

Conceituação sobre as Mamoplastias e Mastopexias

Claudio Cardoso de Castro¹
José Horácio Aboudib²
Reinaldo Fernandes Salema Coelho²
Maria Gatorno²

- 1] Professor Adjunto e Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro Titular da SBCP
- 2] Mestre em Cirurgia Plástica. Membro Titular da SBCP.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Endereço para correspondência:

Claudio Cardoso de Castro
R. Carlos Góis, 375/307
Rio de Janeiro - RJ
22440-040

Fone: (21) 2511-2242
e-mail: cdecastro@uol.com.br

Descritores: Mamoplastia; redução mamária; mastopexia; cirurgia plástica das mamas.

RESUMO

Muitas técnicas têm sido descritas para a mamoplastia redutora e para a mastopexia.

As técnicas para a mamoplastia redutora e para a mastopexia combinam a ressecção de pele e tecido mamário. A avaliação do excesso de pele e da quantidade de tecido a ser removido é elemento decisivo nas mamoplastias. O formato da pele difere de paciente para paciente, dependendo da qualidade da pele e da relação desta com o tecido glandular.

Os princípios descritos neste trabalho foram utilizados em mais de 4.000 pacientes. A evolução a longo prazo mostrou resultados satisfatórios. A cicatriz é um problema que incomoda mais ao cirurgião que às pacientes.

Conclui-se que a paciente ao submeter-se à mamoplastia sabe que portará cicatriz após a operação. Contudo, a aparência da cicatriz é mais importante que seu comprimento.

INTRODUÇÃO

As técnicas da mamoplastia redutora e da mastopexia vêm se desenvolvendo gradualmente, assim como seus conceitos filosóficos. O sucesso da mamoplastia redu-

tora é atingido obtendo-se boa aparência, consistência, tamanho e forma adequados, com a menor cicatriz possível.

Em todas as cirurgias mamárias há ressecção de pele e tecido mamário, mas não se deve utilizar o mesmo tipo de ressecção de pele e tecido mamário para todas as pacientes.

Quando uma paciente deseja realizar uma mamoplastia, é porque não está satisfeita com a aparência das mamas. Ela está muito mais preocupada com a aparência após a cirurgia do que com a cicatriz. Não faz sentido incisar a mama sem conseguir a melhor forma possível apenas para reduzir o tamanho da cicatriz que vai existir.

Deve-se prover o melhor resultado, não apenas melhorar a aparência. Um resultado final com uma pequena cicatriz e forma ruim será questionado pela paciente. Se o resultado for uma cicatriz extensa e pouco evidente, porém com boa aparência das mamas, deixará a paciente satisfeita. Cirurgia da mama é uma troca de mamas cuja forma desagrada a paciente por mamas com excelente forma, aspecto e consistência, mas, com cicatriz. A cirurgia bem conduzida geralmente deixa cicatrizes pouco visíveis.

Toda paciente que solicita uma mamoplastia sabe de antemão que dessa operação resultará uma cicatriz. Toda mama é diferente, assim sendo, todas as cirurgias serão diferentes e, conseqüentemente, todas as cicatrizes serão diferentes em qualidade e aparência, pouco importando o comprimento. É o aspecto da cicatriz que importa e não o seu tamanho.

PLANEJAMENTO DA MAMAPLASTIA

Quando planejamos uma mamoplastia, muitos fatores devem ser considerados: a) o tamanho e a consistência das mamas; b) o grau de ptose; c) a distância entre a fúrcula esternal e os mamilos; d) a qualidade da pele; e, o mais importante, e) a relação entre o tecido

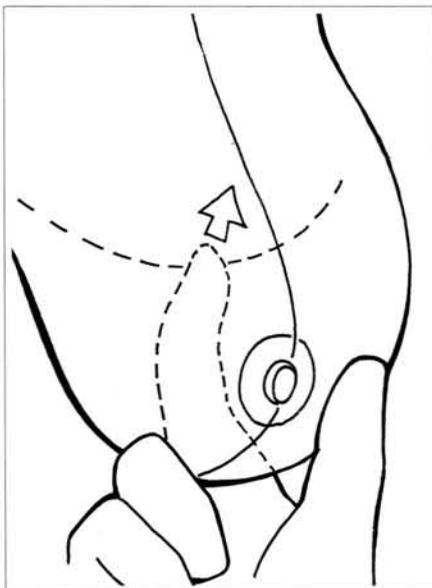


Fig. 1a - Representação esquemática da marcação do ponto "A".



