

Avaliação Tardia dos Resultados das Mamoplastias por Via Periareolar

José Horácio Aboudib¹

1] Professor da Disciplina de Cirurgia Plástica da UERJ.

Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro

Endereço para correspondência:

José Horácio Aboudib

Av. Ataulfo de Paiva, 341 – Sls. 801/02
Rio de Janeiro – RJ
22440-030

Fone: (21) 2511-3390 – Fax: (21) 2239-8927
e-mail: aboudib@mtecnet.com.br

Descritores: Mama periareolar; retalho glandular inferior; cirurgia plástica de mama; mamoplastia.

RESUMO

São estudadas 25 pacientes submetidas a mamoplastia periareolar com retalho glandular inferior, todas com mais de 10 anos de pós-operatório.

Foram levantados dados como tipo e quantidade de ressecção do parênquima mamário; quantidade de pele ressecada; idade na época da cirurgia; avaliação do paciente referente à simetria, volume final, forma/ptose, forma do complexo aréolo-mamilar (CAM) e das cicatrizes; complicações e graus de satisfação das pacientes.

INTRODUÇÃO

Quando idealizamos ou desenvolvemos uma técnica de mamoplastia, precisamos ter em mente a obtenção de um bom resultado estético com manutenção das funções sexuais e de lactação das mamas⁽¹⁻⁴⁾. Em relação à avaliação estética, analisam-se forma e simetria obtidas, volume final e cicatrizes resultantes. Outra preocupação deve ser a manutenção do resultado a longo prazo⁽⁵⁻⁸⁾.

Outra preocupação constante é com a redução das cicatrizes^(9,10). Vários autores desenvolveram trabalhos limitando a cicatriz à região ao redor das aréolas⁽¹¹⁻²⁰⁾.

Nós temos utilizado a técnica de mamoplastia por via periareolar com retalho glandular inferior, sem utilizar qualquer tela de contenção, há mais de quinze anos (Figs. 1 a 8), com resultados satisfatórios⁽⁵⁻⁸⁾.

Para comprovar a validade desta técnica realizamos uma avaliação tardia de seus resultados, isto é, pacientes com mais de dez anos de pós-operatório.

MATERIAL E MÉTODOS

Avaliamos 25 pacientes ao acaso, que haviam sido submetidas a esta técnica de mamoplastia há mais de 10 anos. Elas foram examinadas e entrevistadas para obtenção de informações.

Foram levantados dados referentes ao tipo de ressecção do parênquima glandular (Figs. 5 e 6), quantidade de pele ressecada e idade na época da cirurgia. As pacientes foram questionadas no que se refere a 1) simetria, 2) volume final, 3) forma/ptose, 4) forma do CAM e 5) das cicatrizes. As pacientes atribuíram a cada item nota 2 - 1 ou 0. Por serem 5 itens, o cálculo nos leva a uma nota final de 0 a 10 com relação ao resultado da cirurgia. Não realizamos a avaliação da nota do cirurgião porque em trabalhos anteriores⁽⁵⁾ observamos muita semelhança dessa com a nota das pacientes, porém com maior rigor por parte delas.

Estudamos também a relação das notas com a idade, com a ressecção de pele e com a ressecção do parênquima mamário.

Levantamos dados sobre complicações, reoperações realizadas, índices de satisfação e da decisão da paciente entre realizar esta ou outra técnica.

Excetuando o exame das pacientes, todas as perguntas foram feitas a elas por outra pessoa, após a consulta, para evitar qualquer tipo de constrangimento na resposta.

RESULTADOS

Quanto à ressecção do parênquima (Figs. 6 e 7) houve predominância (76%) de ressecção do pólo superior e em "V" (Tabela I).

Em relação à idade, 48% tinham menos de 19 anos, 24% de 20 a 29 anos, 16% de 30 a 39 anos e 12% de 40 a 49 anos.

As notas máximas (2) foram dadas à simetria em 76% e ao volume em 88% (Tabela II e Tabela III).

Quanto à forma/ptose, 60% atribuíram nota máxima (Tabela IV).

No que se refere à forma do CAM e ao aspecto das

cicatrizes, 36% e 44% respectivamente atribuíram nota máxima (Tabela V e Tabela VI).

