



Mamoplastia redutora com utilização de implantes de mamários

Reduction mammoplasty with the use of breast implants

LEONARDO ARAUJO GUIMARÃES^{1,2,3*}
RODRIGO ARAUJO GUIMARÃES^{1,3}

■ RESUMO

Introdução: A evolução das técnicas de mamoplastia redutora contribuiu para tornar a cirurgia mais segura e, portanto, mais aceita pela comunidade médica. Contudo, em algumas pacientes, a estética final permanecia insatisfatória, principalmente, por resultar em mamas flácidas e sem projeção. Para alcançar melhores resultados, iniciou-se o uso do implante de mama em conjunto com a mamoplastia redutora. Ao agregar o melhor das duas técnicas, é possível obter bons resultados e a satisfação do paciente. O objetivo deste estudo é avaliar o resultado das cirurgias de mamoplastia redutora com a inclusão de implantes de silicone. **Métodos:** Para o desenvolvimento deste trabalho, foram selecionadas 15 pacientes, do sexo feminino, com idade entre 26 a 62 anos. Todas foram submetidas à mamoplastia redutora com inclusão imediata de implante mamário. Parâmetros, como assimetria da base mamária e volume da ressecção, foram avaliados. Após o sexto mês de pós-operatório, as pacientes responderam um questionário sobre o grau de satisfação do resultado final da cirurgia, que variou de insatisfeita, satisfeita e muito satisfeita. **Resultados:** Apesar de apresentar um paradoxo - retirar tecido mamário para colocar um implante de silicone -, a cirurgia para redução mamária com utilização implante consegue alcançar, com êxito, o objetivo de posicionar, adequadamente, as estruturas mamárias e de proporcionar maior durabilidade do resultado tanto na consistência quanto na projeção do cone mamário. **Conclusão:** Pode-se concluir que a técnica apresenta bons resultados na medida em que aumenta a durabilidade do resultado cirúrgico e a satisfação das pacientes.

Descritores: Mamoplastia; Implantes mamários; Satisfação do paciente.

Instituição: Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 21/7/2013.
Artigo aceito: 4/2/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0192

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Advances in reduction mammoplasty techniques have contributed to make surgery safer and more acceptable to the medical community. However, in some patients, the aesthetic outcome remains unsatisfactory, mainly because of flaccid breasts and lack of projection. To achieve optimal results, the use of breast implants in conjunction with reduction mammoplasty was initiated. By combining the best of both techniques, it is possible to obtain good results and patient satisfaction. The objective of this study is to evaluate the results of reduction mammoplasty with insertion of silicone implants. **Methods:** For this study, 15 female patients aged 26 to 62 years were selected. All underwent reduction mammoplasty with immediate insertion of breast implants. Parameters such as asymmetry of the breast base and resection volume were evaluated. After the sixth postoperative month, patients reported their degree of satisfaction with the final surgery result, as dissatisfied, satisfied, or very satisfied. **Results:** Although presenting a paradox-removing breast tissue to place a silicone implant-breast reduction surgery with the use of implants can successfully achieve the aim of proper positioning of breast structures and providing higher durability of results, both in breast consistency and in the projection of the breast cone. **Conclusions:** The technique achieved good results by increasing the durability of the surgical result and patient satisfaction.

Keywords: Mammoplasty; Breast Implants; Patient satisfaction.

INTRODUÇÃO

Várias técnicas de mamoplastia redutora e mastopexia foram descritas ao longo da história da cirurgia plástica. No início do século XX, Lexer (1912)¹ e Kraske (1923)¹ iniciaram a prática da redução de mamas, por meio de ressecções em bloco. Em 1925, Passot¹ aplicou o método de grande descolamento e transposição do complexo aréolo-papilar (CAP). Tal procedimento foi adaptado para mamas menores por Gilles & McIndoe (1939)¹. O grande avanço, contudo, ocorreu quando Schwartzman publicou, em 1930², um novo conceito para realização de mamoplastia redutora, de modo a preservar a derme periareolar, mantendo a vascularização da aréola, dando mais segurança às cirurgias que apresentavam maiores descolamento. A partir da década de 1950, a mamoplastia vive sua época áurea com Arie (1956)³, Strömbeck (1960)⁴, Pitanguy (1961)⁵, Dufoumentel-Mouly (1961)¹, Skoog (1963)⁶. Em 1975, Ribeiro et al.^{7,8} iniciaram as mamoplastias realizadas por meio da técnica de pedículos de base inferior, que contribuíram muito para o avanço das mastopexias. A partir de então, outros procedimentos foram sendo aperfeiçoados para redução e pexia das mamas.

