



Mamoplastia com retalho bipediculado de músculo peitoral: 30 anos de experiência com a técnica

Mammoplasty with bipediced flap from the pectoral muscle: 30 years of experience

MILTON JAIME BORTOLUZZI
DANIEL^{1*}
IVAN MALUF JUNIOR²
ALYSSON ROGERIO MATIOSKI³

■ RESUMO

Introdução: Existem inúmeras técnicas de mamoplastia com objetivo de evitar a ptose tardia. Observamos em todas estas técnicas que a forma da mama após a sua báscula permaneceu com perda de preenchimento do seu polo superior. A associação da mamoplastia com o uso do retalho de base torácica associado ao retalho bipediculado de músculo peitoral maior tem sido utilizada devido ao bom resultado que é mantido num pós-operatório tardio. **Método:** Foram feitos mais de 4000 procedimentos utilizando a técnica do autor. Foi realizada a marcação de mamoplastia tradicional e confecção de retalho de pedículo inferior conforme descrito por Ribeiro. Divulsiona-se uma faixa do músculo peitoral e realiza-se a passagem completa do retalho torácico através da alça muscular com posterior fixação do retalho à parede torácica. Os retalhos muscular e glandular são envolvidos pelo tecido do polo superior fazendo-se a sutura dos pilares laterais.

Resultados: Com a utilização da técnica de um retalho torácico, fixado por uma alça de músculo peitoral, obtivemos uma báscula mínima que forneceu um melhor resultado estético a longo prazo. Com esta técnica, o tecido mamário é dividido e reposicionado para o local desejado, mantendo a forma da mama e não dependendo do fechamento dérmico para se obter o contorno final. **Conclusão:** Observamos nos casos operados a manutenção do polo superior da mama mesmo tardiamente, redução da tensão sobre a cicatrização com consequente melhora do aspecto, ausência do movimento de báscula (ptose) pós-operatória, sem aumento significativo no tempo cirúrgico.

Descritores: Mamoplastia; Retalhos cirúrgicos; Músculos peitorais.

Instituição: Clínica Dr. Milton Daniel - Curitiba, PR, Brasil.

Artigo submetido: 14/09/2013.
Artigo aceito: 08/12/2013.

DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0178

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Curitiba, PR, Brasil

² Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

³ Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Several breast augmentation techniques have been developed to avoid late ptosis. However, these techniques result in persistent pendulum and changed shape due to loss of filling in the upper pole. The combination of breast augmentation with a thoracic flap involving a bipediced flap from the greater pectoral muscle has been used with good results that are maintained in late postoperative periods.

Method: More than 4,000 procedures were performed using the author's technique. The marking of traditional mammoplasty and construction of the inferior pedicle flap were performed as described by Ribeiro. A pectoral muscle strap was divulsed and the thoracic flap passed through and attached to the chest wall. The muscle and glandular flaps were wrapped by the upper pole tissue and sutured to the lateral breast pillars. **Results:** Use of the thoracic flap technique fixed by a pectoral muscle strap results in minimum pendulum, which provides better long-term aesthetic results. With this technique, the breast tissue is divided and repositioned in the desired location while maintaining the breast shape rather than depending on the dermal closure to provide the final shape. **Conclusion:** This technique provides long-term preservation of the upper breast pole and reduced scar tension with consequent aspect improvement; it also eliminates post-operative pendulum movement (ptosis) without significantly increasing surgical time.

Keywords: Mammoplasty; Surgical flaps; Pectoral muscles.

INTRODUÇÃO

Os objetivos da mamoplastia são redução do excesso de tecido glandular, nas hipertrofias, e remodelamento do cone mamário, na ptose, ou seja, nas reduções o foco da operação torna-se a adequação do volume e nas mastopexias, a suspensão e a nova forma da mama¹.