O somatório das notas mostra 16% abaixo de 5, 16% nota 7, 32% nota 8, 16% nota 9 e 16% nota 10.

Foram estudadas as relações das notas com a idade, a quantidade de pele ressecada e com a ressecção do parênquima mamário (veja discussão).

As complicações são mostradas na Tabela VII. Não houve alteração de sensibilidade do CAM bilateralmente.

Na Tabela VIII vemos os casos de reoperação com predomínio de revisão das cicatrizes (40%).

O nível de satisfação está na Tabela IX. Nenhuma referiu pouca satisfação.

Quanto à pergunta sobre que técnica fariam se a cirurgia fosse hoje, 71% repetiriam a técnica, 20% optariam por outra e 8% não fariam nenhuma (Tabela X). Duas pacientes referiram gravidez, com aleitamento normal.

Quatro pacientes são apresentadas com pós-operatório de mais de 10 anos:

- ◆ Uma de 18 anos, que atribuiu nota 10 (Figs. 9a-f).
- ◆ Uma de 21 anos, que atribuiu nota 9 (Figs. 10a-f).
- ◆ Uma de 41 anos, que atribuiu nota 8 (Figs. 11a-f).
- ◆ Uma de 20 anos, que atribuiu nota 3 (Figs. 12a-f). Esta paciente foi reoperada pela técnica periareolar.

DISCUSSÃO

A técnica que desenvolvemos e que foi utilizada nessas pacientes⁽⁵⁻⁸⁾ é baseada na de Bustos⁽¹²⁾, com modificações que nos permitem evitar a utilização de telas de contenção. Essas telas sem dúvida aumentam a indicação da técnica, porém os próprios autores que a utilizam^(12, 14-17) vêm mudando constantemente de material, o que evidencia algum grau de descontentamento. Nós realizamos maior ressecção no pólo superior e maior rotação dos retalhos glandulares areolados inferiores em direção ao pólo superior. O objetivo dessa manobra é obter uma hiperprojeção

Tabela I

	Número	Percentual
Pólo Superior	4	16%
Pólo Superior + "V"	19	76%
Ressecção em "V"	1	4%
Sem Ressecção	1	4%

Tipos de ressecção do parênquima.

Tabela III

	Número	Percentual
Nota 2	22	88%
Nota 1	2	8%
Nota 0	1	4%

Avaliação do volume.

Tabela V

	Número	Percentual
Nota 2	9	36%
Nota 1	11	44%
Nota 0	5	20%

Avaliação do CAM.

Tabela VII

	Número	Percentual
Não	20	80%
Diminuição de sensibilidade unilateral do CAM	2	8%
Hematoma	1	4%
Redução insuficiente	2	8%

Complicações.

Tabela IX

	Número	Percentual
Muito satisfeita	15	60%
Satisfeita	7	28%
Pouco satisfeita	0	0
Insatisfeita	3	12%

Satisfação.

Tabela II

	Número	Percentual
Nota 2	19	76%
Nota 1	5	20%
Nota 0	1	4%

Avaliação de simetria.

Tabela IV

	Número	Percentual
Nota 2	15	60%
Nota 1	6	24%
Nota 0	4	16%

Avaliação de forma/ptose.

Tabela VI

	Número	Percentual
Nota 2	11	44%
Nota 1	11	44%
Nota 0	3	12%

Avaliação das cicatrizes.

Tabela VIII

	Número	Percentual
Não	13	52%
Retoque de aréolas	10	40%
Periareolar	1	4%
Pitanguy	1	4%

Reoperação.

Tabela X

	Número	Percentual
Repetiria esta técnica	18	72%
Optaria por outra	5	20%
Não faria nenhuma	2	8%

Técnica.

