e pós-mama com prótese submuscular 215 cc.
Substituição de prótese do mesmo volume em duplo espaço.

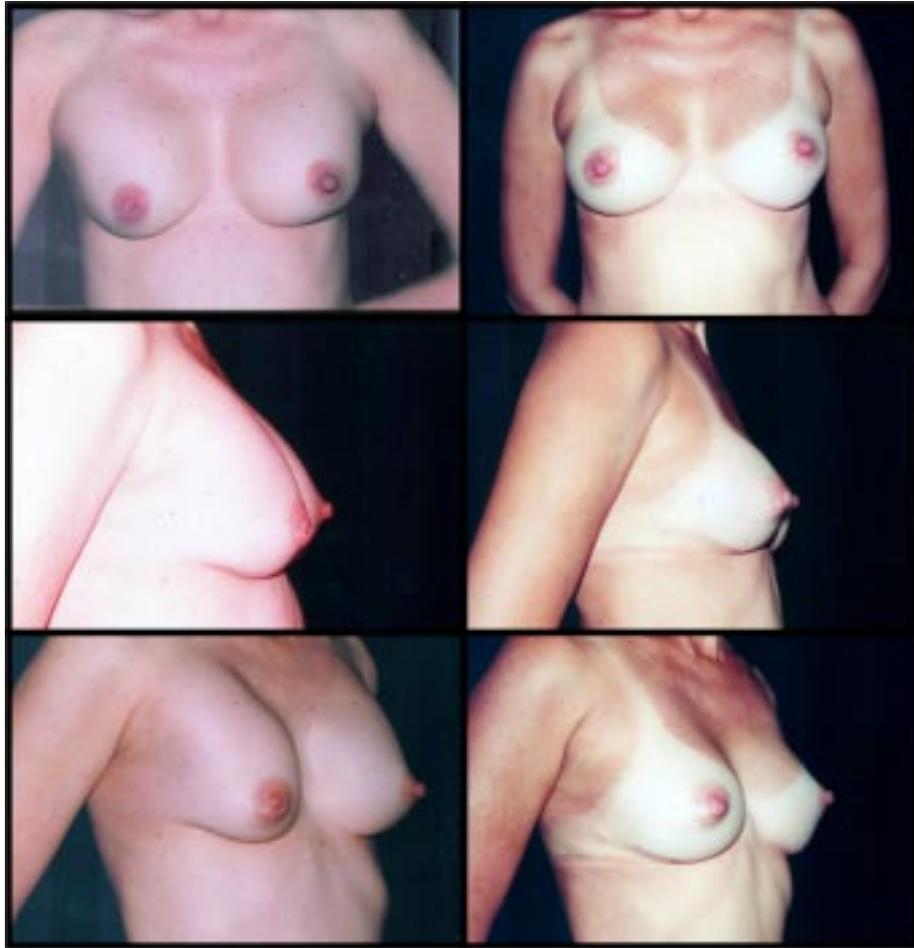


Figura 6 – Pré e pós-prótese 255 cc subglandular ptosada e cicatriz fora do sulco.
Substituição por 325 cc em duplo espaço com reposicionamento da cicatriz num novo sulco.



- ✓ Incisão da cápsula posterior e do músculo, no sentido de suas fibras a 3 cm acima do pólo inferior;
- ✓ Elevação do músculo no seu pólo inferior, o qual será suturado concomitantemente com a cápsula anterior, formando assim um duplo espaço no pólo superior pré-peitoral e no pólo inferior retro-peitoral (Figura 2).

RESULTADOS

Alguns casos são apresentados por meio de acompanhamento fotográfico no período pré e pós-operatório, nas posições de frente, perfil e oblíqua (Figuras 3 a 6).

DISCUSSÃO

Observando as pacientes com inclusão de próteses a longo prazo, percebe-se um grande número de resultados desfavoráveis, os quais deixavam as pacientes insatisfeitas, sendo em maior número nas próteses submusculares, tais como: maior número de ruptura da prótese, assimetrias, deslocamento da prótese para a axila ou para o pólo inferior, ptose do tecido glandular, causando duplo contorno do perfil. Nas próteses subglandular, consta-se ptose da prótese, prótese aparente, bordo inferior palpável e Rippling no pólo superior. Diante disso, desenvolveu-se um novo posicionamento dessa prótese, não sendo somente submuscular ou subglandular, usando das vantagens dos dois planos e eliminando as desvantagens dos mesmos, obtendo assim uma grande melhora nos resultados e reduzindo o número de resultados desfavoráveis.

CONCLUSÃO

Os resultados observados a médio e longo prazo comprovam a eficiência da técnica de *Inclusão de Prótese de Mama em Duplo Espaço*. Com isso, elimina-se grande parte dos resultados desfavoráveis, tanto no posicionamento subglandular quanto no submuscular, apresentando, como benefício adicional, melhor aceitação pelas pacientes em relação às técnicas anteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brand KG. Polyurethane-coated silicone implants and the question of capsular contracture. *Plast Reconstr Surg.* 1984;73(3):498.
2. Copeland M, Kressel A, Spiera H, Hermann G, Bleiweiss IJ. Systemic inflammatory disorder related to fibrous breast capsules after silicone implant removal. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(6):1179-81.
3. Daniel M. Mammoplasty with pectoral muscle flap. In: 64th American Annual Scientific Meeting;1995; Montreal. p.193-5.
4. Daniel MJ. Mamoplastia com retalho de músculo peitoral: uma abordagem dinâmica e definitiva para a ptose mamária. *Arq Catarinenses Med.* 1994; 23(supl. 1):37.
5. del Rosario AD, Bui HX, Petrocine S, Sheehan C, Pastore J, Singh J et al. True synovial metaplasia of breast implant capsules: a light and electron microscopic study. *Ultrastruct Pathol.* 1995;19(2):83-93.
6. Hester R. Discussion, diagnosis and treatment of complications occurring with polyurethane-covered breast implants. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86:711.
7. Ko CY, Ahn CY, Ko J, Chopra W, Shaw WW. Capsular synovial metaplasia as a common response to both textured and smooth implants. *Plast Reconstr Surg.* 1996; 97(7): 1427-35.
8. Letterman G, Shurter M. In: Georgiade, Georgiade & Rielkohl, editors. *A history of augmentation mammoplasty aesthetic. Surgery of the breast.* Philadelphia: WB Saunders;1990. p.41-7.
9. Mahler D, Hauben DJ. Retromammary versus retropectoral breast augmentation: a comparative study. *Ann Plast Surg.* 1982;8(5):370-4.
10. Melmed EP. Treatment of breast contractures with open capsulotomy and replacement of gel prostheses with polyurethane-covered implants. *Plast Reconstr Surg.* 1990; 86(2):270-4.
11. Park AJ, Chetty U, Watson AC. Patient satisfaction following insertion of silicone breast implants. *Br J Plast Surg.* 1996;49(8): 515-8.
12. Rebello C. Mamoplastia de aumento com próteses mamárias de silicone revestidas de poliuretano. *Rev Bras Cir Plast Est Reconstr.* 1993;8:58.
13. Slavin SA, Goldwyn RM. Silicone gel implant explantation: reasons, results, and admonitions. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95(1):63-9.
14. Sperli AE. Mastoplastia estética nas ptoses: o limite entre o uso de silicone e a mastopexia. *Cir Est Argent.* 1997;2:93.
15. Young VL, Nemecek JR, Nemecek DA. The efficacy of breast augmentation: breast size increase, patient satisfaction, and psychological effects. *Plast Reconstr Surg.* 1994;94(7): 958-69.