

Incisão periareolar em zigue-zague modificada: técnica alternativa para mastoplastia de aumento

Modified zigzag periareolar incision: alternative technique for augmentation mammoplasty

RUTH GRAF¹

ADRIANA SAYURI KUROI

ASCENÇO²

IVAN MALUF JUNIOR²

MARLON CAMARA LOPES²

ISIS JULIANE GUAREZI NASSER²

PRISCILA BALBINOT²

RENATO DA SILVA FREITAS³

RESUMO

Mastoplastia de aumento é uma das cirurgias mais realizadas em todo o mundo. Variáveis como tamanho e localização do implante, bem como o tipo de incisão, influenciam o resultado final. A abordagem periareolar é bem conhecida e difundida, porém sua cicatriz pode, muitas vezes, ser motivo de insatisfação da paciente. Uma modificação da técnica periareolar é apresentada, com incisão em zigue-zague, para mamoplastias de aumento, permitindo a obtenção de cicatrizes imperceptíveis. A técnica descrita é uma excelente alternativa para mastoplastia de aumento, proporcionando resultado estético satisfatório, com cicatriz camuflada na transição da pele periareolar com o complexo areolopapilar, que é naturalmente irregular.

Descritores: Mamoplastia. Implantes mamários. Cicatriz.

ABSTRACT

Augmentation mammoplasty is one of the most common surgeries worldwide. Variables such as implant size and location as well as incision type influence the final result. The periareolar approach is well known and disseminated; however, the resulting scar is a common reason for patient dissatisfaction. We present a modified periareolar technique using a zigzag incision that results in invisible scars after augmentation mammoplasty. The technique described here is an excellent alternative for augmentation mammoplasty and has an esthetic satisfactory result with imperceptible scars in the periareolar skin of the nipple-areola complex, which is naturally irregular.

Keywords: Mammoplasty. Breast implantation. Cicatrix.

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 31/7/2012

Artigo aceito: 10/3/2013

INTRODUÇÃO

A mastoplastia de aumento pode ser realizada por meio de várias abordagens cirúrgicas. A definição do local da incisão para o acesso cirúrgico é uma importante decisão técnica, juntamente com localização, tamanho, forma e textura do implante. Todas essas variáveis contribuem para o resultado final do procedimento¹.

Desde o advento da mastoplastia de aumento através de uma incisão inframamária com emprego de implantes preenchidos com gel de silicone coesivo², múltiplas abordagens cirúrgicas têm sido amplamente descritas³⁻⁵. As mais populares são as incisões inframamária, periareolar e axilar e as abordagens menos comuns são a periumbilical e a transareolar. Todas essas técnicas têm suas vantagens e desvantagens⁶⁻⁸.

1. Cirurgiã plástica, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), professora adjunta do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil.
2. Médico residente em Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital de Clínicas da UFPR, Curitiba, PR, Brasil.
3. Cirurgião plástico, membro titular da SBCP e da Associação Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial, chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas da UFPR, Curitiba, PR, Brasil.

A incisão inframamária permite acesso direto ao plano de colocação, e confere uma cicatriz bastante curta (4 cm a 5 cm) e posicionada no sulco inframamário. É o acesso mais utilizado pelos cirurgiões plásticos brasileiros. A incisão axilar é advogada por vários autores, com o intuito de evitar cicatrizes na mama. Pode ser realizada sob visão direta ou com o auxílio de endoscópio e a cicatriz resultante, em forma de “S”, mede de 3 cm a 4 cm.

As incisões areolares podem ter formas distintas. A incisão periareolar inferior é utilizada principalmente quando é necessária a retirada de nódulos mamários ou quando a paciente deseja.

O princípio da cicatriz geométrica tem sido descrito para incisões periareolares, alcançando excelentes resultados^{3,9}.