Fig. 1b - Visão trans-operatória.



Fig. 1c - Avaliação da localização dos pontos "B" e "C".



Fig. 1d - Visão trans-operatória.



Fig. 1e - Outra visão trans-operatória da demarcação dos pontos "B" e "C".



Fig. 2a - Ponto "A" unido aos pontos "B" e "C". Estas linhas podem ser mais ou menos curvas, dependendo da flacidez mamária. Estas linhas não devem exceder 7 cm.

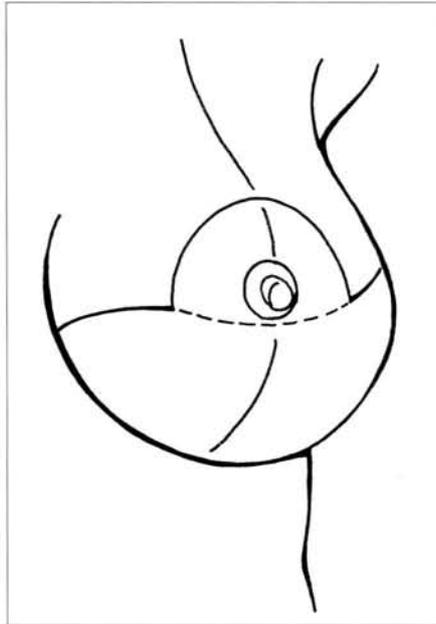


Fig. 2b - Os pontos "B" e "C" são conectados às extremidades do sulco mamário.



Figs. 3a e b - Visão pré-operatória de uma paciente com ptose mamária. Não há tecido no pólo superior mamário. Volumosos excessos de pele.



Figs. 3c e d - 1 ano pós-mastopexia. Somente a pele foi removida. Não se notam as cicatrizes.

mamário e a pele. Dependendo dessas variantes, nossa opinião é que cada mama deve ter uma demarcação própria (não usar um padrão) e individualização na ressecção tecidual⁽¹⁾. Em resumo, quanto maior o excesso de pele em relação ao tecido mamário, maior será a quantidade de pele removida. A quantidade de pele ressecada determina a extensão da cicatriz inframamária, dependendo do tamanho da mama e principalmente da relação entre pele e tecido mamário.

Ao tentamos reduzir o comprimento da cicatriz, frequentemente comprometemos a forma e aparência da mama.

Em primeiro lugar serão discutidos os tipos de marcação da pele e, posteriormente, serão descritas as formas de ressecção de tecido.

MARCAÇÃO CIRÚRGICA - RESSECÇÃO DA PELE

Primeiramente, traça-se uma linha hemiclavicular até o sulco submamário passando pelo mamilo. Na projeção dessa linha no sulco submamário, marca-se um ponto. Esse ponto, chamado "A", corresponde à futura posição do complexo aréolo-mamilar. Este ponto pode ser