Com o desenvolvimento dos implantes mamários, a mamoplastia de aumento se tornou uma das grandes

responsáveis pelo crescimento do número das cirurgias plásticas no Brasil e no mundo. Com as recentes tecnologias empregadas no desenvolvimento dos implantes, vêm surgindo diferentes possibilidades para a sua utilização. Os primeiros implantes de silicone gel, com resultados satisfatórios, foram mostrados por Cronin e Gerow (1963)¹. Mais tarde em 1970, Ashley, propôs o uso do implante de silicone revestido por uma espuma de poliuretano e depois, nos anos 80, foi introduzido o implante de silicone texturizados. Estas evoluções foram diminuindo os casos de contratura capsular e assimetrias mamárias.

Tem se observado que uma parcela das pacientes submetidas à mamoplastia redutora se queixa de perda de consistência e de volume nas mamas. Avaliando estes questionamentos, técnicas, antes usadas individualmente, começam a ser utilizadas em conjunto, como a mamoplastia redutora associada à inclusão de implante mamário, buscando dessa forma a maior satisfação das pacientes.

OBJETIVO

Avaliar o resultado das cirurgias de mamoplastia redutora com a inclusão imediata de implantes de silicone.

MÉTODO

Foram operados 15 pacientes, do sexo feminino, no período de junho de 2010 até junho de 2012, apresentando mamas com ptose grau I e II (Quadro 1) e hipertrofia leve ou moderadas (Quadro 2). A faixa etária variou de 26 a 62 anos, sendo excluídas pacientes tabagistas, com cirurgia mamária prévia, índice de massa corporal (IMC) acima de 30 kg/cm² e que recusavam o uso de implantes.

Quadro 1. Classificação de Regnault¹ para ptose mamária.

Ptose mamária		
Ptose verdadeira	Grau I	Aréola na altura do sulco mamário e acima do contorno da glândula
	Grau II	Aréola abaixo do sulco mamário e acima do contorno da glândula
	Grau III	Aréola abaixo do sulco mamário e do contorno da glândula
Ptose parcial		Aréola acima do sulco e ptose da glândula
Pseudoptose		Aréola acima do sulco mamário. Pele frouxa por hipoplasia

Quadro 2. Classificação das hipertrofias mamárias.

Graus de hipertrofia	Peso do tecido mamário removido
Grau I ou leve	até 500 gramas
Grau II	de 500 gramas a 800 gramas
Grau III	> 800 gramas e < 1.000 gramas
Gigantomastia	≥ 1.000 gramas

Foram solicitados exames pré-operatórios de rotina (hemograma completo, bioquímica, EAS, raio X de tórax e risco cirúrgico), além da mamografia.

Todos os implantes foram colocados em posição retroglândular. A marca escolhida foi Silimed, do tipo Advanced (Cônico) com a cobertura de poliuretano, perfil alto. Os volumes variaram de 185 cc a 235 cc.

A técnica escolhida para o procedimento foi a mamoplastia em torre, demonstrada durante a formação acadêmica do autor, pelo Prof. Ronaldo Pontes, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ, onde foram operadas duas pacientes e posteriormente acompanhadas no serviço. Todas as cirurgias foram realizadas com anestesia geral, em ambiente hospitalar com suporte de unidade fechada.

Marcação

Na avaliação pré-operatória, a base das mamas é medida sendo definida a diferença entre elas (Figura 1).

