



Mamoplastia redutora com realização de técnica de Pitanguy, associada ao retalho de Silveira Neto para ascensão de complexo areolopapilar

Reduction mammoplasty with combined Pitanguy technique and Silveira Neto flap for nipple-areolar complex elevation

LUCIANA ABDALLA ROSA
GASPARONI^{1,2*}
FARID HAKME³

■ RESUMO

Introdução: A hipertrofia mamária é uma alteração do contorno corporal bastante frequente, e de grande importância clínica, já que repercute na mulher tanto psicologicamente como funcionalmente, em especial nas grandes hipertrofias. Para evitar o sofrimento vascular e necroses nos casos de mamoplastias redutoras em grandes hipertrofias e ptoses severas, uma opção segura é a realização de mamoplastia redutora a Pitanguy, associada à confecção de retalho dermoglandular areolado superomedial de Silveira Neto. **Métodos:** Foram realizadas, no período de abril de 2014 a julho de 2016, 14 mamoplastias redutoras utilizando a técnica descrita. A ressecção de parênquima variou entre 900 gramas a 1.800 gramas, e a distância de deslocamento superior do complexo areolopapilar variou entre 5 e 15 centímetros. Observou-se a incidência de complicações vasculares e cicatriciais do complexo areolopapilar. **Resultados:** Todas as pacientes referiram satisfação com o resultado estético e funcional obtidos pela cirurgia. Em quatro pacientes, houve pequena área de epidermólise na região de encontro do sulco submamário com a cicatriz vertical, que cicatrizaram por segunda intenção, sem causar grandes sequelas estéticas. Em nenhum dos casos houve epidermólise ou necrose parcial ou total do complexo areolopapilar, apesar de grandes ascensões dos mesmos. Houve dois casos de hipocromia em pequena área da margem areolar. **Conclusão:** Para o tratamento de grandes hipertrofias mamárias, a combinação das técnicas selecionadas foi bem-sucedida em possibilitar grandes reduções volumétricas, correção de ptoses severas, com elevação do complexo areolopapilar por distâncias significativas, com segurança. Desta forma, foram obtidos bons resultados estéticos e funcionais, sem sofrimentos vasculares do complexo areolopapilar.

Descritores: Mamoplastia; Mama/anormalidades; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Retalhos cirúrgicos; Aréola.

Instituição: Hospital da Plástica,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 14/7/2016.
Artigo aceito: 19/9/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0058

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Hospital da Plástica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Mammary hypertrophy is common, and has great clinical importance, affecting women both psychologically and functionally, especially when severe. To avoid vascular compromise and necrosis associated with reduction mammoplasty in cases with severe hypertrophy and ptosis, a safe option involves combined use of Pitanguy technique and a Silveira Neto areolar superomedial dermoglandular flap. **Methods:** Fourteen reduction mammoplasties were performed between April 2014 and July 2016 with the combined technique. Parenchymal resection ranged from 900 to 1,800 g, and the superior displacement distance of the nipple-areolar complex ranged from 5 to 15 cm. Vascular and scarring complications of the nipple-areolar complex were evaluated. **Results:** All patients reported satisfaction with the aesthetic and functional results obtained with surgery. A small area of sloughing where the inframammary crease and the vertical scar intersect was observed in 4 patients; healing occurred by second intention, without significant aesthetic sequelae. Neither sloughing nor partial or total necrosis of the nipple-areolar complex were observed, despite the significant elevation. Two cases of hypopigmentation of a small area at the areolar margin were observed. **Conclusion:** The combined technique was successful in the treatment of prominent mammary hypertrophy, enabling safe reduction of large volumes, correction of severe ptosis, and significant elevation of the nipple-areolar complex. Good aesthetic and functional results were obtained, without vascular compromise of the nipple-areolar complex.

Keywords: Mammoplasty; Breast/abnormalities; Reconstructive surgical procedures; Surgical flaps; Areola.

