

Mastoplastia de aumento por via abdominal

ROBERTO LUIZ SODRÉ, JOSÉ AUGUSTO CALLI, LEONARDO GABEIRA SECCO,
DACIO YOSHIKASU OGATA, RAIDEL DEUCHER RIBEIRO, BRUNO HENRIQUE PAGNONCELLI

Introdução

Poucos estudos foram publicados sobre o tema mastoplastia de aumento através da abdominoplastia. Hinderer (1975), Planas (1976), Barrett (1980), Paoliello (2006) e Bhatt (2009) realizavam túneis por divulsão romba, a partir da dermolipectomia abdominal, para inclusão de implantes mamários. Wallach (2004) e Rinker (2007) utilizaram afastadores luminosos para produção dos túneis subcutâneos, descolamento retromuscular e subglandular, e introdução dos implantes de silicone por via abdominal, evitando também as cicatrizes em mamas ou axilas. A diversidade das mamas quanto a forma, quantidade e qualidade do tecido glandular e cutâneo, bem como um abdome flácido, fazem com que a procura por cirurgias plásticas 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 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 às pacientes portadoras de hipotrofia mamária sem ptose ou com pseudoptose e abdome em avental. Portanto, a inclusão dos implantes através da incisão da abdominoplastia atinge tais objetivos, sem cicatrizes na região torácica e sem aumento do tempo operatório.

Objetivo

Descrever técnica de introdução de implante mamário de silicone gel através de abdominoplastia.

Método

Entre setembro de 2001 e junho de 2013, foram selecionadas 51 pacientes com diagnóstico de hipomastia sem ptose ou com pseudoptose (classificação de Regnault) e abdome flácido grau V (classificação de Bozola & Psillakis), submetidas a mastoplastia de aumento por meio da abdominoplastia. A faixa etária das pacientes variou de 20 anos a 56 anos, com média de 35 anos, com índice de massa corporal médio de 23,9 kg/m². No pré-operatório, a maioria das mulheres tinha passado por uma ou mais gestações e apresentava estado físico ASA I (46/50) e ASA II (4/50). A marcação foi realizada com a paciente em posição sentada, demarcando-se uma linha arqueada, seguindo a dobra da pele abdominal. Posteriormente, em posição supina, foi traçada uma linha transversa na região pubiana, 7 cm acima da comisura vulvar, seguindo a dobra inguinal até a proximidade das espinhas ilíacas anteriores, conforme o excesso de pele apresentado. Os limites das mamas e o sulco mamário foram definidos e, a partir dos arcos costais, delimitados 2 túneis separados em direção às aréolas, com 6 cm de largura.

Resultados

Durante o período mencionado de 12 anos, foram realizadas mastoplastias de aumento por meio da abdominoplastia em 50 pacientes, correspondendo a 100 procedimentos, em 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, perfis alto e superalto, e volumes mínimo de 200 ml e máximo de 530 ml, com média de 295 ml. O peso da peça

abdominal ressecada variou de 290 g a 2.160 g, com média de 738 g. O tempo de internação hospitalar foi de 24 horas. As técnicas anestésicas utilizadas foram de anestesia geral em 36% das pacientes e de bloqueio espinal em 64%. Lipoaspiração associada foi realizada em 17 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, com excelente projeção, formato natural, consistência firme e sem cicatrizes nas regiões mamárias ou axilares. Tivemos o registro de 17 complicações, em 50 pacientes. Na região abdominal, houve 1 caso de seroma, 2 hematomas (que não necessitaram de revisão cirúrgica), 7 casos de pequenas deiscências e 4, de cicatrizes hipertróficas. Duas mulheres desenvolveram contratura capsular unilateral Baker II e 1 paciente apresentou infecção em sítio mamário. 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 (também considerada a via axilar), com colocação de novo implante de silicone gel, em outro tempo cirúrgico.

Conclusão

A inclusão de implantes de silicone gel por meio da abdominoplastia é um procedimento seguro, confiável, com tempo operatório reduzido, curva de aprendizado curta e boa reprodutibilidade. Essa técnica proporciona resultados estéticos e duradouros, cicatriz abdominal baixa e ausência de cicatrizes nas regiões mamária ou axilar, sendo mais uma opção com nível de excelência no arsenal da cirurgia plástica.