

Extrusão tardia de implante mamário de poliuretano

JOSÉ AURINO CAVALCANTI SARAIVA

Objetivo

O objetivo deste estudo é analisar a evolução desfavorável e atípica de uma paciente submetida a mastopexia de aumento com implante de poliuretano, que 3 anos após a cirurgia, em seguida a um trauma aparentemente de pequenas proporções, evoluiu com processo inflamatório que culminou com a exposição de um dos implantes. Procuramos fazer a correlação entre o comportamento da espuma de poliuretano com relação aos tecidos e as forças exercidas sobre o conteúdo da mama na mastopexia.

Método

Paciente de 23 anos de idade, branca, normotrófica, nulípara, com antecedentes de excesso de peso na adolescência, portadora de ptose mamária grau I pela classificação de Regnault, portadora de mamas de aréolas alargadas e de consistência glandular à palpação. A paciente foi colocada em posição ortostática e submetida a marcação do ponto A de Pitanguy, sobre a linha imaginária que une o mamilo ao ponto médio da clavícula ipsilateral. Sob anestesia local e sedação, por incisão periareolar inferior, foi realizada colocação de 2 implantes mamários redondos recobertos por poliuretano com volume de 235 cc, em plano retromamário. Após perfeito ajuste dos implantes às lojas e eliminação de todas as dobras, procedeu-se ao fechamento do parênquima por planos. A marcação do excesso de pele foi feita de forma periareolar, por pinçamento digital, tendo como refe-

rência superior o ponto A previamente marcado. Com o auxílio do areolótomo, delimitamos a nova aréola e ressecamos o anel de pele excedente. Para evitar o alargamento da nova aréola, realizamos uma sutura em bolsa de tabaco do bordo externo da área de ressecção cutânea com fio de poliglecaprona 3-0, de modo a realizar uma sutura final sem tensão.

Resultados

A paciente apresentou evolução satisfatória, tendo como única intercorrência *rush* cutâneo em ambas as mamas, manifestado 40 dias após o procedimento, que foi tratado com corticosteroide injetável de forma efetiva. Dez meses após a cirurgia, a paciente retornou com queixa de ligeiro incômodo na região medial da mama direita, cuja ultrassonografia evidenciava uma pequena dobra do implante na mesma topografia. Tratada com sintomáticos, evoluiu com resolução completa do quadro e recebeu alta. Dois anos e 9 meses após a intervenção cirúrgica, a paciente retornou ao consultório com queixa de eritema e dor localizados no quadrante superior interno da mama direita, cujo fator desencadeante foi um abraço forte, recebido 3 semanas antes. Até então, a paciente não havia procurado orientação médica, apenas se automedicava para controlar a dor. Ao exame, a paciente estava afebril e se observou área de eritema de aproximadamente 4 cm de diâmetro, na porção inferior do quadrante superior interno com dor à palpação, e significativo adelgaçamento da pele no

local e sinal de flutuação. Foi instituída antibioticoterapia oral e tópica e solicitado exame ultrassonográfico. A ultrassonografia evidenciou coleção líquida de aproximadamente 0,93 ml, adjacente à cápsula do implante. Dois dias após, a paciente evoluiu com ruptura da pele da área central da região inflamada, com drenagem espontânea de serosidade inodora em quantidade moderada. De comum acordo com a paciente, decidiu-se pelo explante bilateral e fistulectomia à direita. A cápsula do implante da esquerda estava intacta, ao passo que a do lado esquerdo havia sido consumida pelo processo inflamatório. Na amostra de coleção líquida enviada para cultura não houve crescimento bacteriano.

Conclusão

Nas mastopexias de aumento, a modelagem final do cone mamário é dada pelas ressecções de pele e suturas sob alguma tensão. Para que o implante mamário em seu interior se mantenha bem distribuído e com seu formato original, não obstante essas forças externas, se faz necessário que, além de uma loja confeccionada com alguma folga, o próprio implante tenha a capacidade de deslizamento e de adaptação em meio aos tecidos que o pressionam. A não ocorrência desse fato, como podemos inferir que ocorra com implantes de revestimento abrasivo, caso da espuma de poliuretano, favorece a formação permanente de dobras e fragiliza segmentos do parênquima mamário que o reveste, aumentando o risco de complicações.