INTRODUÇÃO

A hipertrofia mamária é uma alteração do contorno corporal de elevada frequência no Brasil. Apresenta grande importância clínica, já que repercute na mulher tanto psicologicamente, pelo efeito estético indesejado, como funcionalmente, por distúrbios posturais, desconforto físico e até mesmo respiratório nas grandes hipertrofias^{1,2}.

Nas últimas décadas, foram desenvolvidas diversas técnicas cirúrgicas para correção desta deformidade mamária, pela redução do volume glandular e correção da ptose, visando obter um melhor resultado estético, com maior segurança e menor índice de complicações no pós-operatório. Dentre as complicações observadas nas mamoplastias redutoras, em especial nos casos de grandes hipertrofias mamárias, estão as cicatrizes inestéticas e alterações de sensibilidade do complexo areolopapilar, porém, as complicações mais graves e temidas são representadas pelo sofrimento vascular do complexo areolopapilar, com conseqüente epidermólise e necrose parcial ou completa do mesmo, gerando importantes sequelas.

Para evitar o sofrimento vascular e necroses nos casos de mamoplastias redutoras em grandes hipertrofias e ptoses severas, as quais demandam grandes ascensões do complexo areolopapilar, uma opção segura é a realização de mamoplastia redutora à Pitanguy, associada à confecção de retalho dermoglandular areolado monopediculado de base medial, desenvolvido por Silveira Neto³.

A classificação utilizada para graduação da ptose mamária foi a de Regnault (Quadro 1). A mesma classifica a ptose verdadeira em três graus, baseando-se na posição da aréola em relação ao sulco mamário, pele e glândula mamária. Regnault faz ainda a definição de ptose parcial (ou ptose glandular) e pseudoptose⁴.

OBJETIVO

Descrever as características pré e pós-operatórias das pacientes submetidas à técnica de mamoplastia redutora a Pitanguy, com associação de retalho dermoglandular areolado superomedial de Silveira Neto, para grandes ascensões do complexo areolopapilar, visando

quantificar a frequência de complicações vasculares e cicatriciais do mesmo.

MÉTODOS

O trabalho seguiu os princípios de Helsinque. Todas as pacientes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizadas, no período de abril de 2014 a julho de 2016, no Hospital da Plástica, Rio de Janeiro, RJ, 14 mamoplastias redutoras utilizando a técnica de Pitanguy, associada à confecção de retalho dermoglandular areolado monopediculado de base medial de Silveira Neto. As pacientes selecionadas tinham idades entre 19 e 56 anos.

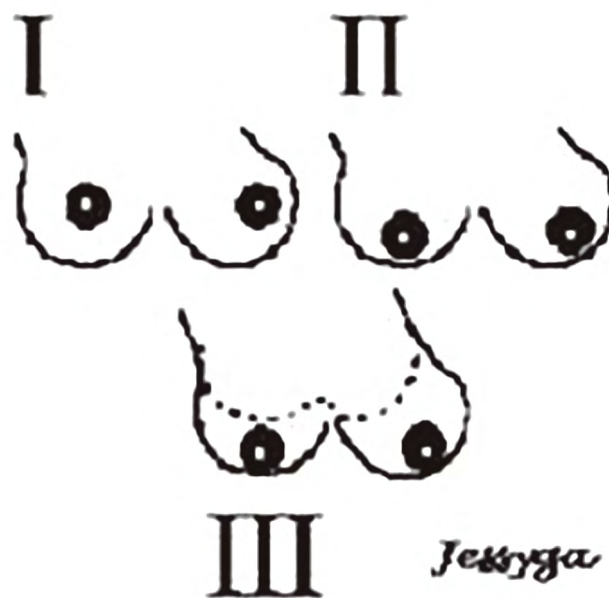
Os critérios de indicação cirúrgica foram a presença de hipertrofia mamária e ptose severa, graus II e III de Regnault (Figura 1 e Quadro 1) associadas a queixas estéticas ou algicas pelas pacientes.

Critérios de exclusão utilizados foram pacientes com pseudoptoses, ptoses parciais e ptoses grau I de Regnault (Figura 1 e Quadro 1), pacientes já submetidas a cirurgias mamárias prévias, tabagistas e vasculopatas.