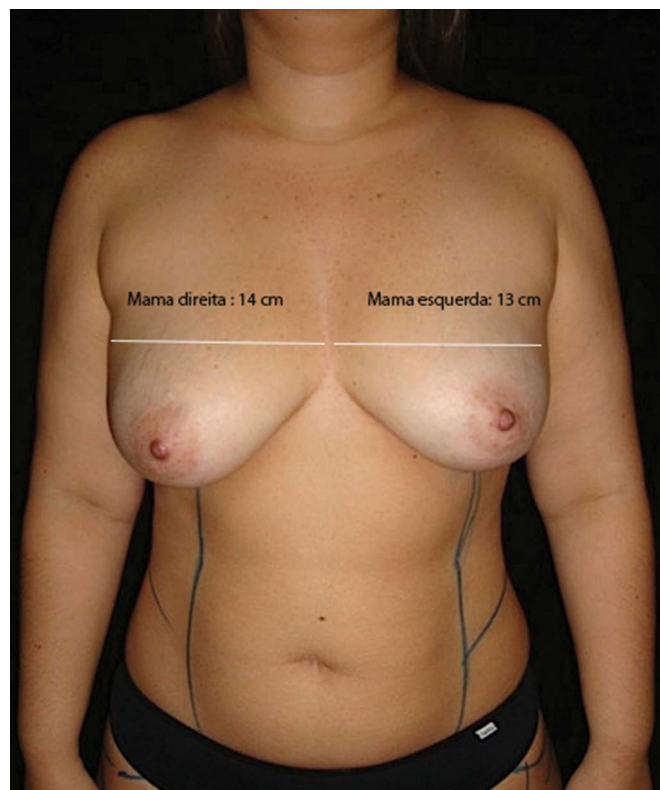


Figura 1. Marcação do diâmetro da base mamária, mostrando assimetria das mesmas.

A paciente é posicionada na mesa operatória, com o dorso elevado a 45 graus e braços abduzidos a 90 graus. Inicia-se a marcação de uma linha mediana passando pela fúrcula esternal e apêndice xifoide. O ponto hemiclavicular e o sulco mamário são delimitados (Figura 2). Traça-se uma linha que dividirá a mama em dois meridianos, saindo do ponto hemiclavicular.



Figura 2. Linha mediana passando pela fúrcula esternal e apêndice xifoide. Sulco mamário delimitado e ponto hemiclavicular marcado.

A projeção do sulco mamário (Ponto A) é marcada, respeitando uma distância entre 18-20 cm da fúrcula esternal, seguido de um ponto no sulco mamário que distará de 9 a 10 cm da linha mediana (Ponto B) (Figura 3).

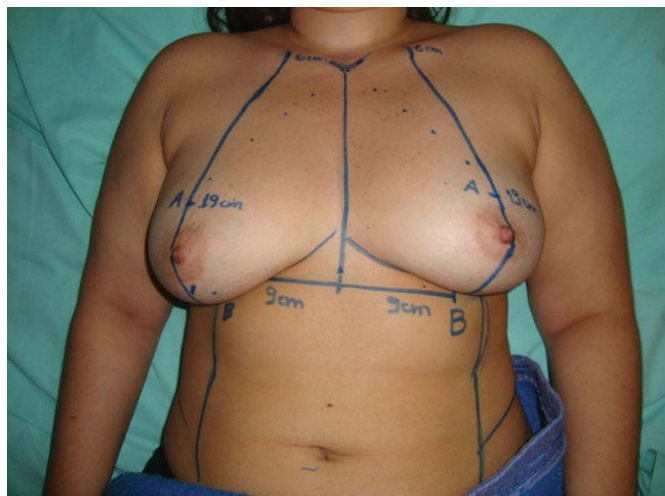


Figura 3. Divisão da mama em dois meridianos. Marcação do ponto A e B.

No sulco mamário, marcam-se os pontos C e D, equidistantes 2 cm do ponto B (Figura 4). Nos casos de assimetria mamária, acrescenta-se a diferença de tamanho das bases (medido previamente) à distância CD, na mama de maior diâmetro.

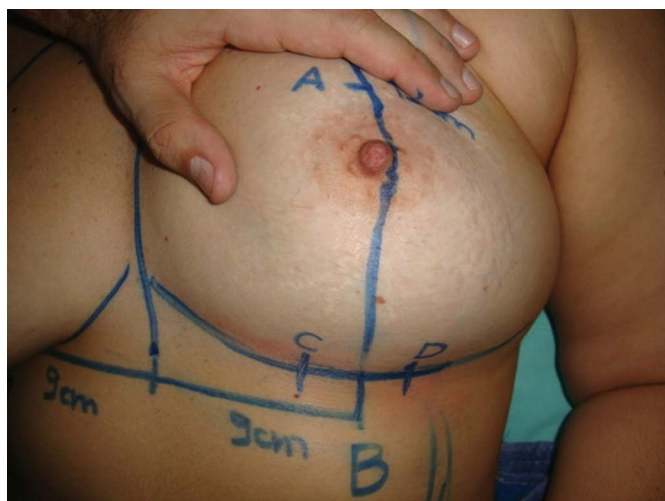


Figura 4. Marcação dos pontos C e D. Inicialmente, essa marcação não deverá exceder 4 cm, evitando com isso grandes ressecções e dificuldade para fechamento dos pilares mamários.

