

Toracobraquiomamoplastia

JOSÉ DALVO MAIA NETO, ISAAC ROCHA FURTADO, RUSSEN MOREIRA CONRADO

Objetivo

Os autores apresentam técnica que oferece padronização. Inicialmente é realizada mamoplastia (pela técnica de Pitanguy ou com aposição de prótese mamária), seguida por toracoplastia, com retirada do excesso de pele na lateral do tórax e compensação dos retalhos, e, finalmente, por braquioplastia, realizada com desenho retilíneo na parte mais inferior dos braços.

Método

Este trabalho, realizado no período de 2011 a 2012, incluiu 4 pacientes do sexo feminino, com idades variando de 27 anos a 63 anos (média de idade, 46 anos). Em uma única cirurgia foram realizadas mamoplastia, toracoplastia e braquioplastia. A marcação prévia da paciente foi feita em ortostase, um dos aspectos mais importantes da técnica. Os braços ficam abertos a 90 graus e os antebraços são mantidos na posição vertical. A marcação é iniciada pela mama, conforme a técnica de Pitanguy, mas com os pontos AB e AC maiores que o normal e o ponto AC sempre 1 cm maior que o AB. Na região lateral da mama, na altura da linha axilar anterior, inicia-se a ascensão da marcação, sendo feita marcação, com pinçamento manual, da quantidade de pele que pode ser retirada. A marcação é curvilínea e em direção à prega axilar posterior e a parte lateral é sempre bem maior que a medial, sendo necessários pontos de referência perpendiculares (cerca de 3) para que não haja compensação errônea no final da cirurgia. Na região da axila, reduzimos a marcação da retirada de pele para 1 cm a 2 cm, para evitar bridas axilares no pós-operatório tardio. A partir da linha axilar

posterior traçamos uma linha reta até a região do epicôndilo medial do cotovelo, pelas regiões anterior e posterior do braço, fazendo sempre um pinçamento digital para verificar a possibilidade de fechamento dos dois lados. Toda pele retirada a partir da parede lateral do tórax até o cotovelo pode ser abordada como uma grande “orelha” lateral da mamoplastia. A cirurgia é feita sob anestesia geral, sendo realizada infiltração da mama com uma solução de 120 ml de soro fisiológico, 40 ml de xilocaina e uma ampola de adrenalina, com o intuito de diminuir o sangramento e a quantidade de anestésico venoso injetado. Nos casos em que ainda exista panículo adiposo abundante, pode ser realizada lipoaspiração prévia no retalho a ser retirado da região do tórax e do braço. Os tempos cirúrgicos seguem uma ordem. Inicialmente é realizada a mamoplastia; após a mama montada, segue-se para a toracoplastia, fazendo a dermolipectomia e a compensação dos retalhos. Finalmente, enquanto um cirurgião termina a sutura da mama, é realizada a braquioplastia. A sutura é feita com fio monocryl 3-0, nos pontos de maior tensão, e fio monocryl 4-0, nos pontos subdérmicos e intradérmicos. Finalmente, é realizada microporação com tiras bem finas, gazes simples e acolchoadas. Nas mamas é colocado sutiã cirúrgico e nos braços, ataduras com compressão moderada. Drenos de Penrose nº 2 são colocados nas mamas, apenas quando a mamoplastia é realizada sem colocação de prótese de silicone, sendo retirados após 24 horas.

Resultados

Os 4 casos foram avaliados quanto a tempo cirúrgico, localização das cicatrizes,

forma final e simetria. Dentre as complicações foram observadas deiscências parciais (25%) e cicatrizes hipertróficas (25%). O resultado estético foi satisfatório para as pacientes em 75% dos casos. A qualidade da cicatrização da paciente, queleide ou cicatrizes hipertróficas foram as maiores causas de insatisfação. Em caso de estenose, cicatriz hipertrófica ou queloidiana, é realizada compressão com um molde de silicone; quando a cicatriz fica alargada, retiramos pequenas cunhas, superior e/ou inferior, 6 meses após o procedimento. Em caso de queleide, é realizada infiltração com triancinolona 20 mg (< 1 ml), com intervalos de 1 mês, sendo em geral necessárias 3 aplicações. Epidermólises superficiais podem ocorrer, necessitando de pequenos debridamentos, que não alteram o resultado estético final. Houve 1 caso de necrose completa do umbigo, em uma paciente ex-obesa portadora de hérnia incisional umbilical, em que foi feita hernioplastia pelo cirurgião geral. Não houve casos de mau posicionamento ou de lateralizações do umbigo.

Conclusão

O tempo cirúrgico médio e os resultados desses 4 casos nos deixaram otimistas quanto à abordagem em um único tempo cirúrgico da toracobraquiomamoplastia, em que a incisão única e a região operada mais setorizada no segmento superior do corpo (segmento 2) resultam em melhor associação que a mamoplastia com abdominoplastia, com recuperação no pós-operatório mais rápida, ficando a região abdominal (segmento 3) para outro tempo.