Avaliação pré-operatória foi feita por meio de exame físico, fotografias pré-operatórias em posição ortostática em incidências frontal oblíqua direita e esquerda e perfil direito e esquerdo. Realizados exames laboratoriais, risco cirúrgico, raio X de tórax e exames de imagem mamária, sendo ultrassonografia para pacientes com menos de 35 anos, e mamografia para pacientes com mais de 35 anos.

As pacientes foram operadas sob anestesia geral ou peridural alta associada à sedação. A posição operatória adotada foi semissentada, com os braços abduzidos em 90 graus. A marcação cirúrgica foi realizada com azul de metileno, seguindo a técnica de Pitanguy, com a marcação do ponto A (Figura 2), que reflete a projeção do sulco submamário sobre a linha hemiclavicular

Pelo pinçamento digital (Figura 3) estima-se a quantidade de tecido a ser ressecada, sendo marcados os pontos B e C, formando um triângulo com o ponto A, em seguida, marcam-se os pontos D e E (Figura 4), que correspondem aos limites medial e lateral da incisão horizontal. Marca-se a primeira mama e transfere-se a marcação através de fios ou compasso para a mama



Fonte: Regnault P Breast ptosis: definition and treatment. Clin Plast Surg. 1976;3(2):193-203⁴.

Figura 1. Regnault - Classificação de Ptoses mamárias.

contralateral^{1,2} (Figura 5). Realizada tatuagem com perfurações de agulha de calibre de 0,7 mm. Realizada infiltração das mamas com solução de soro fisiológico e adrenalina a uma concentração 1:200.000.

Iniciam-se as incisões pela aréola (Figura 6), com realização de manobra de Schwartzmann de desepiteliação da região periareolar, com preservação do leito vascular dérmico⁵. Realizada ressecção de parênquima mamário restrita ao polo inferior da mama, de maneira plana ou em forma de “quilha de navio invertida”¹ (Figura 7).

Confecção de retalho dermoglandular areolado monopediculado de base medial, (Figura 8) mantendo-se uma espessura total de aproximadamente 2 a 3 centímetros (Figura 9), com rotação do mesmo lateralmente e ascensão do complexo areolopapilar até o ponto A (Figuras 10 e 11).

Realizada a revisão de hemostasia, aproximação dos pilares medial e lateral do parênquima mamário. Realizada aproximação dos pontos C e D à linha horizontal, montagem da mama com o uso de pontos simples e separados nas incisões vertical e horizontal (Figura 12) e

Quadro 1. Classificação de Regnault para ptoses mamárias.

Ptose completa ou verdadeiras	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 mamário e ptose da glândula	
Pseudoptose	Aréola acima do sulco mamário. Pele frouxa por hipoplasia (por exemplo, perda de peso acentuada, pós-gestacional)	

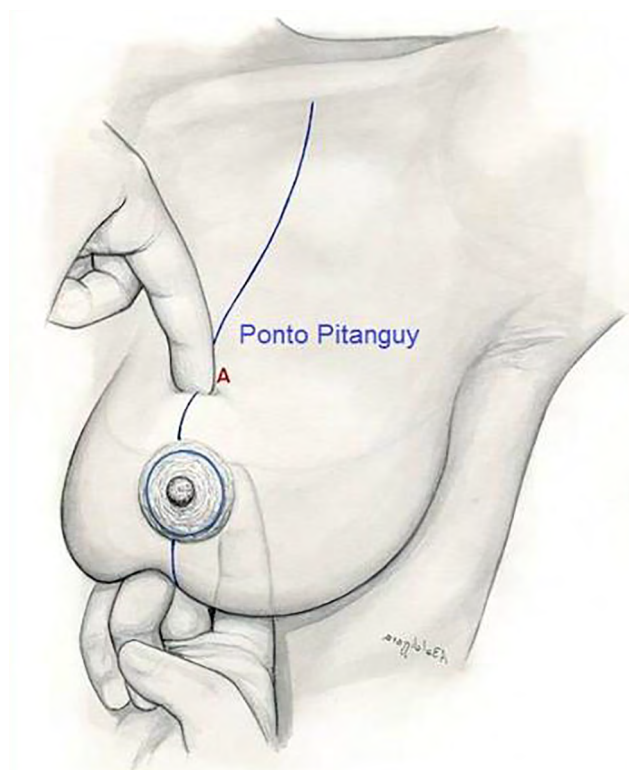


Figura 2. Marcação do Ponto A - Projeção do sulco submamário na linha hemiclavicular.