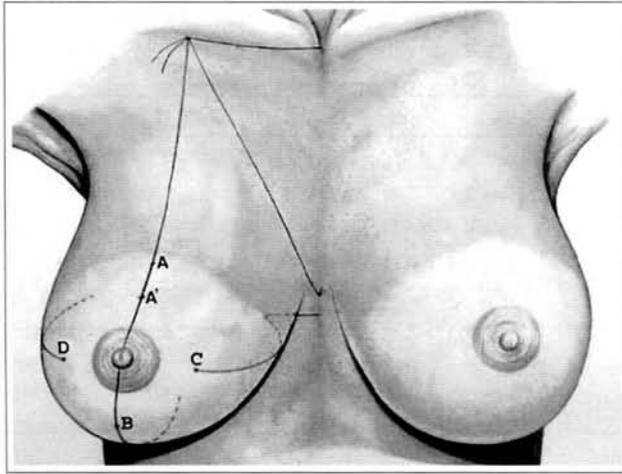


Fig. 1 – Demarcação dos pontos de reparo para realização da mamoplastia periareolar. O ponto A é 2 cm acima de A', que seria a marcação na técnica de Pitanguy.

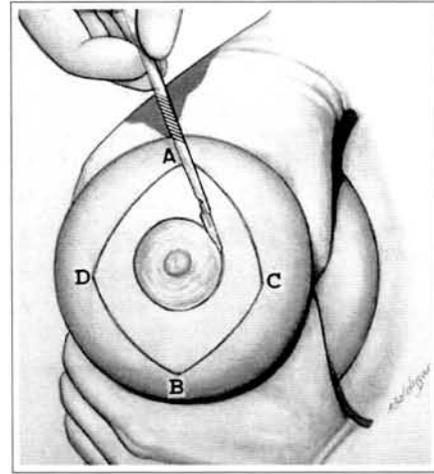


Fig. 2 – Incisão na marcação do CAM e nas linhas AC / CB / BD e AD.

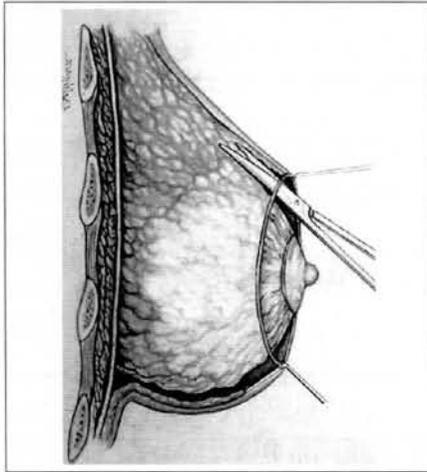


Fig. 3 – O descolamento da pele é realizado em toda a circunferência da mama, no plano entre o tecido celular subcutâneo e o parênquima mamário.

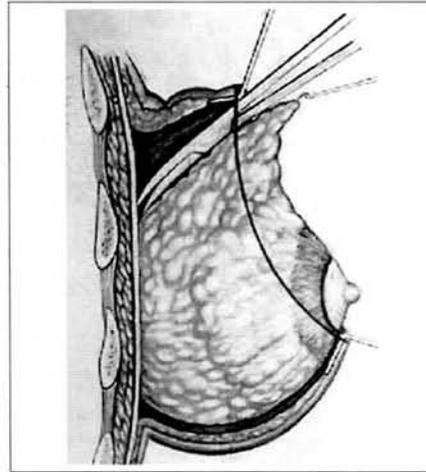


Fig. 4 – Descolamento do parênquima glandular superior, da aponeurose do músculo grande peitoral.

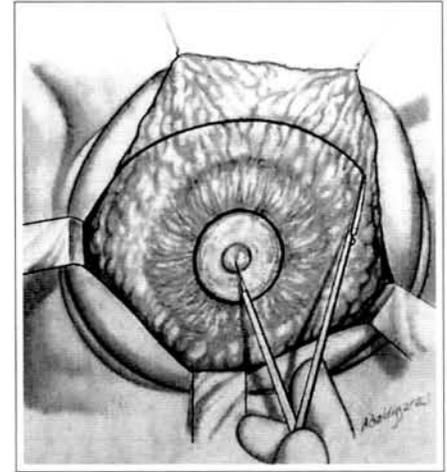


Fig. 5 – Demarcação de semicírculo com concavidade para baixo de 7 a 8 cm de raio a partir do mamilo. Acima desta marcação o parênquima é ressecado.