O objetivo do presente artigo é apresentar uma forma de abordagem alternativa para mastoplastia de aumento com técnica periareolar, com incisão em zigue-zague.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Marcações pré-operatórias são realizadas com a paciente na posição ortostática. Marca-se a área de descolamento para confecção da loja para colocação do implante, deixando aproximadamente 1,5 cm da linha média para o descolamento medial, com a finalidade de evitar sinmastia. A incisão periareolar geométrica, em zigue-zague, é realizada no semicírculo inferior da aréola, tomando-se cuidado para que a marcação não se estenda para a pele adjacente ao complexo areolopapilar.

Quanto menores as formas geométricas, mais camuflada ficará a cicatriz, optando-se por deixar a base do triângulo ao redor de 0,5 cm. Outro detalhe importante da marcação é o término da incisão em zigue-zague, na posição correspondente às 3h00 e às 9h00, voltado para o complexo areolopapilar, para evitar possíveis danos à pele ao redor da aréola durante o afastamento para colocação do implante (Figura 1). Assim, possíveis ampliações acidentais da incisão decorrentes do afastamento ficarão restritas à pele da aréola e poderão ser mais facilmente camufladas.

Após a preparação da infiltração da pele com bupivacaína e adrenalina, a incisão é realizada na derme e no tecido subcutâneo. No tecido celular subcutâneo e no tecido glandular, a incisão é oblíqua superior, até alcançar a fáscia do músculo peitoral maior ao nível da aréola. Nesse ponto, o plano do implante é dissecado, conforme a preferência do cirurgião. Após hemostasia adequada e inserção do implante, a incisão é fechada por planos. Os picos e depressões da linha em zigue-zague em cada lado são fechados com pontos de Gilles, com fio mononáilon 5-0.

DISCUSSÃO

A abordagem em zigue-zague é realizada em todas as pacientes com indicação de mastoplastia de aumento

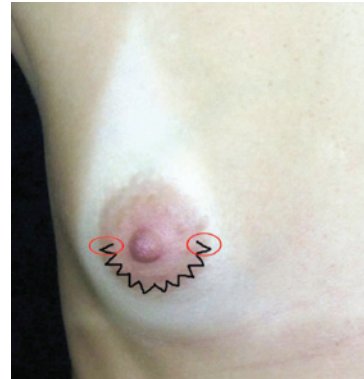


Figura 1 – Desenho esquemático da marcação em zigue-zague. A marcação se restringe à pele da aréola, não se estendendo para a pele periareolar. Detalhe do término da marcação voltado para o centro do complexo areolopapilar, para evitar possíveis cicatrizes inestéticas em eventual ampliação inadvertida da incisão durante o afastamento para colocação do implante.

periareolar, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Não observamos, em nossa casuística, complicações pós-operatórias como atraso na cicatrização, cicatrizes hipertróficas ou alterações de pigmentação.

Da mesma forma, no seguimento pós-operatório não foram constatados casos de contratura capsular, nem queixas quanto à perda de sensibilidade do complexo areolopapilar.

Além da escolha da abordagem cirúrgica, é importante mencionar alguns princípios básicos relacionados à cicatrização. Em determinadas situações, apesar dos esforços para otimizar a cicatrização de feridas, cicatrizes inestéticas ainda podem se desenvolver¹. É importante mencionar que a cicatrização de feridas é um processo dinâmico, que sofre numerosas transformações antes de atingir um estado estacionário, cerca de 1 ano após a lesão tecidual. A cicatriz ideal deve ser estreita e plana com a pele circundante, ter boa coloração correspondente, e estar dentro ou em paralelo com as linhas de tensão da pele. Essas características tornam uma cicatriz menos visível. Portanto, técnicas que quebram ou fazem a linha da cicatriz irregular proporcionam maior camuflagem¹. Especialmente na aréola, que tem variados matizes de cor, uma cicatriz de boa evolução fica bastante camuflada.