Traça-se uma linha curvada que sai do ponto A até o ponto C e D, respectivamente (Figura 5).

O Ponto E é marcado na linha média a 1 cm da aréola mais baixa. A distância AE é transferida para mama contralateral, delimitando superiormente a ressecção do parênquima (Figura 6).

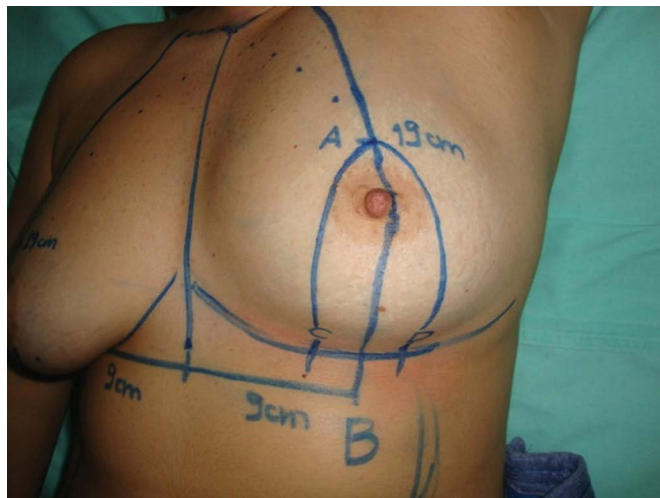


Figura 5. Marcação das linhas AC e AD, apresentando uma discreta curva, semelhante a uma torre.

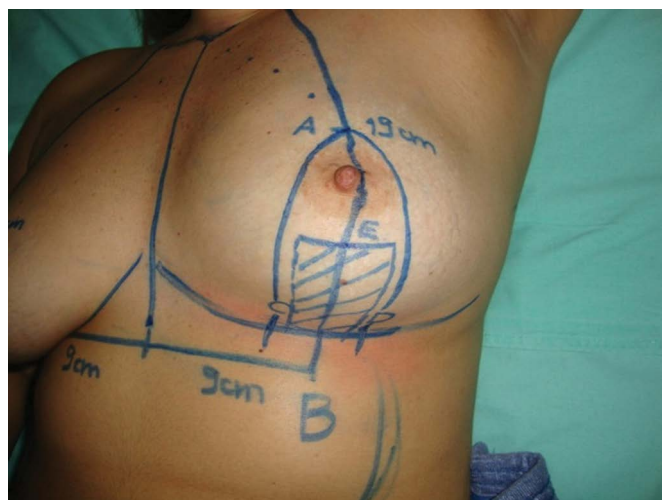


Figura 6. O ponto E é marcado 1 cm abaixo da aréola mais baixa, delimitando a ressecção superior do parênquima mamário. A distância AE é transferida para a outra mama.

Cirurgia

Inicia-se a cirurgia, aplicando a manobra de Schwartzmann na região periareolar e a incisão nas linhas marcadas previamente. Utilizando um gancho, a mama é suspensa no ponto A. Em seguida, o parênquima mamário é incisado (a 0,5 cm da pele) perpendicularmente até a fáscia do músculo peitoral maior. O excesso glandular é removido em forma de quilha (Figura 7). A loja do implante é então descolada no plano subglandular, de modo a receber adequadamente o implante (Figura 8). Após hemostasia ser criteriosamente revisada, o implante selecionado é introduzido, a aréola é reposicionada e os pilares são suturados em três planos com nylon 3-0 e 4-0 (Figuras 9 e 10). Quando devidamente suturada, a base da ressecção deve apresentar duas orelhas, que

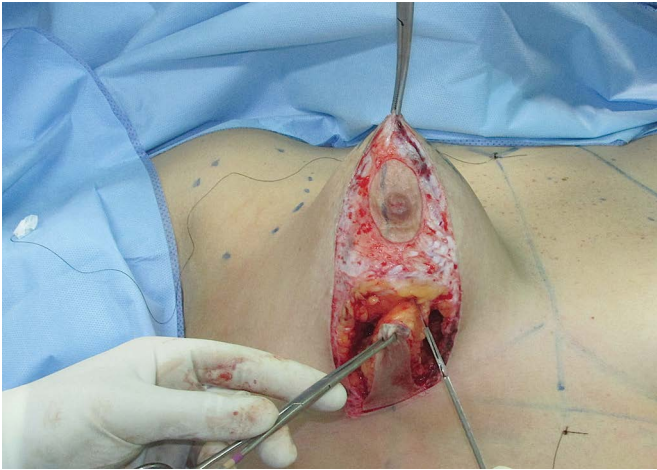


Figura 7. Após a realização da manobra de Schwartzmann, o tecido mamário é incisado perpendicularmente até a fascia do músculo peitoral, sendo removido em forma de quilha. Notar que a incisão dista 0,5 cm da pele.