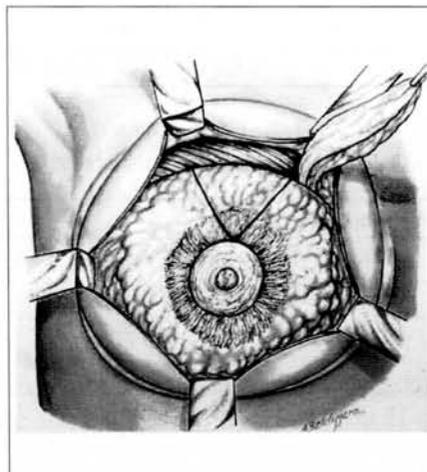


Fig. 6 – Ressecção do pólo superior do parênquima mamário e demarcação em "V" a ser ressecado. Em geral a ressecção é maior no pólo lateral.

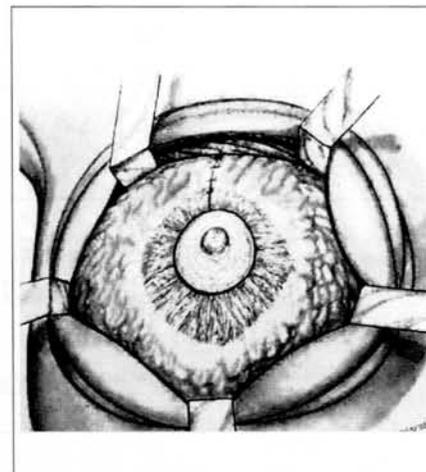


Fig. 7 – Retalhos suturados no pólo superior.

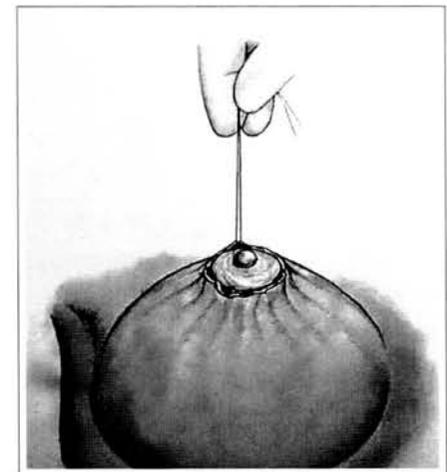


Fig. 8 – Sutura intradérmica circular contínua (*round-block*) tracionada, aproximando as bordas cutâneas aos limites externos do CAM.

do cone mamário, de forma a resistir à pressão contrária da pele após o *round-block*⁽¹¹⁾.

As técnicas de mamoplastia periareolar em geral e, em particular, esta com retalho glandular inferior sem utilizar tela de contenção ressecam menor quantidade de pele do que as técnicas com cicatrizes finais em T,

L ou mesmo as verticais. Esse fato limita a indicação da técnica para os casos de mamas muito grandes e principalmente para os casos de grande flacidez de pele.

Quanto aos resultados do nosso trabalho (Tabela I), observamos uma predominância de ressecção do pólo



Fig. 9a - Pré-operatório frontal, paciente de 18 anos com nódulos mamários marcados.



Fig. 9b - Pré-operatório perfil.



Fig. 9c - Pós-operatório de 1 ano (após retoque de aréolas aos 6 meses), com ressecção de 370 g da mama direita e 300 g da mama esquerda.



Fig. 9d - Pós-operatório de 1 ano, perfil.



Fig. 9e - Pós-operatório de 10 anos, frontal. Atribuiu nota 10.



Fig. 9f - Pós-operatório de 10 anos, perfil.

superior e em “V” (Figs. 6 e 7) em 76% dos casos, uma vez que as maiores queixas são de hipertrofia mamária associada a ptose.

Houve uma predominância de pacientes com idade abaixo dos 30 anos (72%). Esse fato se deve à melhor qualidade de pele que essas pacientes geralmente apre-

sentam. Como a ressecção de pele é menor que nas outras técnicas, temos que contar com uma boa sustentação exercida pela pele remanescente. É claro que podemos encontrar excelentes texturas de pele em pacientes com maior idade (Fig. 11).

Na avaliação dos resultados por parte das pacientes,



Fig. 10a - Pré-operatório frontal, paciente de 21 anos.