Apesar da tendência atual nas mastoplastias de redução das cicatrizes, incluindo a redução de mama com cicatriz vertical e incisões mínimas em mastopexias^{4,10}, a qualidade dessas incisões não deve ser subestimada.

A qualidade da incisão deve ter como objetivo diminuir os sinais que permitam identificar que o paciente foi submetido a uma cirurgia. A melhor qualidade da incisão ajuda o paciente a aceitar mais facilmente o resultado cirúrgico¹¹.

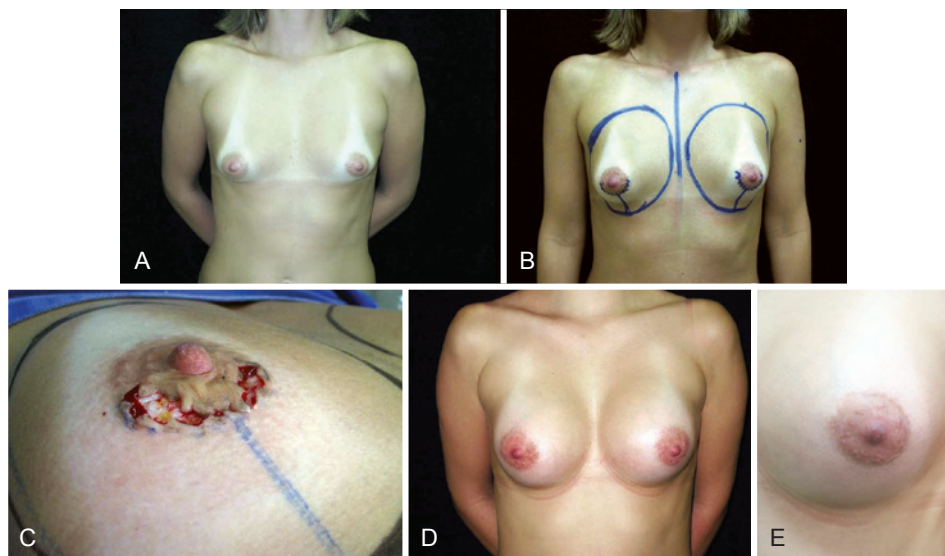


Figura 2 – Em A, aspecto pré-operatório. Em B, marcação pré-operatória. Em C, detalhe da incisão no intraoperatório. Em D, aspecto 40 dias após mastoplastia de aumento com incisão periareolar em zigue-zague, com implante de formato anatômico, texturizado, de 255 cc. Em E, detalhe da cicatriz periareolar em zigue-zague.

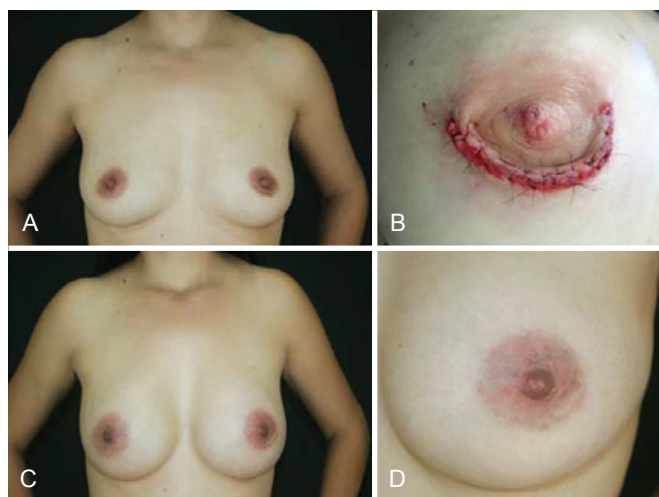


Figura 3 – Em A, aspecto pré-operatório. Em B, detalhe do fechamento da incisão em zigue-zague no pós-operatório imediato. Em C, aspecto 2 anos após mastoplastia de aumento com incisão periareolar em zigue-zague, com implante redondo, perfil alto, de 250 cc. Em D, detalhe da cicatriz com 2 anos de pós-operatório.