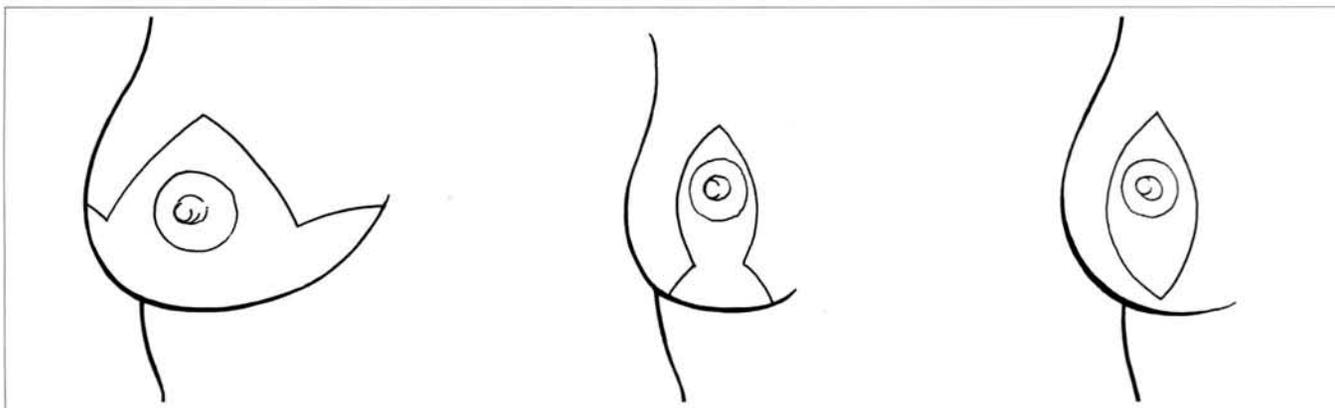
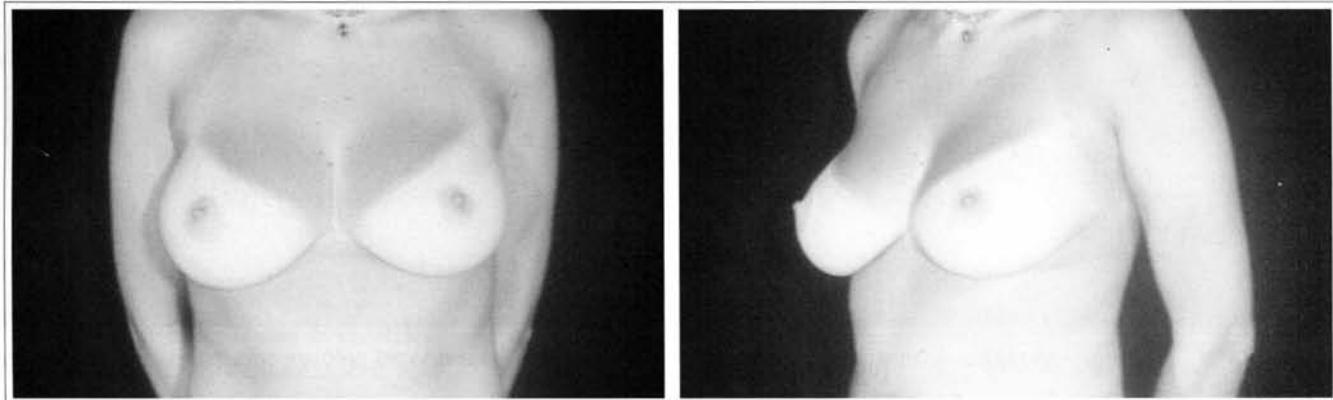
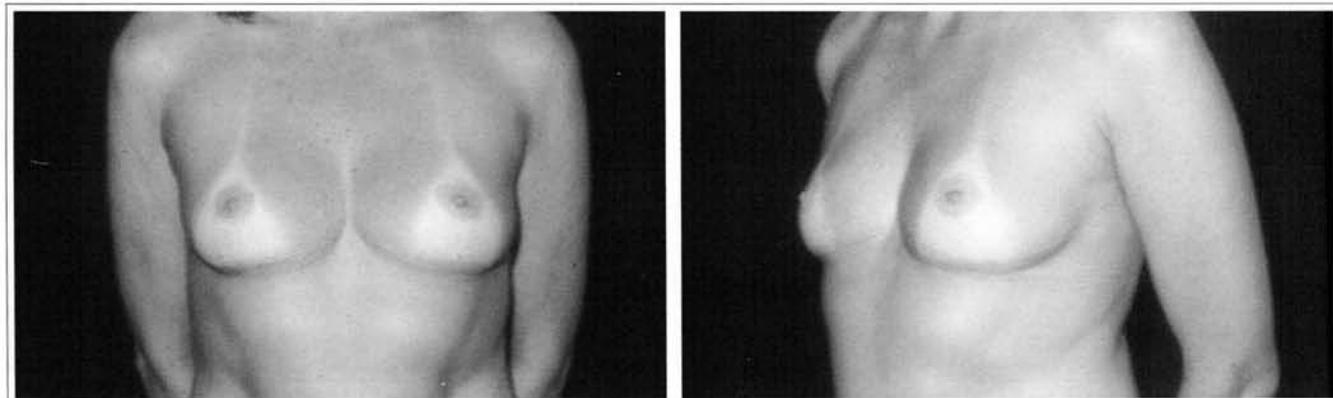