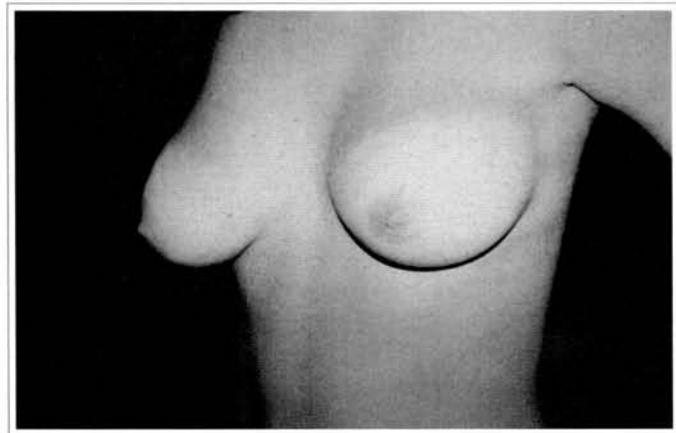


Fig. 10b - Pré-operatório, perfil.



Fig. 10c - Pós-operatório de 6 meses (não houve retoque de aréola), com ressecção de 220 g da mama direita e 130 g da mama esquerda.

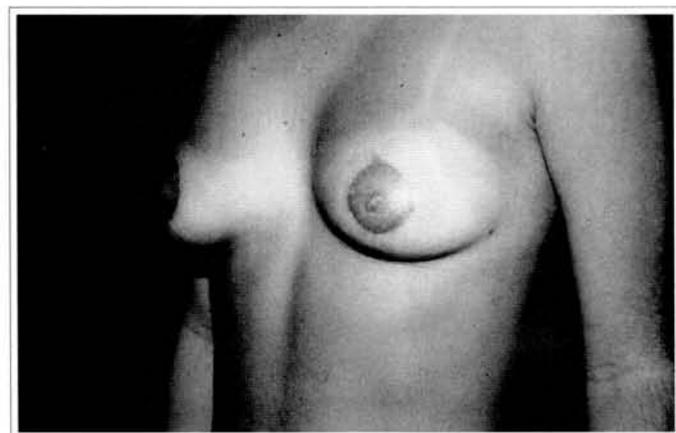


Fig. 10d - Pós-operatório de 6 meses, perfil.



Fig. 10e - Pós-operatório de 11 anos, frontal. Atribuiu nota 9.



Fig. 10f - Pós-operatório de 11 anos, perfil.

observamos uma análise positiva bastante forte nos quesitos volume (88%) e simetria (76%) (Tabelas II e III). Em nossa opinião, isso se deve à evolução da técnica que, com maior rotação dos retalhos laterais e mediais, permitiu obter uma maior projeção do cone mamário, evitando as formas achatadas que podiam ser observadas no início da técnica. Essa boa avalia-

ção diminuiu (60%) quando analisamos a forma e a ocorrência de ptose (Tabela IV). A pouca ressecção de pele assim como a falta de elasticidade são fatores importantes. Esses fatos nos levam a restringir a indicação desta técnica ou a evoluir na criação de materiais de sustentação que sejam amplamente aceitos pela maioria dos cirurgiões e mastologistas.



Fig. 11a - Pré-operatório frontal, paciente de 41 anos.



Fig. 11b - Pré-operatório, perfil.

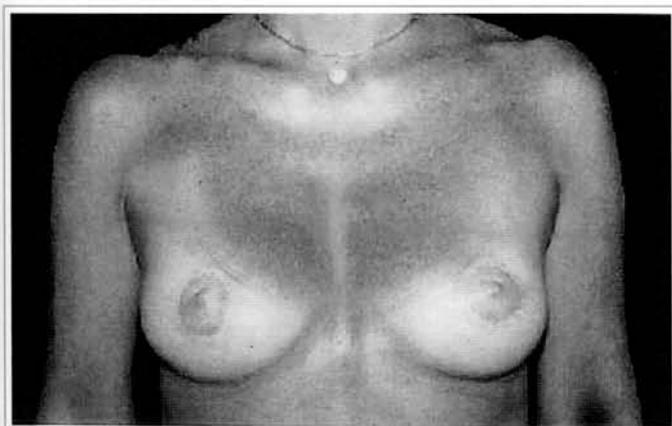


Fig. 11c - Pós-operatório de 8 meses (não houve retoque de aréola), com ressecção de 40 g da mama esquerda e sem ressecção na mama direita.



