

Retalho superior retroareolar: uma técnica simples para aréolas difíceis

RODRIGO FONTANA, CHANG YUNG CHIA, DIEGO ANTONIO ROVARIS, BARBARA MARIA MACHADO TINOCO FEITOSA ROSAS, MARCELO DE ARAÚJO SOUZA, FRANCISCO MATEUS DANTAS CARNEIRO SOUTO

Introdução

A hipermastia ou hipertrofia mamária caracteriza-se pelo aumento exagerado do volume mamário e, geralmente, está associada ao descenso do complexo areolopapilar (CAP), o que acarreta um aspecto inestético às mamas. O tamanho, o formato e a posição do CAP são aspectos dos mais importantes na estética da mama. A manobra para seu reposicionamento ou ascensão, preservando a sensibilidade e a viabilidade vascular, frequentemente é a etapa mais difícil da cirurgia de mamoplastia redutora ou mastopexia. Outro desafio é a manutenção a longo prazo da mama com projeção anterior e em formato cônico. Para solucionar esses problemas, um grande número de técnicas tem sido empregado, mesclando várias manobras e incorporando diversas abordagens pessoais.

Objetivo

O presente artigo tem como objetivo apresentar uma abordagem que simplifica as etapas da cirurgia, baseada em dois retalhos superiores: anterior areolado, de pedículo superior, lateral ou medial, que apresenta fina espessura e pouco volume, para facilitar seu reposicionamento e diminuir a tensão; e superior retroareolar, volumoso, para preenchimento central da mama e melhor definição do “cone” mamário. O resultado estético e a segurança da técnica são analisados.

Método

Análise retrospectiva do período de um ano com 14 pacientes do sexo feminino, portadoras de hipertrofia mamá-

ria, submetidas a mamoplastia redutora utilizando-se a técnica do retalho superior retroareolar. O grau de hipertrofia e o volume ressecado de cada mama não foram mensurados. A avaliação dos resultados, baseados no nível de satisfação das pacientes e do autor, foi classificada em ótimo, bom, regular ou insatisfatório. Os critérios de segurança da técnica foram a perfusão do CAP e a taxa de complicações. A técnica é indicada para mamoplastia redutora, de difícil ascensão do CAP, que geralmente compreende mamas densas, de predomínio glandular, com pouca mobilidade do CAP e provável necessidade de rotação da aréola para seu reposicionamento. A marcação das mamas é feita de maneira clássica para mamoplastia redutora, com cicatriz final em T invertido. Inicia-se com a desepitelização periareolar em área previamente delimitada (manobra de Schwartzman), seguida da ressecção do tecido mamário, envolvendo os polos lateral, medial e inferior, de acordo com o volume desejado. Em sequência, realiza-se a dissecção do plano retroglandular até a extensão necessária para o enchimento do polo superior pelo retalho retroareolar. Definidos o formato e o volume mamários, o retalho superior é dividido em um segmento anterior areolado fino, de 1 cm a 2 cm de espessura. O pedículo desse retalho é definido pela maior distância da aréola ao pivô de rotação. Simultaneamente, resulta-se em um retalho posterior ou retroareolar adiposo-glandular volumoso, que será acomodado e fixado no polo superior da mama, no nível do segundo espaço intercostal. Ao ascender

o retalho retroareolar, o fechamento dos pilares lateral e medial é automático, moldando o cone mamário. Finalmente, após a determinação da posição desejada do CAP, o retalho areolado é rodado e fixado superiormente. Conclui-se a cirurgia com a síntese de toda a extensão da incisão.

Resultados

Do total de pacientes submetidas à técnica do retalho superior retroareolar, não se identificou nenhum caso de comprometimento vascular do CAP. Entretanto, foi observada discreta palidez do CAP nas primeiras horas quando o mesmo era nutrido por pedículo lateral. Deiscência da sutura cutânea na junção das incisões vertical e horizontal ocorreu em 4 (28,6%) pacientes. Quanto à manutenção do formato da mama, todos os casos operados mantiveram a forma cônica desejada durante o período de observação. Na avaliação feita pelas pacientes, 28% dos resultados foram classificados como ótimos e 71,4% como bons. Na avaliação feita pelo autor, 14,4% foram classificados como ótimo, 42,8% como bom e 42,8% como regular.

Conclusão

A técnica descrita é indicada para casos de ascensão areolar difícil, tendo a vantagem de ser extremamente simples, resumida a poucas etapas. Apresenta bons resultados estéticos e sem comprometimento vascular do CAP, sendo, portanto, comparável às outras técnicas aplicadas, que se propõem a tratar mamas de ascensão difícil do CAP.