Figura 10. Sutura dos pilares sendo realizada com nylon 3-0, após reposicionamento da aréola.

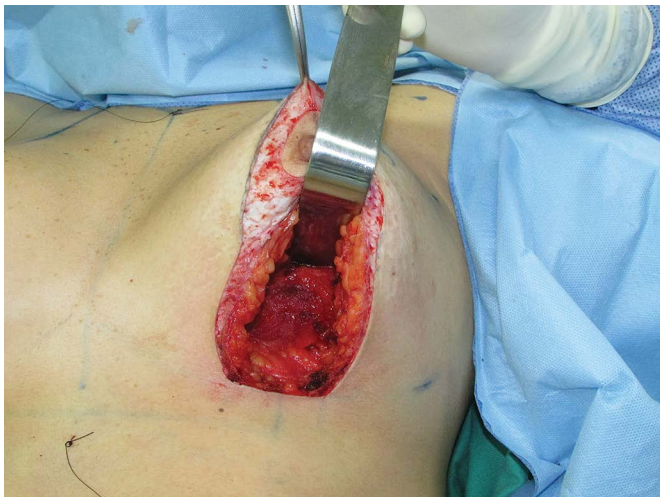


Figura 8. Visão do interior da loja subglandular dissecada.

são acomodadas com uma cicatriz horizontal (Figura 11). A nova posição da aréola deve estar entre 5,5 cm e 6,5 cm do sulco mamário, sendo marcada com o areolótomo, posicionada com pontos cardinais de nylon 5-0 e, posteriormente, intradérmico de monocril 3-0 (Figura 12).

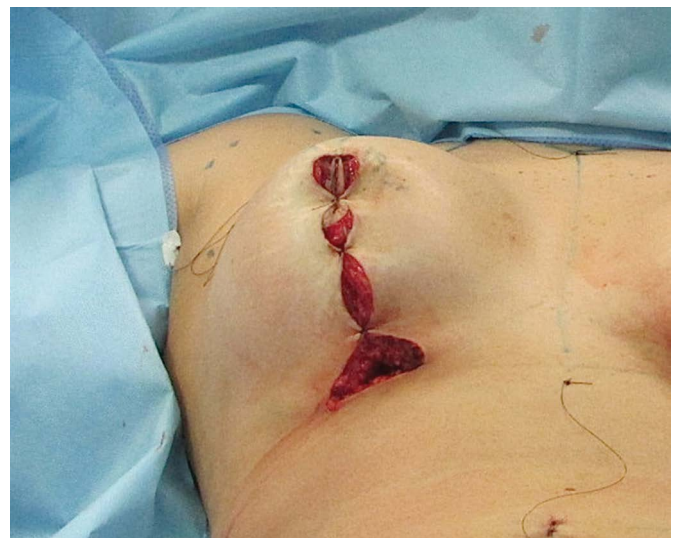


Figura 11. Após a aproximação dos pilares, duas orelhas se formarão na base da ressecção, devendo ser acomodadas com uma cicatriz horizontal.



Figura 9. Implante mamário posicionado dentro da loja subglandular.

O dreno de aspiração é utilizado mediante a avaliação perioperatória, não sendo indicado de rotina.

O curativo é realizado com tiras de micropore estéril e posteriormente um curativo oclusivo é aplicado.

O material ressecado é enviado para estudo anatomopatológico.



Figura 12. Após a sutura intradérmica, o resultado final apresenta uma vertical que varia de 5,5 cm até 6,5 cm e um cone mamário projetado e bem delimitado.

Cuidados pós-operatórios

Todas as pacientes tiveram alta em 24 horas, sendo o dreno retirado quando utilizado. Foi indicado o uso de sutiã cirúrgico por 30 dias.

O acompanhamento ambulatorial se fez semanal, nos primeiros 15 dias, e mensal durante os três meses seguintes.

O retorno às atividades laborativas foram liberadas após 21 dias de pós-operatório, sendo que exercícios físicos, como academia e esportes de contato, somente após 45 dias.