Fig. 11d - Pós-operatório de 8 meses, perfil.

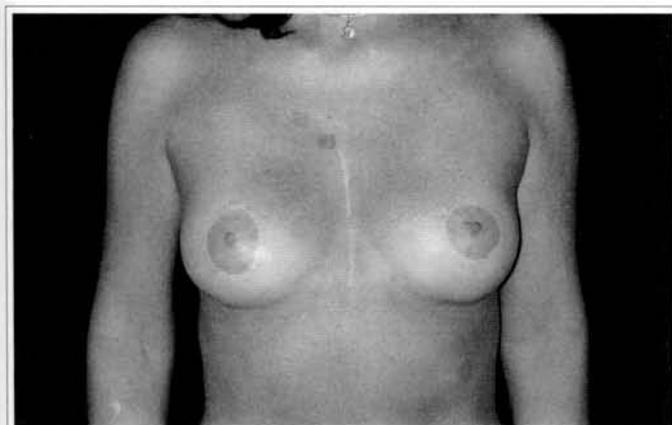


Fig. 11e - Pós-operatório de 11 anos, frontal. Atribuiu nota 8.



Fig. 11f - Pós-operatório de 11 anos, perfil.

Quando analisamos a forma do CAM e o aspecto das cicatrizes, encontramos as piores avaliações (Tabelas V e VI). Podemos analisar esse fato de duas formas. A primeira, é que a sutura de um grande anel ao redor das aréolas é de fato mais difícil que em outras técnicas e que o *round-block* (Fig. 10) nem sempre é suficiente para conter a distensão do CAM, mormen-

te das pacientes com derme pouco resistente. A segunda maneira de avaliar este fato é que, em qualquer técnica de mamoplastia, o maior rigor e as maiores queixas das pacientes são referentes às cicatrizes^(1, 3, 4, 20). Como nesta técnica ela só existe nas aréolas, as queixas se concentram neste ponto. Provavelmente ambos os aspectos analisados são verdadeiros, e mai-

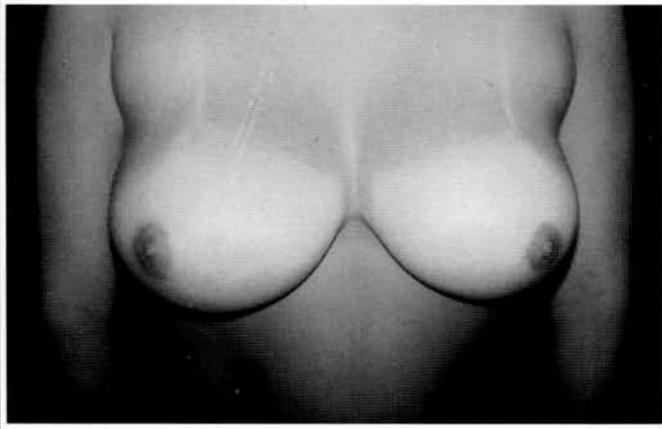


Fig. 12a - Pré-operatório frontal, paciente de 20 anos.



Fig. 12b - Pré-operatório, perfil.

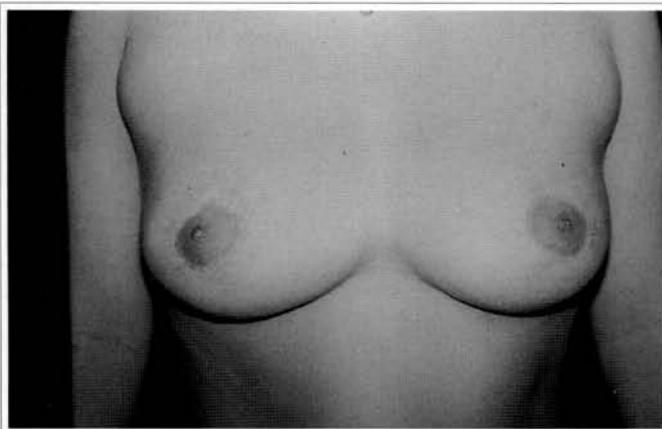


Fig. 12c - Pós-operatório de 9 meses (após retoque da aréola no 5º mês), com ressecção de 500 g da mama direita e 350 g da mama esquerda.