Existem inúmeras técnicas de mamoplastia com objetivo de evitar a ptose tardia. Muitos esforços foram feitos com as mais variadas tentativas; alguns autores suturavam a mama as cartilagens costais (Gaillard, 1882; Girard, 1910), ao periósteo ou à fáscia do músculo peitoral maior (Micheland Pousson, 1897; De Quervain, 1926; Rangnell, 1946), fixação da glândula ao músculo peitoral, uso de lâmina de silicone para apoiar a mama (Bustus, 1992). Observamos em todas estas técnicas que a forma da mama após a sua báscula permaneceu com perda de preenchimento do seu polo superior².

A associação da mamoplastia com o uso do retalho de base torácica, associado ao retalho bipediculado de músculo peitoral maior, tem sido utilizada devido ao bom resultado que é mantido num pós-operatório tardio. O polo superior da mama permanece com mais volume e a cicatriz mamária vertical permanece acima ou ao nível do novo sulco submamário, com uma báscula mamária mínima^{3,4}.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar os demonstrar os resultados obtidos com a cirurgia de mamoplastia com retalho muscular descrito por Milton Daniel em 30 anos de experiência com a técnica.

MÉTODOS

Foram feitos mais de 4000 procedimentos utilizando a técnica do autor. Demonstramos as fotos de pré-operatório e pós-operatório tardio (mínimo de 3 anos).

Técnica

Marcação de mamoplastia com “t” invertido, periareolar ou em “L” confecção de retalho de pedículo inferior conforme descrito por Ribeiro. Largura entre 4 e 5 cm estendendo se até 1 a 2 cm da borda inferior da aréola, espessura de pelo menos 2 cm. O retalho muscular é elevado e o retalho glandular e passado por baixo dele. Divulsiona-se uma faixa do músculo peitoral de 4 cm de largura, na altura do quinto espaço intercostal. Após a passagem completa do retalho