No sexto mês de pós-operatório, os pacientes foram arguidos sobre o grau de satisfação em relação a cirurgia, sendo orientados a opinar se estavam insatisfeitos, satisfeitos ou muito satisfeitos.

RESULTADOS

A técnica apresenta bons resultados, no que diz respeito à projeção do cone mamário e à consistência das mamas, além de aumentar a durabilidade do resultado cirúrgico e a satisfação do paciente.

Caso 1

Paciente A.G.M., 33 anos, G1 P2, enfermeira, amamentou durante 13 meses, relatando queda das mamas e diferença importante entre as mesmas (SIC). Foi submetida à mamoplastia redutora com implante mamário de poliuretano cônico (Advanced) perfil alto volume 185 cc (Figura 13: A, B e C – pré-operatório; D, E e F – pós-operatório).

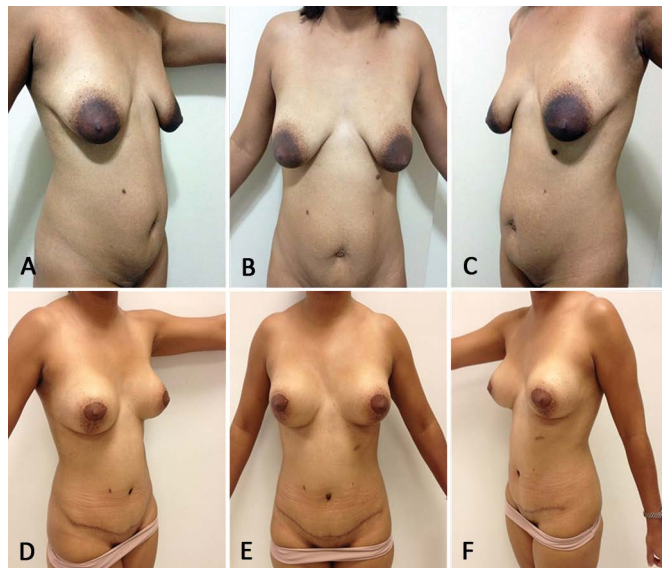


Figura 13. A, B e C Pré-operatório - D, E e F Pós-operatório de 8 meses.

Caso 2

Paciente E.S.F., 35 anos, G1P1, do lar, amamentou por 10 meses, relatando desconforto com a estética mamária, queixando-se de queda e diferença do formato das mamas (SIC). Foi realizada mamoplastia redutora com implante mamário de poliuretano cônico (Advanced) perfil alto volume 235 cc (Figura 14: A, B e C – pré-operatório; D, E e F – pós-operatório).

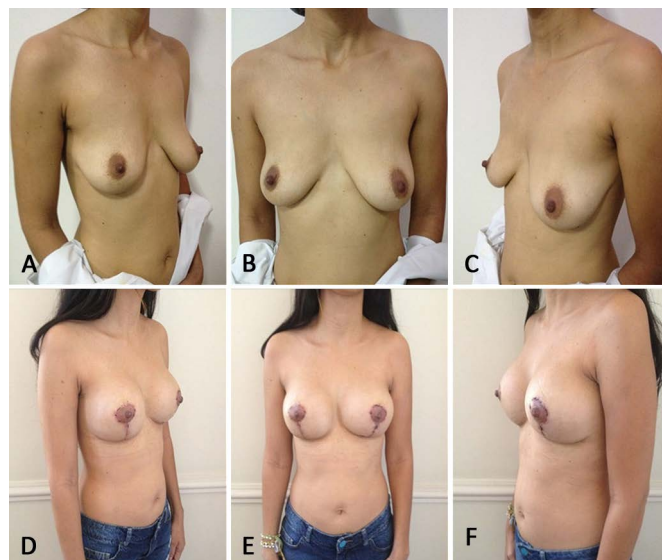


Figura 14. A, B e C Pré-operatório - D, E e F Pós-operatório de 6 meses.

Caso 3

Paciente L.M.F., 43 anos, G1P2, professora, relatando desconforto com a estética mamária, julgando estarem caídas e volumosas. Foi realizada mamoplastia redutora com implante mamário de poliuretano cônico (Advanced) perfil alto volume 185 cc. (Figura 15: A, B e C – pré-operatório; D, E e F – pós-operatório).



Figura 15. A, B e C Pré-operatório - D, E e F Pós-operatório de 11 meses.