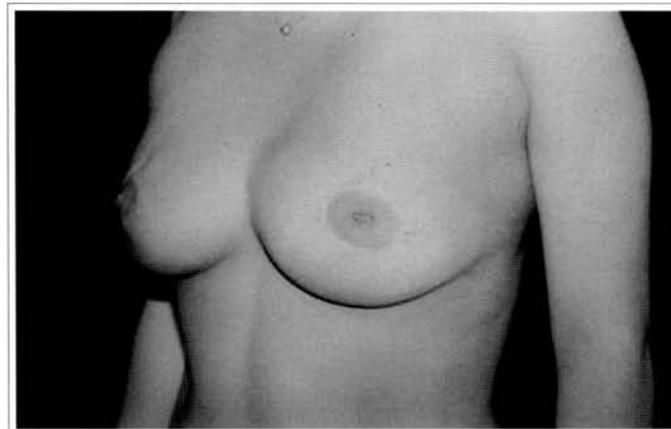


Fig. 12d - Pós-operatório de 9 meses, perfil.



Fig. 12e - Pós-operatório de 10 anos, frontal. Atribuiu nota 3.



Fig. 12f - Pós-operatório de 10 anos, perfil.

ores estudos e avanços nestes itens são necessários para podermos ampliar a indicação da técnica.

A análise das notas finais mostra 80% de notas acima de 7. Como os itens, avaliação do CAM e cicatrizes se confundem, observamos, de 5 itens, 2 com concentrações de notas baixas. Quando a pergunta é a respeito de satisfação, 88% referem estar muito satisfeitas ou satisfeitas (Tabela IX), o que se assemelha com a avaliação de pacientes de outras técnicas^(1, 3, 4, 18-20).

Na análise das notas com relação à idade temos alguns fatos interessantes. Nenhuma paciente abaixo de 19 anos atribuiu nota menor que 6 e todas as que atribuíram nota 10 estavam abaixo dos 29 anos à época da cirurgia.

O estudo da quantidade de pele ressecada em relação à nota é inconclusivo, podendo nos levar à suposição de que a qualidade da pele é mais importante que a quantidade ressecada.

Quando analisamos a relação da quantidade de tecido ressecado com a nota, vamos perceber uma maior concentração de boas notas nas maiores ressecções e todas as notas 10 (4 pacientes) em ressecções acima de 200 g. Isto fortalece a suposição anterior, pois uma boa pele, ao ter diminuído o peso a sustentar, consegue conter e manter a boa forma das novas mamas.

No item complicação (Tabela VII) foi incluída redução insuficiente (embora não seja de fato uma complicação) porque foram os dois casos levados a reoperação, uma pela técnica periareolar e outra pela técnica de Pitanguy. Observamos também 2 casos de diminuição de sensibilidade do CAM, ambos unilateralmente, o que nos indica um problema da execução e não da técnica.

No item reoperação (Tabela VIII), salta aos olhos a grande incidência de revisão das cicatrizes das aréolas (40%). Essas revisões foram realizadas em nível ambulatorial sob anestesia local, a partir de 6 meses após a cirurgia inicial. Nessa ocasião, já houve acomodação dos excessos de pele e da tensão sobre as aréolas, realizando-se basicamente a ressecção da cicatriz, novo *round-block* (com fio mais fino, náilon 4-0) e sutura intradérmica. O controle desse tipo de intercorrência é confortável desde que a paciente seja avisada no pré-operatório da possibilidade (e em alguns casos da probabilidade) de ser necessária essa revisão.

Na Tabela IX observamos satisfação em 88% dos ca-

sos. Dos 3 casos que referiram insatisfação, 2 foram reoperados como já foi descrito e uma não quis se submeter à nova cirurgia. A principal queixa desta paciente era de ptose.