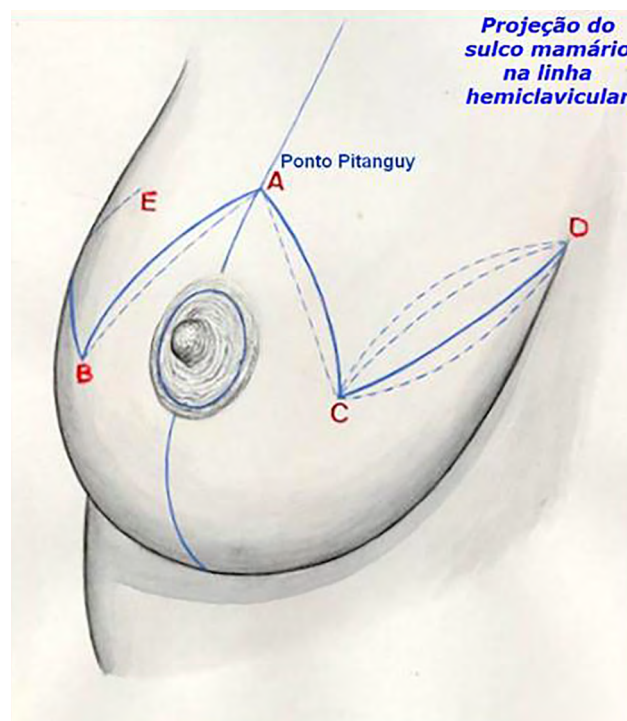


Figura 4. Marcação à Pitanguy-Marcação clássica de Pitanguy.

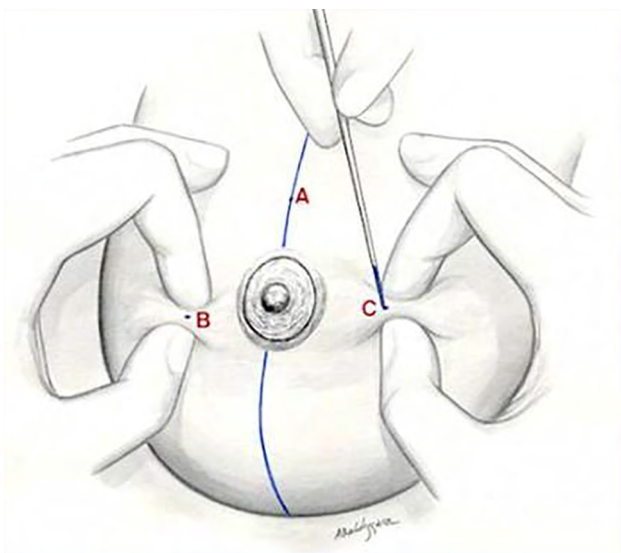


Figura 3. Marcação dos pontos B e C - Manobra de pinçamento digital.

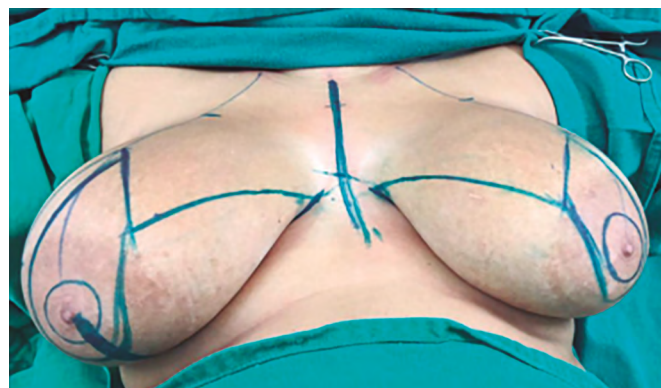


Figura 5. Marcação pela técnica de Pitanguy.