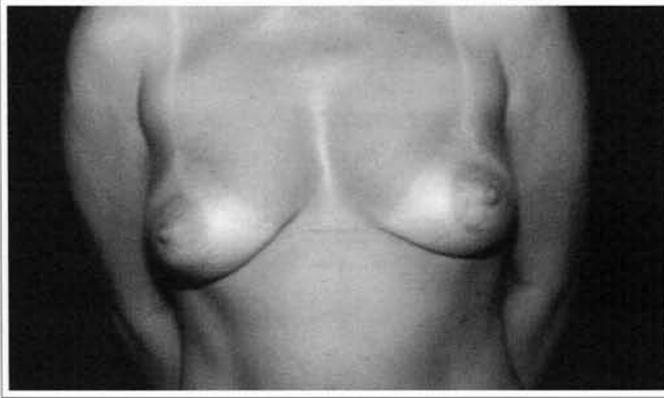
Fig. 4 - Representação esquemática de três diferentes tipos de demarcação da pele.



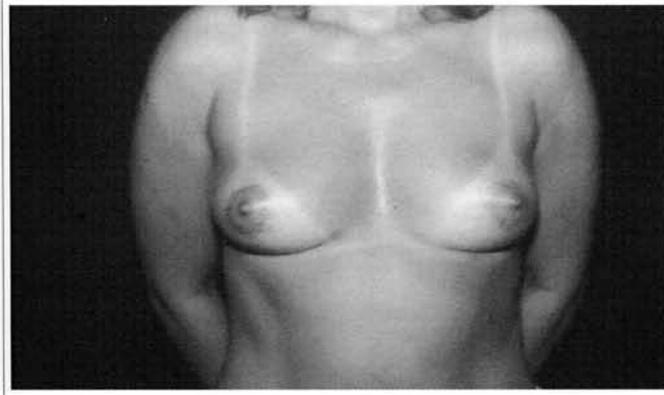
Figs. 5a e b - Pré-operatório de uma paciente com indicação de mamaplastia redutora, queixando-se do tamanho das mamas.



Figs. 5c e d - Oito anos pós-mamaplastia redutora. Durante esse período a paciente deu à luz e amamentou normalmente. A forma, o tamanho e a consistência foram mantidos.



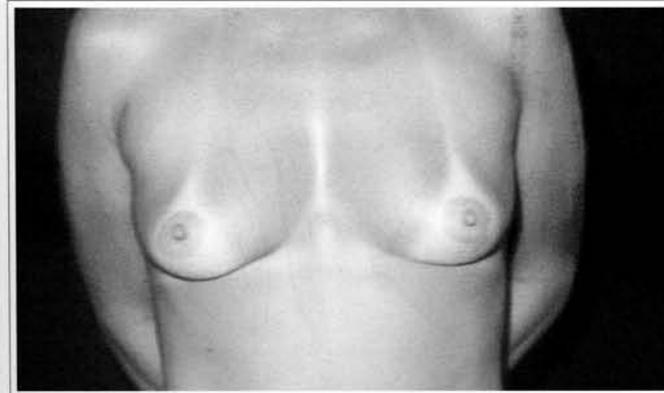
Figs. 6a e b – Paciente com discreta hipertrofia e pele de boa qualidade.



Figs. 6c e d – Seis meses após mastopexia. Cicatriz vertical e pequena cicatriz no sulco submamário.



Figs. 7a e b – Paciente de 37 anos apresentando ptose mamária. Boa qualidade da pele.



Figs. 7c e d – 3 anos após mastopexia vertical.

posicionado um pouco abaixo nos casos em que se possa prever dificuldade para ascender os mamilos. Após determinar a posição do ponto "A", será realizada a manobra mais importante, que é a marcação dos pontos "B" e "C" (Figs. 1a-e). A definição desses pontos depende da relação entre pele e tecido mamário e também da experiência e do bom senso do cirurgião. Os pontos "B" e "C" definem a nova forma e consistência da mama, não devendo exceder 7 cm além do ponto "A" porque, se essas linhas forem muito longas, a distância da extremidade inferior da aréola até a projeção submamária tenderá a se alongar e, a longo prazo, a aparência das mamas não será boa. Essas linhas podem ser mais curvas ou menos curvas, na dependência do excesso de pele⁽²⁾. Os pontos "B" e "C" serão posteriormente ligados às extremidades lateral e medial da projeção inframamária (Figs. 2a e b). A extensão da cicatriz inframamária depende do tamanho da mama e da relação entre pele e tecido mamário.

