

# Retalho fascioadenocutâneo areolado para mamoplastia

GUSTAVO MOREIRA COSTA DE SOUZA

## Objetivo

Descrever a dissecação de retalho mamário fascioadenocutâneo areolado e inervado para mamoplastia. A técnica baseia-se na combinação de conceitos já existentes, como septo mamário horizontal, pedículo dérmico, dissecação mamária no plano subfascial, e preservação da unidade areologlandular e dos dois sistemas neurovasculares, superficial e profundo.

## Método

No período de agosto de 2009 a maio de 2011, submetem-se a mamoplastia com retalho fascioadenocutâneo areolado 13 pacientes, entre 15 anos e 58 anos (média de idade de 30,7 anos), altura entre 153 cm e 166 cm, índice de massa corporal (IMC) entre 21 kg/m<sup>2</sup> e 29,7 kg/m<sup>2</sup> (IMC médio: 23,95 kg/m<sup>2</sup>), com queixa de ptose, hipertrofia e/ou assimetria mamária. Registraram-se as seguintes distâncias: fúrcula esternal-mamilo e mamilo-sulco inframamário. A soma dessas distâncias em cada mama e as diferenças entre as distâncias antes e após o ato operatório (90 dias) foi calculada. Registraram-se também a quantidade ressecada de tecido mamário e o relato subjetivo das pacientes quanto à percepção de alteração de sensibilidade do complexo areolopapilar (CAP) uma semana após a cirurgia. Como critério de exclusão, estabeleceu-se IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> e amamentação interrompida há menos de 6 meses. Quanto à ptose mamária, estabeleceu-se a soma das distâncias < 29 cm como ausência de ptose. Não se estabeleceu um limite superior de ptose mamária para contraindicação desse retalho. Incisão em mama conforme marcação prévia, respeitando a distância de 20 cm a 21 cm da fúrcula ao mamilo. Decorticação peria-reolar (manobra de Schwarzmans).

Incisão cutânea sobre a marcação com azul de metileno padrão “Wise”, com ressecção de pele, conforme o excesso de tecido, de modo a estabelecer no final cicatriz vertical de 6 cm até sulco inframamário. Ressecção em cunha de porções lateral e superior da glândula mamária. Respeita-se a fásia profunda da parede torácica e dissocia-se um pilar lateral de espessura fina do restante da glândula mamária. Ressecção de porção medial da glândula mamária. Dissocia-se um pilar medial de espessura fina do restante da glândula mamária e também preserva-se a fásia profunda sobre o músculo peitoral. Ressecção do excesso do tecido caudal. Dissecação da glândula mamária no plano subfascial na porção medial e cranial do músculo peitoral maior com ablação das artérias perfurantes diretas do músculo peitoral maior nessa região e das perfurantes inframamárias subdérmicas (caudais à incisão inframamária). Mobilização do tecido mamário em monobloco (retalho fascioadenocutâneo areolado) com avanços medial e cranial, de modo a preencher os polos superior e medial da mama. Com o auxílio de pinças, simula-se o novo cone mamário. Prossegue-se com revisão da hemostasia e sutura do CAP e dos pilares mamários, com cicatriz final em “T” invertido, sem colocação de drenos. O retalho mamário permanece com pedículo neurovascular amplo em toda sua extensão lateral (ramos intercostais profundos laterais) junto à parede torácica e com pedículo cranial do sistema superficial (ramos intercostais anteriores superficiais) com descolamento subfascial.

## Resultados

Nas 26 mamas operadas, a distância fúrcula esternal-mamilo variou entre 23 cm e 33 cm (média de 26,8 cm), a

distância mamilo-sulco inframamário variou entre 10 cm e 14 cm (média de 12,15 cm), a soma das duas distâncias variou entre 35 cm e 47 cm (média de 38,96 cm), e a diferença entre as somas de antes a após a cirurgia variou entre 3,5 cm e 12,5 cm (média de 8,74 cm). A ressecção de tecido mamário variou entre 58 g e 1.890 g (média de 501,57 g). Todas as pacientes apresentaram satisfação com a cirurgia, quanto a forma, volume e simetria. De todas as mamas operadas (26), em 7 (30%) obteve-se relato subjetivo de alteração/ausência de sensibilidade do CAP, na primeira semana de evolução pós-operatória. Nas demais 19 mamas, as pacientes negam alteração subjetiva de sensibilidade perceptível por elas. A paciente com a maior ressecção tecidual (1.890 g) refere aumento da sensibilidade das mamas e contração do CAP/ereção do mamilo. Não houve nenhum caso de necrose do CAP, hematoma, nem infecção em sítio operatório. Aguardam ainda reavaliação e possível ressecção um ano após o procedimento. No seguimento tardio, cicatrização hipertrófica ocorreu em 4 mamas. Mais de 80% das mamas operadas (n = 22) apresentaram pseudoptose (distância mamilo-sulco inframamário > 8 cm) (média de 9,8 cm) à custa de avanço cranial da cicatriz inframamária. Até o momento, nenhuma das pacientes, a exceção de uma, solicitou revisão ou ressecção de pele para tratamento da pseudoptose.

## Conclusão

Nesta série de casos, o retalho fascioadenocutâneo areolado inervado da mama demonstrou viabilidade com preservação de função, segurança e versatilidade. Observou-se grande satisfação das pacientes operadas com o resultado alcançado quanto a forma, volume e simetria.