Caso 4

Paciente S.A.A., 28 anos, G1P1, nutricionista, relatando desconforto com a estética mamária, que julga estar caída e de grande volume. Foi realizada mamoplastia redutora com implante mamário de poliuretano cônico (Advanced) perfil alto volume 235 cc (Figura 16: A, B e C – pré-operatório; D, E e F – pós-operatório).

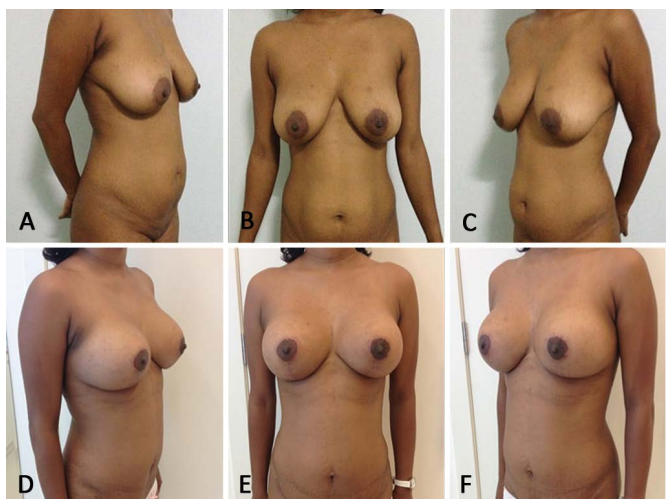


Figura 16. A, B e C Pré-operatório - D, E e F Pós-operatório de 9 meses.

No total das 15 cirurgias realizadas nesse trabalho, tivemos uma variação de diferença da medida das bases mamárias de 1 cm até 3 cm, o que acarretou em ressecções assimétricas variando de 75 g até 270 g. A maior diferença na mesma cirurgia foi de 165 g, 90 g mama direita e 255 g mama esquerda (Tabela 1).

Tabela 1. Complicações.

Complicações	Quantidade de Pacientes
Quelóide	1
Cicatriz hipertófica	1
Assimetria (queixa da paciente)	1
Descência	1
Nenhuma	9

Das 15 pacientes operadas, apenas uma se mostrou insatisfeita com o procedimento, relatando que a diferença das mamas permaneceu; duas se mostraram satisfeitas e 12 muito satisfeitas.

Durante o acompanhamento pós-operatório, tivemos três complicações: uma cicatriz hipertrófica, uma permanência de assimetria mamária (queixa da própria paciente) e uma deiscência (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A seleção adequada de pacientes, associada à boa utilização da técnica descrita, apresenta bons resultados, no que diz respeito ao posicionamento adequado das estruturas da mama e à maior durabilidade do resultado tanto na consistência quanto na projeção do cone mamário^{9,10}.

Apesar de apresentar um paradoxo – retirar tecido mamário para colocar um implante de silicone –, a cirurgia para redução mamária com utilização implante consegue agregar as vantagens das duas técnicas cirúrgicas (mamoplastia redutora e mamoplastia de aumento). Desta forma, permite resultados que agradam tanto o paciente quanto o cirurgião, principalmente nas mamas com flacidez de pele acentuada, com diminuição do volume mamário e perda da consistência mamária.

O exame físico é fundamental para uma boa indicação da técnica, pelo qual se deve avaliar o tipo de pele (se flácida ou não, com estrias) e o tipo de parênquima mamário (glandular, gorduroso ou misto). Estas variáveis e a avaliação da assimetria mamária vão interferir diretamente na técnica cirúrgica a ser empregada.

Como o objetivo da utilização de implantes, nesta cirurgia, não é o aumento mamário e sim a substituição parenquimatosa, necessitamos de implantes com projeção elevada e com volume reduzido. Baseado nesta necessidade, a escolha de implantes cônicos justifica-se pelo fato deste modelo apresentar base

Tabela 2. Relação de volume das ressecções mamárias.

