

Impacto da mamoplastia redutora na sexualidade feminina

MAYARA MYTZI DE AQUINO SILVA, VANESSA CONTATO LOPES RESENDE, DANIELA FRANCESCATO VEIGA, MARIA JOSÉ BRITO, MIGUEL SABINO NETO, LYDIA MASAKO FERREIRA

Objetivo

O presente estudo tem o objetivo de avaliar o impacto da mamoplastia redutora na sexualidade de pacientes com hipertrofia mamária.

Método

Trata-se de ensaio clínico aleatorizado realizado entre maio de 2010 e maio de 2012, no ambulatório de Cirurgia Plástica da Mama da UNIFESP-EPM. Foram selecionadas 60 pacientes do sexo feminino, conforme os critérios de inclusão: idade entre 18 anos e 45 anos, índice de massa corporal (IMC) < 30 kg/m², presença de hipertrofia mamária pelos critérios de Sacchini (índice de Sacchini > 11), presença de hipertrofia mamária em 2 ou 3 graus pela classificação de Franco & Rebello, união conjugal estável, sem comorbidades ou uso crônico de medicamentos, e escolaridade > 5 anos. Não foram incluídas pacientes com gestação, parto ou lactação há menos de 1 ano, doenças sistêmicas ou uso crônico de medicamentos, tabagismo, analfabetas, cirurgia prévia na mama, e presença de assimetria mamária (diferença entre as médias direita e esquerda > 2 cm). O estudo foi cadastrado no Clinicaltrials.gov sob o número NTC01297621 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. As participantes do estudo assinaram termo de consentimento e foram divididas em 2 grupos de 30 pacientes de forma aleatória, em envelopes opacos selados. Na primeira avaliação, foram coletadas informações de dados demográficos, realizadas avaliações clínicas conforme os critérios de Franco & Rebello e Sacchini e aplicado o questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QSF). O QSF é um questionário autoaplicável, desenvolvido e

validado para a língua portuguesa em 2006. Contém 10 questões sobre atividade sexual, abrangendo 5 aspectos. Cada questão recebe nota de 0 a 5, mas a questão 7 tem uma pontuação reversa. A pontuação final é calculada pela soma das pontuações de cada questão multiplicada por 2, resultando em um índice total de 0 a 100. Quanto maior a pontuação, melhor o desempenho e a satisfação sexual. As pacientes do grupo controle responderam ao questionário na avaliação inicial e 6 meses após; as do grupo cirúrgico, na avaliação inicial e 6 meses após a cirurgia. A mamoplastia redutora foi realizada sob anestesia geral, com administração de antibioticoterapia profilática com cefalosporina de primeira geração uma hora antes do procedimento. Foi realizada marcação prévia, rígida e transferível para a mama contralateral, com preservação da placa areolopapilar por pedículo dermogorduroso superior (distância de transposição da placa areolar de até 9 cm) ou medial (distância de transposição da placa areolar > 9 cm). A cicatriz resultante foi em “T” invertido. A alta hospitalar ocorreu no primeiro dia de pós-operatório e os retornos foram semanais no primeiro mês e mensais no primeiro trimestre; no sexto mês foi feita documentação fotográfica e aplicação do QSF.

Resultados

Houve perda de uma das participantes no estudo por falta aos retornos ambulatoriais. A idade das pacientes variou de 19 anos a 43 anos (mediana, 32 anos) no grupo controle e no grupo cirúrgico, de 22 anos a 45 anos (mediana, 34 anos) (P = 0,50). O IMC variou de 22,1 kg/m² a 28,6 kg/m² (mediana, 25,9 kg/m²) no grupo controle e no grupo cirúrgico, de 21,8 kg/m² a 28,4 kg/m² (mediana,

25,6 kg/m²) (P = 0,98). O índice de Sacchini apresentou média de 15,6 cm no grupo cirúrgico, variando entre 10 cm e 21 cm, e de 15,5 cm no grupo controle, variando entre 10 cm e 22 cm (P = 0,67). Em 12 (20%) pacientes, foi necessário confeccionar pedículo medial para o complexo areolopapilar; nas demais, o pedículo foi superior. A mediana de peso ressecado de tecido mamário foi de 522,5 g (entre 162 g e 1314 g) no grupo controle, e de 414,5 g (entre 152 g e 1.275 g) no grupo cirúrgico (P = 0,01). Não houve casos de necrose total da placa areolopapilar, hematomas ou infecção. As complicações precoces (até 21 dias) incluíram necrose parcial (< um terço) de aréola em 5 pacientes, deiscência de sutura < 2 cm em 4 e deiscência de sutura > 2 cm em 3 pacientes, sendo 2 dessas associadas a trauma local antes de ocorrer a deiscência. Como complicações tardias, observaram-se redundância de pele (orelhas) em 6 pacientes, cicatriz hipertrófica em 1 paciente e dor persistente na mama em 1 paciente. Ocorreu trombose venosa profunda em 1 paciente, 90 dias após o procedimento. Os dois grupos não apresentaram diferença em relação à função sexual no momento inicial. Na avaliação intragrupo, observou-se melhora significativa da função sexual, após 6 meses, no grupo cirúrgico, e nenhuma diferença entre os dois momentos de aplicação no grupo controle. Na avaliação intergrupos, houve diferença estatisticamente significativa no grupo cirúrgico quando comparado ao grupo controle.

Conclusão

Pacientes portadoras de hipertrofia mamária submetidas a mamoplastia redutora apresentaram melhora da função sexual após a cirurgia.