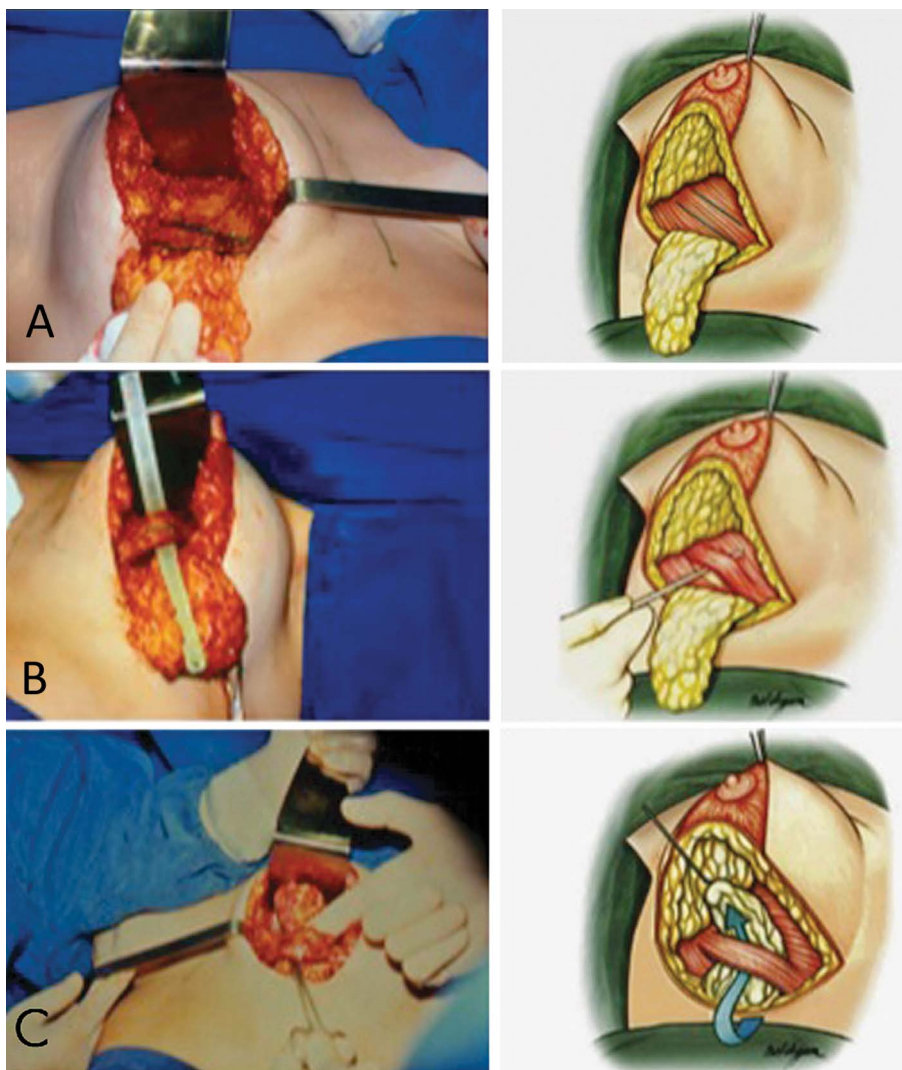


Figura 1. A: Confecção do retalho dermogorduroso e marcação o retalho bipediculado de alça muscular com azul de metileno; B: Abertura do tunel sob alça muscular para passagem do retalho, passagem do retalho sob a alça; C: retalho posicionado.



Figura 2. Aspecto do retalho após sua fixação no músculo peitoral.



Figura 3. A: Pré operatório em foto superior à esquerda frontal e pós operatório de 2 anos. B: Pré operatório perfil e pós operatório 2 anos perfil. C: Movimento da mama com a contração do músculo e alça muscular, e demonstração de que não ocorre a lateralização da mama quando a paciente se está em decubito ventral.



Figura 4. Fotos pré operatórias (à direita) e pós operatório (esquerda) de 6 anos.

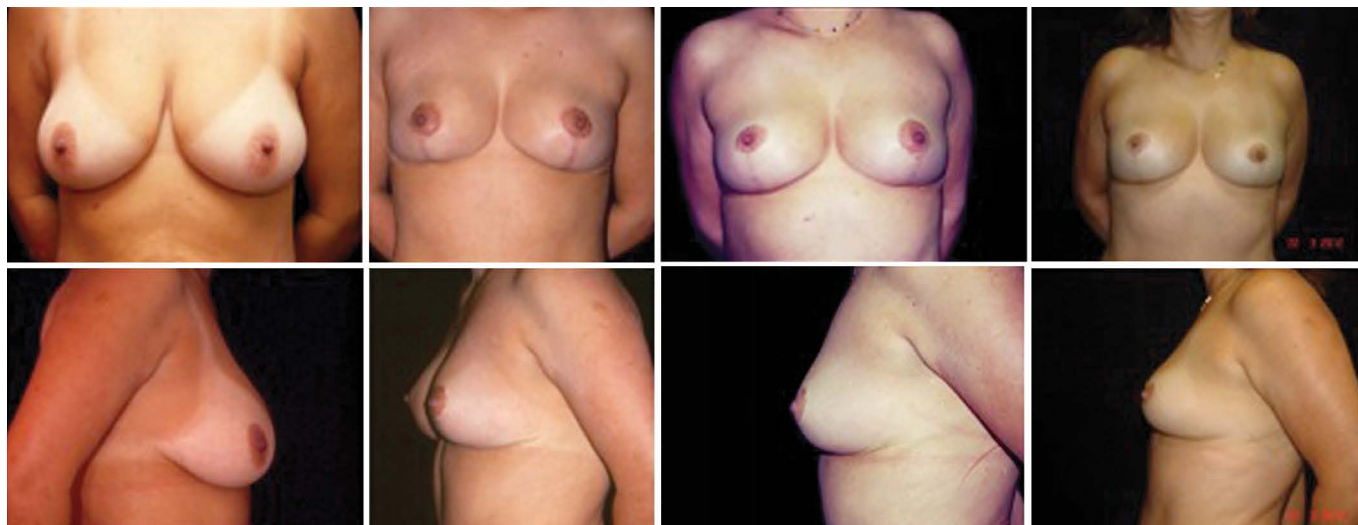


Figura 5. Na sequência de imagens da direita para esquerda: foto pré operatória, pós operatória de 1 ano, pós operatório de 9 anos e pós operatório de 19 anos.