Na análise sobre que técnica escolheriam se a cirurgia fosse hoje (Tabela X), observamos dados curiosos. As duas pacientes que foram reoperadas disseram que não fariam nenhuma cirurgia, porém, apesar do alto índice de satisfação, quatro das pacientes que se diziam satisfeitas referiram que optariam por outra técnica. Todas informaram que decidiriam por inclusão de prótese, com ou sem ressecção de pele, talvez fruto de uma tendência mais atual por mamas maiores.

As pacientes apresentadas mostram a consistência dos resultados quando contamos com uma boa qualidade de pele, o que não está completamente relacionado à idade (Fig. 11). Quando lidamos com uma pele de derme delgada, pobre em fibras elásticas (Fig. 12), observamos ocorrência de ptoses e/ou alongamento das aréolas. A indicação desta técnica deve ser bastante discutida com essas pacientes na consulta pré-operatória.

CONCLUSÃO

- ◆ A técnica de mamoplastia periareolar com retalho glandular inferior obtém alto índice de satisfação (88%) em resultados a longo prazo.
- ◆ É técnica bem indicada para casos selecionados, sendo boa opção no arsenal cirúrgico.
- ◆ Os índices de complicação são semelhantes aos de outras técnicas.
- ◆ Maiores estudos devem ser desenvolvidos para melhorar o aspecto das cicatrizes.
- ◆ As necessidades de revisão de cicatrizes são altos (40%).

BIBLIOGRAFIA

1. Aboudib Jr JH, Castro CC, Coelho RS, Cupello AM. Analysis of late results in post pregnancy mammoplasty. *Ann Plast Surg* 1991; 26:111-6.
2. Erol OO, Spira MA. Mastopexy technique for mild to moderate ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65(5):603.

3. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65:217.
4. Pitanguy I. Breast hypertrophy. Transaction of International Society of Plastic Surgeons, 2nd Congress, London, 1959. Edinburgh E. and S. Livingstone, Ltd; 1960.
5. Aboudib Jr JH. Padronização técnica da mastopatia por via periareolar e avaliação de seus resultados. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da USP, para obtenção do título de mestrado em Cirurgia Plástica; 1996.
6. Aboudib Jr JH, Castro CC. Mammoplasty utilizing the periareolar approach. *Aesth Plast Surg* 1998; 22:51-7.
7. Aboudib Jr JH, Castro CC, Schnabi EB. Tratamento de assimetria mamária pela redução unilateral através da via periareolar. *J Bras Ginecol* jul 1997; 107(7):239-42.
8. Aboudib Jr JH, Mamoplastia periareolar. Atualização em Cirurgia Plástica Estética. SBCP-SO. São Paulo: Ed Robe Editorial; 1994. p. 309-13.
9. Toledo LS, Matsudo PKR. Mammoplasty using liposuction and periareolar incision. *Aesth Plast Surg* 1989; 13:9-13.
10. Andrews JM, Yshizuka MA, Martins DMSE, Ramos RR. An areolar approach to reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg* 1975; 28:166-70.
11. Benelli L. A new periareolar technique for mammary reduction and elevation. *Aesth Plast Surg* 1993; 17:311-6.
12. Bustos RA. Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89(4):646-57.
13. Felício Y. Periareolar reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* nov 1991; 88(5):789-98.
14. Goés JCS. Periareolar mammoplasty double skin technique. *Rev Bras de Cirurg Plást* 1989; 4(23):55-63.
15. Goés JCS. Periareolar mammoplasty double skin technique with application of polyglactine 910 mesh. *Rev da Soc Bras de Cirurg Plást Estét e Reconstr* 1992; 7(1,2,3):1-6.
16. Goés JCS. Periareolar mammoplasty double skin technique with application of polyglactine or mixed mesh. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97:959.
17. Goés JCS. Periareolar Mastopexy: Double skin technique with mesh support. *Aesth Surg J* 2003; 23:129-35.
18. Martins PDE. Periareolar mammoplasty with flap transposition. *Rev da Soc Bras de Cirurg Plást* 1991; 6(1,2):1-6.
19. Rosel E, Stark RB. Circum areolar mastopexy. American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons Conventions; 1973 October 23; Hollywood, Florida.
20. Almeida CIC. Mammoplasty with L – Incision. *Aesth Surg J* 2004; 24:102-11.