Com os princípios de Pitanguy^(5, 11) em mente, há três diferentes tipos de marcação da pele, resultando em três diferentes tipos de cicatriz (Fig. 4): a) "T" invertido clássico (Figs. 5a-d); b) "T" invertido com pequena compensação (Figs. 6a-d); e c) cicatriz vertical (Figs. 7a-d). Todas essas técnicas deixam cicatriz periareolar.

Temos usado a abordagem periareolar para casos selecionados (discreta hipertrofia e pele de boa qualidade). Como as indicações são limitadas, o procedimento não será discutido neste trabalho.

RESSECÇÃO TECIDUAL

O tipo de ressecção tecidual depende do tamanho, consistência e forma da mama. Temos utilizando três diferentes tipos de ressecção tecidual mamária: a) ressecção plana; b) ressecção posterior; c) ressecção "em quilha" (Figs. 8a-c).

A ressecção plana tem sido recomendada para hipertrofias em que o pólo superior é achatado (Fig. 9). A ressecção posterior promove bons resultados em hipertrofias com excesso de tecido no pólo superior (Fig. 10). A ressecção "em quilha" é a melhor opção para as reduções mamárias em geral.

DISCUSSÃO

Comumente há a tendência de se reduzir a cicatriz final da mamoplastia. Cirurgiões plásticos evitam uma cicatriz longa em todos os tipos de cirurgia. Quando uma mulher solicita a cirurgia de mama, ela deseja

melhorar a aparência, pouco importando as cicatrizes. Nunca fui questionado sobre a extensão da cicatriz, mas, muitas vezes, em relação à qualidade. Às vezes as pacientes reclamam do tamanho ou forma de suas mamas. Caso seja necessário aumentar a cicatriz para se obter uma melhor forma da mama, não devemos nos preocupar, pois nenhuma paciente irá reclamar. Toda mama tem a cicatriz que merece. No serviço de cirurgia plástica do Hospital da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, mais de 4000

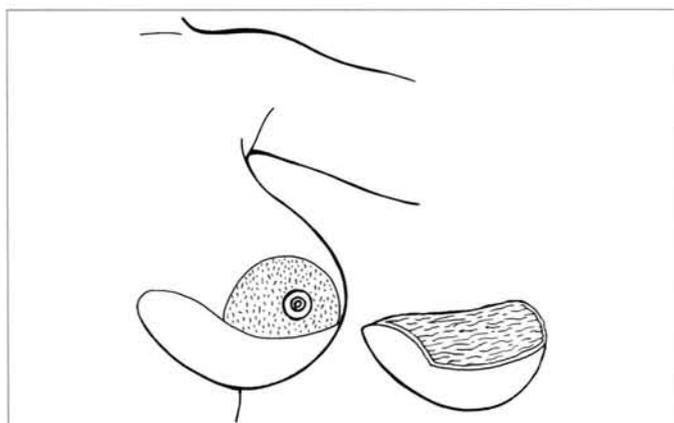


Fig. 8a - Esquema da ressecção plana.

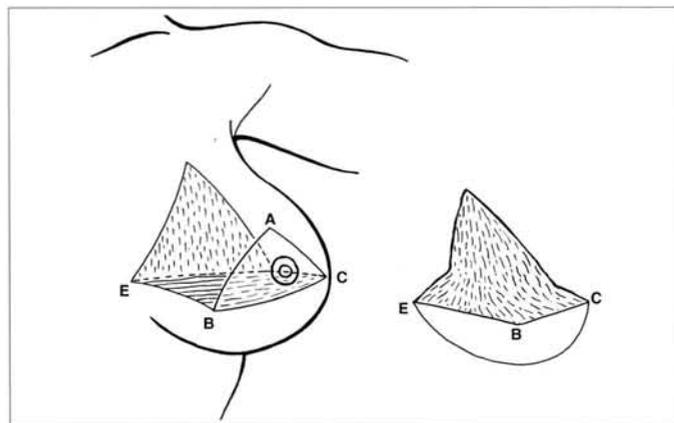


Fig. 8b - Representação esquemática da ressecção posterior.

