

Revisão de 7 anos de mamoplastias de aumento: várias vias de acesso, planos de inclusão, tipos de prótese e os mesmos problemas

RAFAEL QUARESMA DE LIMA, JEFFERSON DI LAMARTINE, JULDÁSIO GALDINO DE OLIVEIRA JÚNIOR, JOÃO PEDRO PONTES CAMARA FILHO, MARINA DE SOUZA BORGATTO, DHYEGO MOLINARI DI CASTRO CURADO

Objetivo

Avaliar os resultados e as complicações pós-operatórias de pacientes submetidas a colocação de implantes mamários nos últimos 7 anos, demonstrando as convicções do cirurgião baseadas em sua experiência clínica, segundo técnicas tradicionais de mamoplastia com próteses.

Método

Realizou-se revisão retrospectiva dos prontuários das pacientes submetidas a colocação de implantes mamários nos últimos 7 anos. Consideraram-se aptas somente aquelas pacientes que tinham prontuários completos, bem redigidos e com fotos pré e pós-operatórias. Foram excluídas as pacientes que não preenchiam os critérios de inclusão, assim como as que utilizaram próteses nas reconstruções de mama. Diversos dados, como idade, comorbidades, via de acesso, plano de colocação da prótese, volume e material das próteses e complicações, foram avaliados. Todas as cirurgias foram realizadas por um mesmo cirurgião. O tipo de revestimento da prótese, as vias e os planos de colocação foram definidos após minuciosas avaliações física e clínica. A escolha da via de acesso obedecia às preferências das pacientes, porém de acordo com critérios técnicos. Pacientes com ptose grau II ou mais e complexos areolopapilares (CAP) abaixo do “equador das mamas” tiveram indicação para masto-

pectia. Pacientes sem ptose ou com ptose grau I tiveram indicação para colocação de implantes mamários sem mastopexia. Em pacientes após cirurgia bariátrica e naquelas com pele de qualidade ruim (peles finas, com estrias ou pouca elasticidade), optou-se, na maior parte das vezes, pelo plano submuscular, para evitar as ptoses e pseudoptoses precoces. Nesses casos, realizou-se exérese do tecido mamário dos polos inferiores para evitar a dupla mama. A migração do CAP nas mastopexias foi com pedículo superior na maioria dos casos, resguardando o pedículo de Silveira-Neto para os CAPs muito baixos. A montagem das mamas e sínteses da pele foi feita com fios inabsorvíveis de náilon 3.0, 4.0 e 5.0. Todas as pacientes receberam alta com drenos, que foram retirados entre o 3º e o 7º dias de pós-operatório (critério de retirada: volume < 50 ml em 24 horas e secreção serosa clara). A escolha da técnica anestésica foi definida entre o cirurgião e a paciente.

Resultados

Foram encontrados 239 prontuários, sendo excluídos 122 (60 prontuários por não contemplarem análise adequada e/ou por ausência de fotos pré e pós-operatórias, e 62 por serem de pacientes submetidas a reconstrução de mama com utilização de próteses). Logo, 117 pacientes preencheram os critérios de inclusão. Foram implantadas 234 próteses, das quais 52,99% eram de poli-

retano. A maior parte das próteses tinha entre 251 ml e 300 ml (37,17%) e entre 301 ml e 350 ml (29,05%). As principais complicações pós-operatórias encontradas foram cicatrizes hipertróficas (11,11%), deiscência mínima (4,27%), assimetria (4,27%) e *rippling* (3,41%). Houve 3 (2,56%) casos de contratura capsular. Foram reoperadas 7 pacientes, e em 2 casos realizou-se troca de prótese com capsulectomia e/ou capsulotomia em virtude de contratura capsular. Duas pacientes foram submetidas a retirada das próteses, em decorrência de infecção. Duas correções de cicatriz e 2 aspirações de seroma foram realizadas em regime ambulatorial. Uma das pacientes que teve as próteses removidas foi submetida a aspiração de um seroma, diagnosticado por ecografia mamária, com cultura positiva para germe hospitalar (*P. aeruginosa*).

Conclusão

A importância da seleção do tipo de prótese e do planejamento cirúrgico adequados da paciente não deve ser negligenciada. A *expertise* do cirurgião que domina um arsenal de vias de acesso e técnicas cirúrgicas tende a produzir resultados satisfatórios e com baixas taxas de complicação. O criterioso planejamento cirúrgico aliado à escolha individualizada do tipo de prótese para cada grupo de pacientes e uma boa técnica cirúrgica tendem a maximizar resultados e minimizar eventos adversos.