posterior marcação da localização definitiva do complexo areolopapilar com auxílio de areolótomo na localização mais harmônica (Figura 13). Não foram utilizados drenos. Realizada a síntese por planos, utilizando fios de nylon 3.0 e 4.0 e síntese da pele com sutura intradérmica com monocryl 4.0. Realizado curativo compressivo e alta hospitalar após 24 horas de pós-operatório.

A ressecção de parênquima variou entre 900 gramas a 1.800 gramas, e a distância de deslocamento superior do complexo areolopapilar variou entre 5 e 15 centímetros.

Os pontos de sutura externos são retirados até 14º dia de pós-operatório. São realizadas consultas semanais até o 30º dia de pós-operatório e, posteriormente, com 3, 6 e 12 meses de pós-operatório.

RESULTADOS

As 14 pacientes foram submetidas à associação de técnicas cirúrgicas descrita. A ressecção de parênquima variou entre 1000 gramas a 1.800 gramas, e a distância de deslocamento superior do complexo areolopapilar variou entre 5 e 15 centímetros. Todas as pacientes referiram

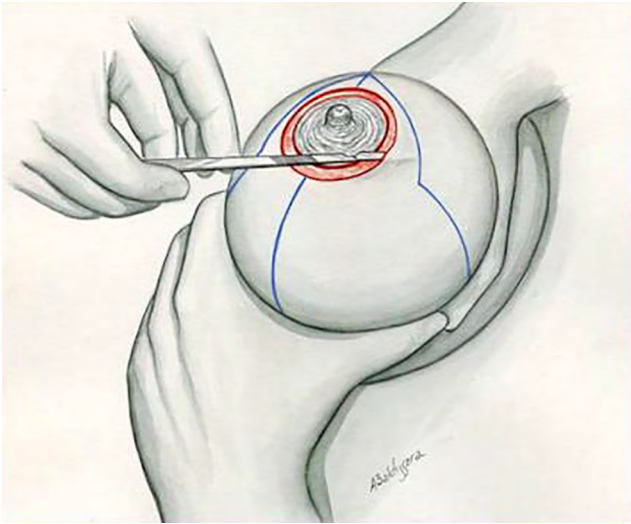


Figura 6. Manobra de Schwartzmann de decorticação da região periareolar.



Figura 8. Deseptelização do pedículo areolar superomedial.

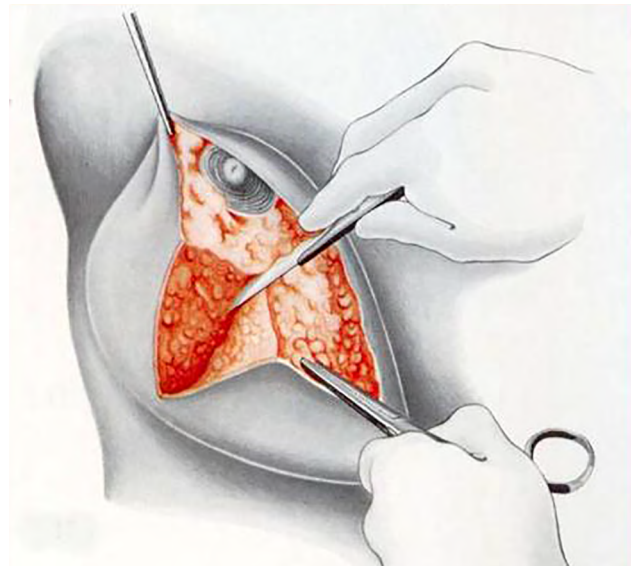


Figura 7. Ressecção parenquimatosa plana.



Figura 9. Confeção pedículo areolar superomedial.

satisfação com o resultado estético e funcional obtidos pela cirurgia (Figuras 14 e 15).