Nome	Idade	Diferença da medida das bases	Ressecção da mama direita	Ressecção da mama esquerda	Volume do implante	Acompanhamento	IMC
A.G.M	33 anos	2 cm	150g	190g	185 cc	8 meses	25 kg/cm ²
S.A.A	28 anos	1,5 cm	200 g	230g	185 cc	18 meses	26,3 kg/cm ²
E.S.F	35 anos	2 cm	160g	75g	235 cc	10 meses	24 kg/cm ²
M.A.M	26 anos	2,5 cm	100 g	220g	185 cc	9 meses	24,7 kg/cm ²
L.M.F	43 anos	1,5 cm	135 g	90g	185 cc	25 meses	27,8 kg/cm ²
A.C.C	27 anos	1 cm	120 g	100g	185 cc	11 meses	29,5 kg/cm ²
E.M.S	44 anos	1 cm	130 g	190 g	235 cc	20 meses	24,6 kg/cm ²
S.L.A	31 anos	2 cm	200 g	140g	185 cc	7 meses	26,7 kg/cm ²
F.C.C	52 anos	1 cm	220 g	250 g	235 cc	7 meses	25,9 kg/cm ²
G.L.L	62 anos	2 cm	130 g	170 g	235 cc	13 meses	27 kg/cm ²
A.PC	34 anos	2,5 cm	150 g	270 g	185 cc	13 meses	28,6 kg/cm ²
PM.V	43 anos	3 cm	90 g	255g	185 cc	6 meses	28,4 kg/cm ²

IMC: Índice de Massa Corpórea

estreita e projeção alta, o que permite um volume reduzido no resultado final. Outro ponto positivo é que a consistência da prótese não diminui com o tempo, ao contrário do que acontece com os retalhos, que além de perderem a consistência, resultam em uma menor projeção do polo superior ao longo do tempo.

Como consequência da mama mais projetada, temos uma cicatriz vertical mais longa e uma horizontal menor¹¹.

Outra vantagem da técnica é facilitar a simetrização mamária, por meio da marcação desigual do excesso cutâneo, que permite uma ressecção tecidual maior nas mamas com base maiores e mais conservadora nas menores.

As principais desvantagens são: o custo elevado dos implantes e o risco de complicações inerentes ao seu uso, como infecção, rotação e contratatura capsular.

Como existe a possibilidade de fazermos a redução mamária sem a utilização de implantes, esse fator deve ser discutido com o paciente, mostrando sempre os pontos favoráveis e os negativos, descritos anteriormente.

CONCLUSÃO

A mamoplastia visa uma adequação entre o conteúdo e o continente mamário, mantendo uma boa relação entre o complexo aréolo papilar e o sulco mamário. Existem inúmeras técnicas, baseadas em variáveis como volume mamário, flacidez da pele, tipo de parênquima, entre outros, que buscam sempre no final, a satisfação do paciente.

A segurança oferecida pelas novas gerações de implantes mamários nos permite avançar na cirurgia da mama, propondo uma técnica mista, em um único tempo cirúrgico, na qual a substituição do parênquima mamário associado à colocação dos implantes nos permite mamas mais projetadas e de consistência mais firme.

REFERÊNCIAS

- Mélega JM. Cirurgia estética, cirurgia plástica: fundamentos e arte. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.435-545.
- Schartzman E. Die technik der mammaplastik. Der Chirurg. 1930;2:932.
- Arié G. Nova técnica em mamoplastia. Rev Latinoam Cir Plast. 1957;3:22-8.
- Strombeck JO. Reduction mammaplasty. In: Grabb WC, Smith JW, eds. Plastic surgery. Boston: Little, Brown and Co;1968.
- Pitanguy I. Hipertrofias mamárias: estudo crítico da técnica pessoal. Rev Bras Cir. 1966;56:263.
- Skoog T. Plastic surgery: new methods and refinements. Philadelphia: Saunders; 1974.
- Ribeiro L, Accorsi A Jr, Buss A, Marcal-Pessoa M. Creation and evolution of 30 years of the inferior pedicle in reduction mammaplasties. Plast Reconstr Surg. 2002;110(3):960-70. PMID: 12172167 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200209010-00038>
- Ribeiro L, Backer E. Mastoplastia com pedicelo de seguridad. Rev Esp Cir Plast. 1973;16:223-34.
- Saldanha OR. Uso de prótese em mamoplastia redutora. Arq Catarin Med. 2000;29(supl. 1):261.
- Saldanha OR, Maloof RG, Dutra RT, Luz OAL, Saldanha Filho O, Saldanha CB. Mamoplastia redutora com implante de silicone. Rev Bras Cir Plást. 2010;25(2):317-24.
- Peixoto G. Reduction mammaplasty: a personal technique. Plast Reconstr Surg. 1980;65(2):217-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198002000-00015>

*Autor correspondente:

Leonardo Araujo Guimarães

Rua Barao de Icarai, 16, Flamengo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
CEP 22250-110

E-mail: drleonardoguimaraes@gmail.com