Segundo Gryskiewicz & Hatfield³, esse método cria uma cicatriz que imita a irregularidade natural entre a aréola e a pele periareolar. Esses autores observaram retardo na cicatrização em 4 pacientes e presença de cicatriz hipertrófica em 2.

Carvajal & Echeverry¹² descreveram abordagem modificada da técnica de incisão periareolar semicircular, em

zigue-zague, para colocação de implantes mamários em pacientes com pequeno diâmetro areolopapilar.

Até o momento, as técnicas descritas para incisão em zigue-zague semicircular preconizam a incisão na junção da pele periareolar com a aréola. Nota-se um padrão de cicatrização mais aparente na pele adjacente ao complexo areolopapilar quando esse tipo de abordagem é realizado, o que justifica a incisão apenas na pele da aréola em sua extremidade inferior, sem se estender para a região de transição entre ambas. Essa modificação tem permitido resultados mais satisfatórios, com cicatrizes praticamente imperceptíveis (Figuras 2 e 3).

Essa técnica pode ser usada especialmente para mastoplastias de aumento, mas temos também empregado a incisão em zigue-zague no tratamento de ginecomastia, com excelentes resultados. O objetivo da técnica é conseguir uma cicatriz irregular, que pareça mais natural.

A técnica descrita é uma excelente alternativa para mastoplastias de aumento, proporcionando resultado estético satisfatório, com cicatriz camuflada na transição, naturalmente irregular, da pele periareolar com o complexo areolopapilar. Trata-se de uma técnica segura, de fácil execução, que apresenta resultado satisfatório, com cicatrizes imperceptíveis.

REFERÊNCIAS

1. Tenius FP, Silva Freitas R, Closs Ono MC. Transareolar incision with geometric broken line for breast augmentation: a novel approach. *Aesthetic Plast Surg.* 2008;32(3):546-8.
2. Cronin TD, Gerow FJ. Augmentation mammoplasty: a new “natural

- feel” prosthesis. Transactions of the Third International Congress of Plastic Surgery; 1963 Oct 13-18; Amsterdam, The Netherlands. Excerpta Medica; 1963. p. 41-9.
3. Gyskiewicz JM, Hatfield AS. “Zigzag” wavy-line periareolar incision. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(7):1778-83.
 4. Graf R, Biggs TM, Steely RL. Breast shape: a technique for better upper pole fullness. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24(5):348-52.
 5. Bosch G, Jacobo O. The double pocket technique: aesthetic breast augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 2002;26(6):461-4.
 6. Lai YL, Weng CJ, Chen YR, Noordhoff MS. Circumnipple-incision, longitudinal-breast dissection augmentation mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2001;25(3):194-7.
 7. Pitanguy I. Transareolar incision for augmentation mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1978;2:363-72.
 8. Tebbetts JB. Alternatives and trade-offs in breast augmentation. *Clin Plast Surg.* 2001;28(3):481-500.
 9. Candiani P, Campiglio GL. Augmentation mammoplasty: personal evolution on the concepts looking for an ideal technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1997;21(6):417-23.
 10. Graf RM, Bernardes A, Rippel R, Araújo LR, Damasio RC, Auerscald A. Subfascial breast implant: a new procedure. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(2):904-8.
 11. Stuzin JM, Baker TJ, Baker TM. Refinements in face lifting: enhanced facial contour using vicryl mesh incorporated into SMAS fixation. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(1):290-301.
 12. Carvajal J, Echeverry A. Alternative technique for breast augmentation in patients with a small nipple-areolar complex diameter. *Aesthet Surg J.* 2005;25(2):117-25.

Correspondência para:

Ruth Graf
Rua Solimões, 1.175 – Mercês – Curitiba, PR, Brasil – CEP 80810-070
E-mail: ruthgraf@uol.com.br