Em quatro pacientes houve pequena área de epidermólise na região de encontro do sulco submamário com a cicatriz vertical, que cicatrizaram por segunda intenção, sem causar grandes sequelas estéticas. Em nenhum dos casos houve epidermólise ou necrose parcial ou total do complexo areolopapilar, apesar de grandes ascensões dos mesmos. Houve dois casos de hipocromia em pequena área da margem areolar (Figura 16).

DISCUSSÃO

A mamoplastia redutora é uma das cirurgias mais comuns na prática do cirurgião plástico. A escolha do procedimento cirúrgico para cada caso específico deve

levar em conta a indicação cirúrgica, a segurança do método, as complicações pós-operatórias e os resultados tardios. O tratamento de grandes hipertrofias mamárias consiste num desafio ainda maior para o cirurgião, pois, nesses casos, a ptose normalmente é mais severa, e há a necessidade de grandes ressecções parenquimatosas, o que torna mais difícil a ascensão do complexo areolopapilar e seu posicionamento no local adequado.

Desta forma, há a necessidade de se realizar técnicas que utilizem pedículos vasculares para garantir um suprimento sanguíneo adequado, e evitar sofrimentos e necroses areolares. Foram descritas diversas técnicas, baseadas sobretudo na vascularização do complexo

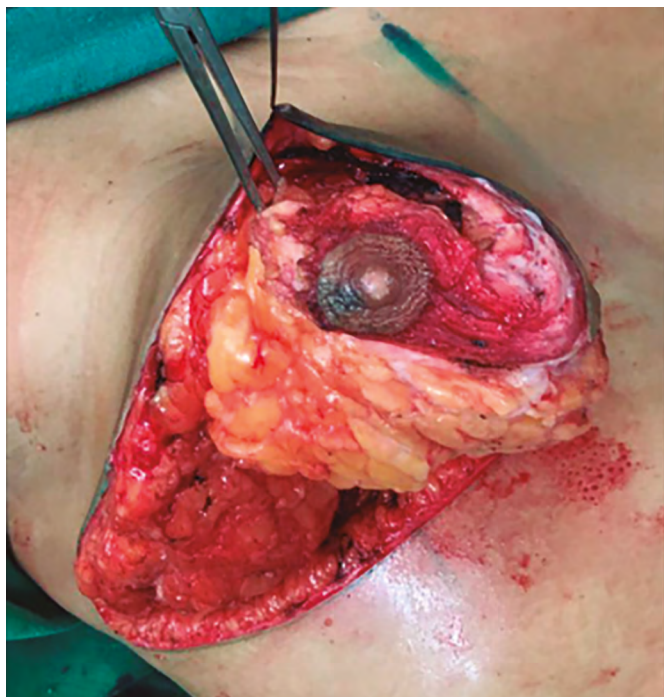


Figura 10. Rotação do pedículo lateralmente, com elevação do complexo areolopapilar até o ponto A.

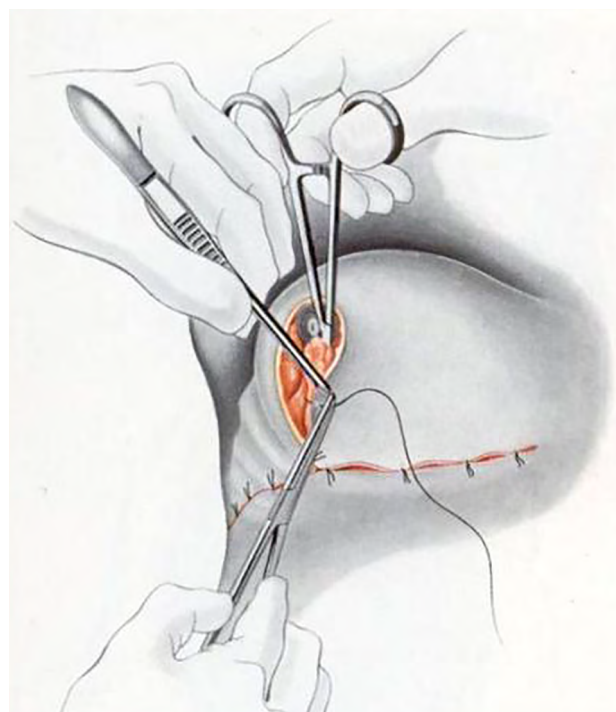


Figura 12. Montagem do cone mamário com pontos simples nas incisões vertical e horizontal.