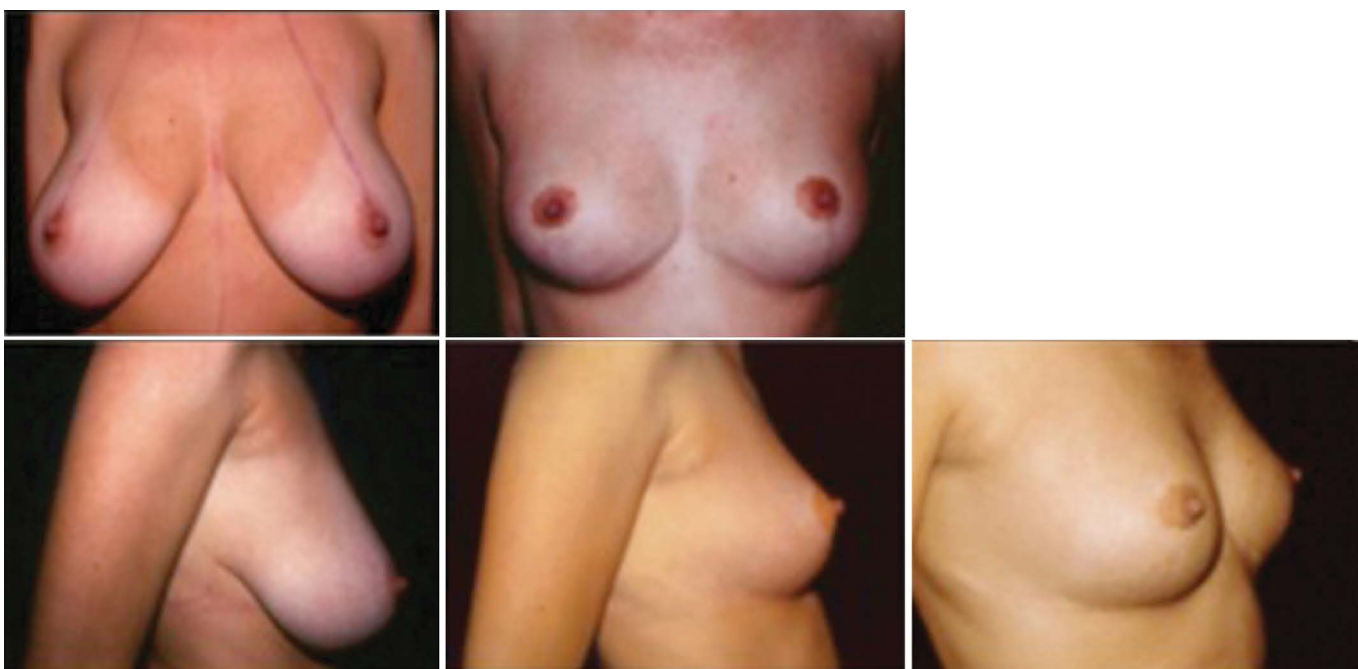


Figura 6. Pré e pós de 11 anos.

torácico através da alça muscular (Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6), sutura-se a área doadora muscular com dois pontos separados nylon 4.0 e, em seguida, sutura-se o retalho de parede torácica com pontos simples para deixá-lo em formato mais arredondado e após realizamos a fixação do retalho á parede torácica com pontos de nylon 3-0.

Os retalhos muscular e glandular são envolvidos pelo tecido do polo superior, fazendo-se a sutura dos pilares laterais com pontos de nylon 3-0.

No 8º dia, a paciente é solicitada a começar fazer exercícios para contrair o musculo peitoral, de modo que a mama seja tracionada para cima controlando o

peso sobre as cicatrizes. No 15º dia é permitido realizar atividades normais.

Todos os casos foram operados pelo cirurgião sênior.