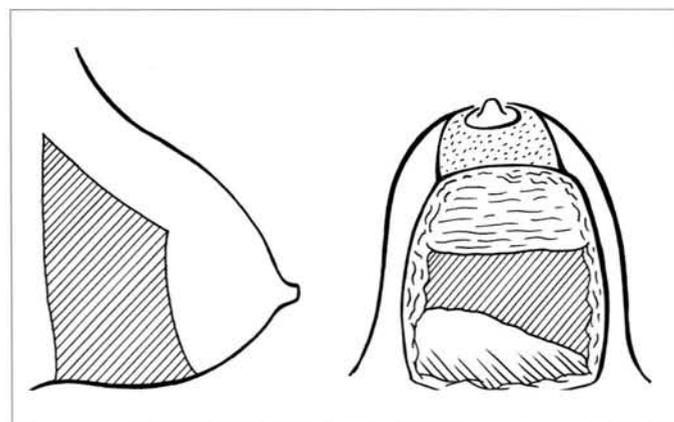
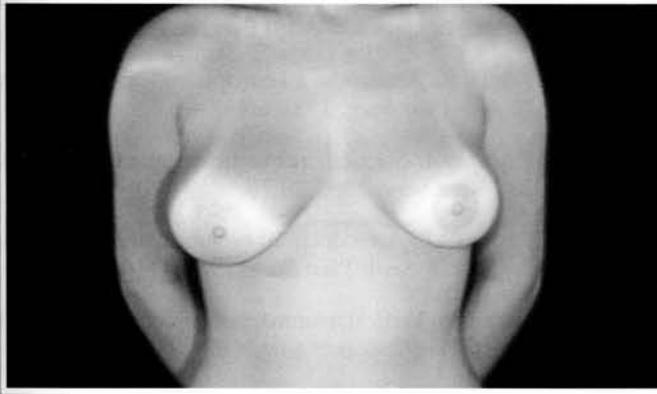
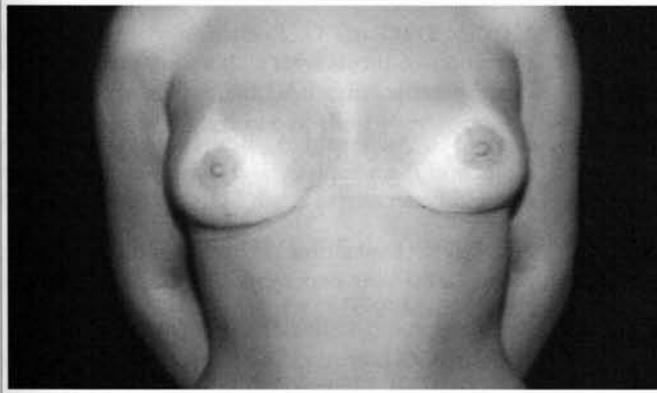


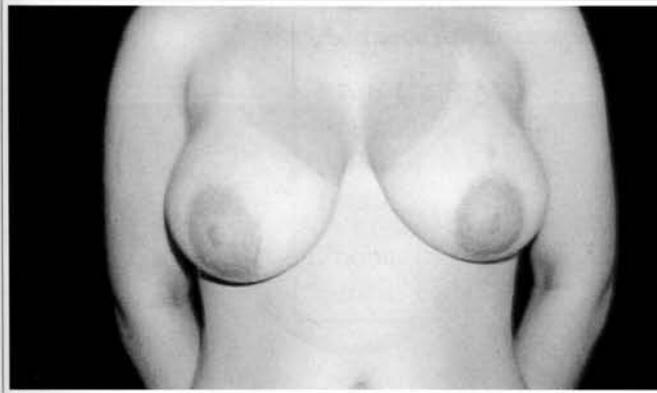
Fig. 8c - Ressecção "em quilha".



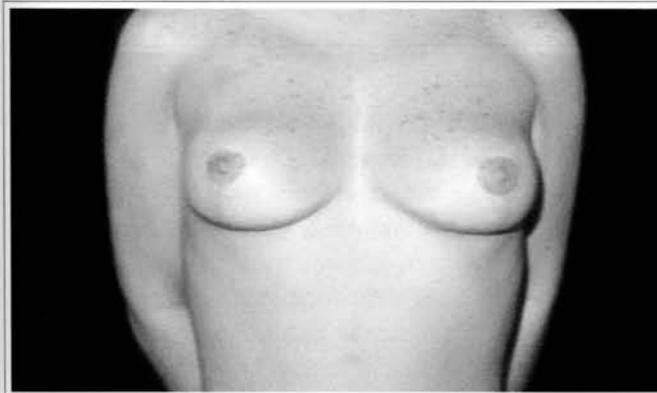
Figs. 9a e b – Paciente apresentando hipertrofia mamária. Não há tecido no pólo superior.