Figura 11. Aspecto final demonstrando elevação do complexo areolopapilar sem tensão.

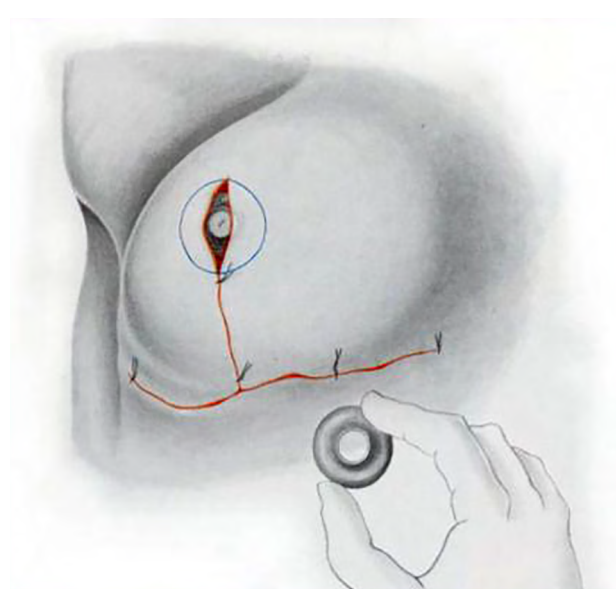


Figura 13. Posicionamento da marcação da aréola através de areolótomo.

areolopapilar. Essas podem ter dois pedículos transversais, a exemplo da técnica descrita por Pitanguy^{1,2} ou verticais, como na técnica de McKissoc⁶ ou baseado em um pedículo, como a exemplo da técnica de Skoog^{7,8}, que utiliza um pedículo lateral, ou a técnica de Silveira Neto³, que utiliza um pedículo medial.

A técnica selecionada para as pacientes deste trabalho, de confecção de retalho dermoglandular areolado monopediculado de base medial, descrita por Silveira Neto em 1976³, tem por base a vascularização da artéria mamária interna. A técnica se mostrou eficaz para o tratamento de casos de grandes hipertrofias, com o

uso de um seguro retalho areolado, que permite grandes deslocamentos superiores do complexo areolopapilar, com baixo risco de complicações isquêmicas e deformidades relacionadas à tensão. Esta se mostrou uma excelente alternativa aos enxertos livres de aréola para os casos mais difíceis, com a vantagem de promover, no pós-operatório, maior qualidade estética e melhor sensibilidade da região areolar.

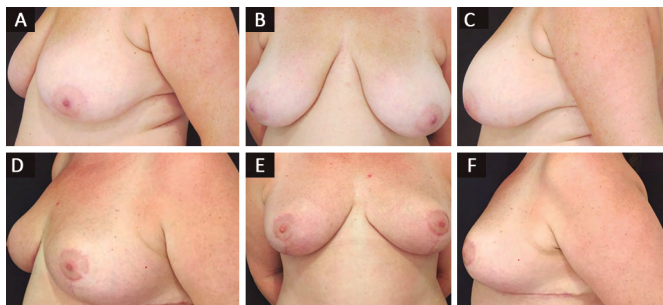


Figura 14. A, B e C: Pré-operatório; D, E e F: Pós-operatório de 6 meses.