RESULTADOS

Figura 1 - Retalho de base torácica e alça muscular dissecado para passagem do retalho. Ao lado, desenho esquemático da técnica.

Figura 2 - Pré-operatório (25 anos), pós-operatório com 2 anos, 5 anos, 10 anos e 20 anos.

Figura 3 - Pré-operatório e pós-operatório de 2 anos.

Figura 4 - Fotos pré-operatórias e pós-operatório de 6 anos.

Figura 5 - Pré-operatório, 1 ano pós-operatório, 9 anos de pós-operatório, 19 anos de pós-operatório.

Figura 6 - Pré-operatório e pós-operatório de 11 anos.

DISCUSSÃO

As inúmeras técnicas para evitar ptose após mamoplastia possuem uma característica em comum, que é promover apenas um mecanismo estático para a correção da ptose mamaria. A mama é, assim, submetida à ação desfavorável e contínua da gravidade. O uso do retalho muscular envolvendo o polo inferior da mama, quando contraído, eleva a mama, prevenindo dinamicamente a ação da gravidade e impedindo a ptose.

O retalho de parede torácica, que é mantido por uma alça do músculo peitoral maior e suturado numa posição superior, favorece à manutenção do preenchimento do polo superior da mama. Com o objetivo de se obter um melhor resultado a longo prazo, a utilização do retalho torácico mantido sob a alça muscular favorece a manutenção desta redefinição da forma mamária, mantida acima do sulco submamário.

O peso do tecido glandular na cicatriz vertical atua forçando o aumento de seu comprimento vertical, acarretando resultados variados de acordo com cada técnica. Dessa maneira, cada tipo e cada localização de pedículo irão pressionar o polo inferior de forma diferente, alongando também de maneira particular cada cicatriz vertical⁵. Quando o músculo peitoral é contraído, observamos a elevação da mama através da alça muscular, evitando a ação da gravidade e

prevenindo a ptose mamária. Esta técnica impede a bascula da mama e diminui o peso da glândula mamaria sobre a cicatriz, reduzindo seu alargamento e hipertrofia.

Com a utilização da técnica de um retalho torácico, fixado por uma alça de músculo peitoral, obtivemos uma bascula mínima que forneceu um melhor resultado estético a longo prazo. Com esta técnica, o tecido mamário é dividido e reposicionado para o local desejado, mantendo a forma da mama e não dependendo do fechamento dérmico para se obter o contorno final.

CONCLUSÃO

Observamos nos casos operados a manutenção do polo superior da mama mesmo tardiamente, redução da tensão sobre a cicatrização, com conseqüente melhora do aspecto, ausência do movimento de bascula (ptose) pós-operatória, sem aumento significativo no tempo cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Mélega JM, Reiff ABM. Introdução à cirurgia plástica. In: Mélega JM. Cirurgia plástica: fundamentos e arte: princípios gerais. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.3-8.
2. Ahmad J, McIsaac SM, Lista F. Does knowledge of the initial technique affect outcomes after repeated breast reduction? *Plast Reconstr Surg.* 2012;129(1):11-8. PMID: 22186496
3. Graf R, Araújo LRR, Rippel R, Graça Neto L, Pace D, Biggs T. Mamoplastia vertical com retalho de parede torácica. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2005;20(3):148-54.
4. Rinker B, Veneracion M, Walsh CP. Breast ptosis: causes and cure. *Ann Plast Surg.* 2010;64(5):579-84. PMID: 20354434 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e3181c39377>
5. Souza AA, Faiwichow L, Ferreira AA, Simão TS, Pitol DN, Máximo FR. Avaliação das técnicas de mamoplastia quanto a sua influência tardia na distância do complexo areolopapilar ao sulco inframamário. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(4):664-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000400022>

*Autor correspondente:

Milton Jaime Bortoluzzi Daniel

Av. Visc. de Guarapuava, nº 4742, Batel, Curitiba, PR, Brasil
CEP 80240-010

E-mail: mdaniel@milenio.com.br