Figs. 9c e d – 1 ano após mamoplastia com ressecção plana.



Figs. 10a e b – Paciente de 25 anos apresentando hipertrofia mamária.



Figs. 10c e d – 5 anos após mamoplastia redutora com ressecção posterior.

mamoplastias redutoras e mastopexias foram realizadas no período de 1974 a 2001. O grau de satisfação é alto e as complicações têm sido poucas.

Acreditamos que os princípios de Pitanguy sejam um estado-da-arte em mastopexia e em mamoplastia redutora. Esses princípios são simples, realizáveis, fáceis de aprender e podem ser aplicados em todos os tipos de mama.

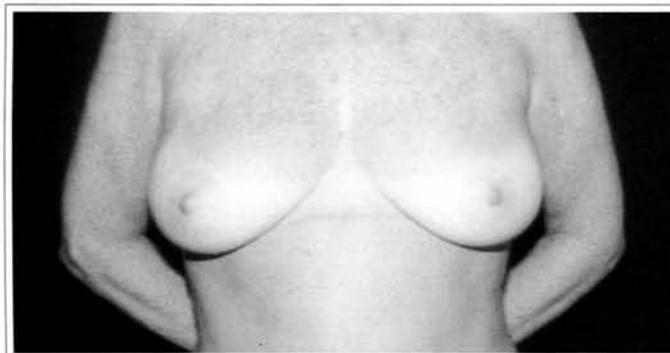
CONCLUSÃO

Estudos freqüentes, relacionados ao grau de satisfação e complicações, a evolução dos resultados, a curto e longo prazo, e a opinião dos pacientes nos permitem afirmar que o aspecto final das mamas é o quesito mais importante na redução mamária e na mastopexia, pouco importando o comprimento da cicatriz (desde que de boa qualidade). Os pacientes estão preocupados com a qualidade da cicatriz e não com sua extensão.

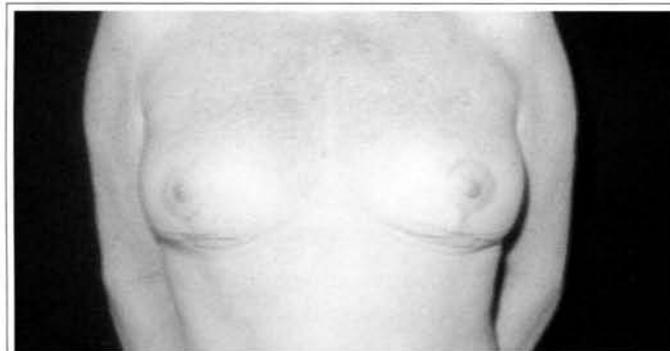
BIBLIOGRAFIA

1. de Castro CC. The value of non-prefixed marking in reduction mammoplasty. *Aesth Plast Surg.* 1984;8(4):237-41.
2. de Castro CC. Mammoplasty with curved incisions. *Plast Reconstr Surg.* 1976;57(5):596-600.

3. Aboudib Jr JH, de Castro CC. Mammoplasty utilizing the periareolar approach. *Aesth Plast Surg.* 1998;22:51-7.
4. Pontes R. Reduction mammoplasty – variations I and II. *Ann Plast Surg.* 1981;6:437-44.
5. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg.* 1967;20:78.
6. Lassus C. Breast reduction: evolution of a technique – a single scar. *Aesth Plast Surg.* 1987;11:107-14.
7. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg.* 1994;94:100-14.
8. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65:217.
9. Marchac D, Olarte G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69:45-54.
10. Graf MG, Auersvald A, Bernardes A, Biggs TM. Reduction mammoplasty and mastopexy with shorter scar and better shape. *Aesth Surg J.* 2000;20:99-106.
11. Pitanguy I. Evaluation of body contouring surgery today: a 30-year experience. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:1499-514.
12. de Castro CC. Late results after reduction mammoplasty with curved incisions. *Plast Reconstr Surg.* 1978;61(6):862-7.



Figs. 11a e b – Hipertrofia mamária e ptose em paciente com 37 anos de idade.



Figs. 11c e d – 4 anos após mamoplastia redutora com ressecção “em quilha”.