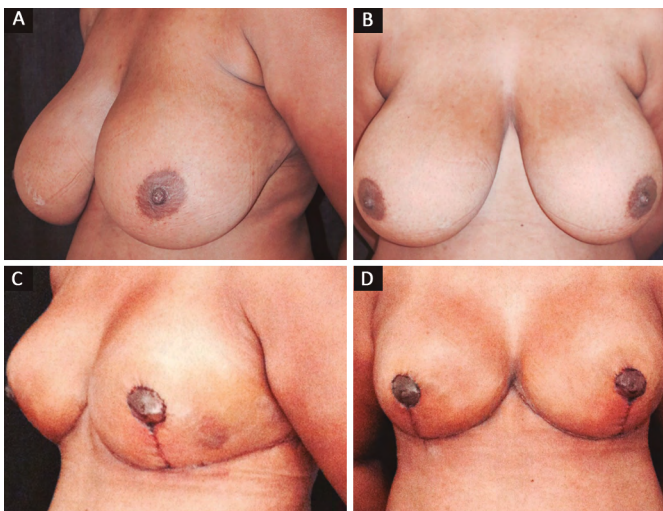


Figura 15. A e B: Pré-operatório; C e D: Pós-operatório de 1 mês.

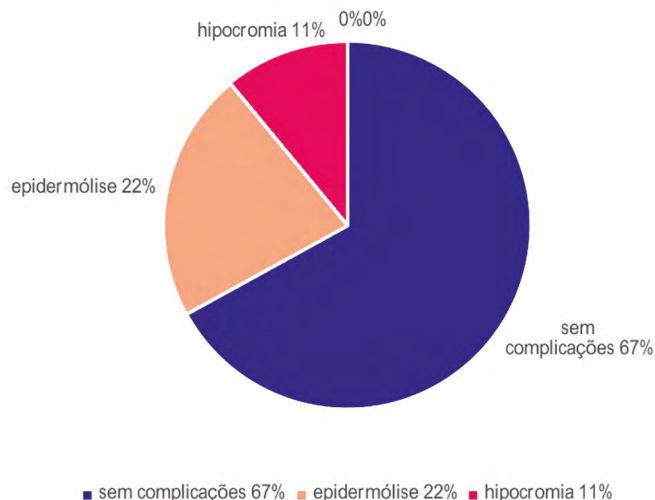


Figura 16. Complicações pós-operatórias.

*Autor correspondente:

Luciana Abdalla Rosa Gasparoni
Rua Visconde de Pirajá, 351, sala 614 - Ipanema - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
CEP 22410-906
E-mail: lucianabdalla@hotmail.com

CONCLUSÃO

Para o tratamento de grandes hipertrofias mamárias, a combinação das técnicas selecionadas foi bem-sucedida em possibilitar grandes reduções volumétricas, correção de ptoses severas, com elevação do complexo areolopapilar por distâncias significativas, com segurança. Desta forma, foram obtidos bons resultados estéticos e funcionais, sem sofrimentos vasculares do complexo areolopapilar.

COLABORAÇÕES

LARG Análise e interpretação dos dados; concepção e desenho do estudo; realização de cirurgias; Redação do manuscrito.

FH Revisão crítica e aprovação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- Pitanguy I. Une nouvelle technique de plastie mammaire. Étude de 245 cas consécutifs et présentation d'une technique personnelle. *Ann Chir Plast (Marseille)*. 1962;7(3):199-208.
- Pitanguy I, Salgado F, Radwansky HN. Reduções mamárias: técnicas pessoais sem descolamento cutâneo. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Cirurgia Estética*. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2003. p. 477-84.
- Silveira Neto E. Mastoplastia redutora setorial com pedículo areolar interno. In: *Anais do XIII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica e I Congresso Brasileiro de Cirurgia Estética*; Abr 1976; Porto Alegre, RS, Brasil. EMMA.
- Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg*. 1976;3(2):193-203.
- Schwarzmann E. Die technik der mammoplastik. *Chirurg*. 1930;2:932-43.
- McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg*. 1972;49(3):245-52. PMID: 4551235 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197203000-00001>
- Skoog T. A technique of breast reduction; transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. *Acta Chir Scand*. 1963;126:453-65. PMID: 14072329
- Skoog TG. Breast hypertrophy. A method of reduction. In: Skoog TG, ed. *Plastic surgery: New method and refinements*. Philadelphia: Saunders; 1974. p. 333-80.