



Indicações e limites da mamoplastia com “cicatriz em L”: experiência de 30 anos

Indications and limits of mammoplasty with “L-scar”: 30 years’ experience

ANTONIO ROBERTO BOZOLA ^{1*}
ALEXANDRE CARONI BOZOLA ¹

Instituição: Faculdade de Medicina de
São José do Rio Preto,
São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Artigo submetido: 20/7/2017.
Artigo aceito: 11/10/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0005

■ RESUMO

Introdução: O autor preconiza redução da dimensão das cicatrizes nas mamoplastias às menores possíveis, utilizando cicatrizes em L como uma das táticas. Estabelece limites no seu uso, baseando as ressecções dos excedentes de pele na medida da ptose mamária. O objetivo é determinar os limites da mamoplastia em L. **Métodos:** Descreve a implantação das mamas no tórax, as linhas mamárias guias para qualquer mamoplastia, as mamas anatomicamente perfeitas e bonitas. Classifica o que denomina de “patologias estéticas” das mesmas, a maneira de quantificar a ptose em centímetros e escolhe a tática cirúrgica do L baseado nela, e suas limitações. Como reduzir e modelar as mamas hipertróficas e ptóticas conforme a classificação proposta. As manobras de suturar as incisões em “ponto e vírgula” partindo da lateral do sulco submamário para medial, depois para cima em direção ao ponto A, terminando em sutura vertical, V-Y ou “bolsa areolar de compensação circular”, conforme o excedente de pele na região periareolar. Manobra que reduz a extensão da cicatriz horizontal, ao máximo de AM mais 2 cm. **Resultados:** Quando a medida da ptose mamária foi menor que 7 cm, os resultados foram de boa qualidade, sem ptose residual importante, sem distorções da aréola e do cone obtido. **Conclusão:** A mamoplastia com cicatriz em L é boa tática, mas deve limitar-se a casos com flacidez de medida AM abaixo de 7 cm e pele de boa qualidade.

Descritores: Mamoplastia; Implante mamário; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Studies recommend reducing the size of the scar on mammoplasties to the smallest possible, using L-scars as one of the techniques. However, its use is limited based on the resections of excess skin because of mammary ptosis. The objective of this study is to determine the limitations of L-mammoplasty. **Methods:** To describe the process of breast implantation, mammary lines are used to guide the mammoplasty to achieve anatomically perfect and beautiful breasts. This classifies as “aesthetic pathologies” with quantification of ptosis in centimeters and the limitations being considered in choosing the surgical technique. The proposed classification was used to reduce and model the hypertrophic and ptotic breasts. The suturing maneuvers involved a “semicolon” incision from the lateral side of the submammary groove to the medial and then upward toward point A, terminating in vertical suture, VY, or “areolar circular compensation bag,” depending on the excess skin in the periareolar region. This maneuver reduces the extension of the horizontal scar to the maximum of AM plus 2 cm. **Results:** When mammary ptosis was less than 7 cm, the results were of good quality, without significant residual ptosis and distortion of the areola, achieving a cone shape. **Conclusion:** L-mammoplasty is a good technique, but it should be limited to cases with AM flaccidness below 7 cm and good skin quality.

Keywords: Mammoplasty; Breast implantation; Reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

Em 1990, o autor¹ descreveu mamoplastia com “cicatriz em L”, classificando as hipertrofias mamárias conforme projeção e base¹⁻³. Fazendo marcação da ressecção de pele baseada na medida da ptose, descrevendo maneiras diferentes de tratar o tecido mamário de cada grupo, dando-lhes forma e volume adequados e “cicatriz em L”.

Em mamoplastias deve-se obter menor cicatriz possível sem ou com mínima flacidez, com relação conteúdo continente 1/1. A forma e volume da mama nada têm a ver com extensão das cicatrizes; são obtidas independentemente da pele, o binômio cicatriz *versus* forma não tem significado. Cada mama terá cicatrizes compatíveis e diretamente proporcionais ao grau de ptose, pouco a ver com volume removido. É necessário diagnóstico correto utilizando táticas que as deixam as menores possíveis, sem ptose residual, com forma, extensão, qualidade e posições adequadas.

Ressecções exageradas de pele alongam a cicatriz horizontal. Ressecções insuficientes deixam-nas mais curtas, com ptose residual. A quantificação exata da remoção do excedente é ponto chave para obter resultados

satisfatórios, homogêneos na qualidade e extensão, justas para cada caso. Qualidade de pele determina a flacidez primária e residual. Forma proporcional, volume, aréola-papila, prolongamentos axilares, e pilares peitorais são outros itens do diagnóstico das “patologias estéticas” a serem tratados.

Autores descreveram táticas para obter essa proposta, com formas de marcação de pele e ressecção de tecido mamário. Mamoplastias em T invertido⁴⁻⁹, com cicatrizes verticais¹⁰⁻¹², e periareolares¹³⁻²¹. Outros propuseram as “cicatriz em L” para ressecar o excedente de pele^{1-3,22-28}, porém, nenhum deles descreveu as indicações e limitações desta tática.

No entendimento da forma tridimensional das mamas, nos volumes, e suas “patologias estéticas”³, quantificação da flacidez, definindo extensão e forma possível das cicatrizes finais de uma mamoplastia, são descritas indicações e técnica empregada “com cicatrizes em L” e suas limitações.

OBJETIVO

Determinar o limite de ptose das mamas onde se pode realizar mamoplastia com cicatrizes em L.

MÉTODOS

O período de observação foi do ano 2010 a 2016, em consultório privado e no Hospital de Base, de São José do Rio Preto, SP, seguindo os princípios de Helsinque. Todas as pacientes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Mama anatomicamente bonita e classificação das hipertrofias mamárias

Implantação das mamas no tórax

Na visão frontal do tórax traçamos uma linha horizontal unindo as pregas axilares anteriores obtendo a linha mamária horizontal superior (HHBL), até onde chega o polo mamário superior. Outra linha horizontal une os dois sulcos submamários no meridiano da mama, obtendo a linha mamária horizontal inferior (LHBL) (Figura 1).

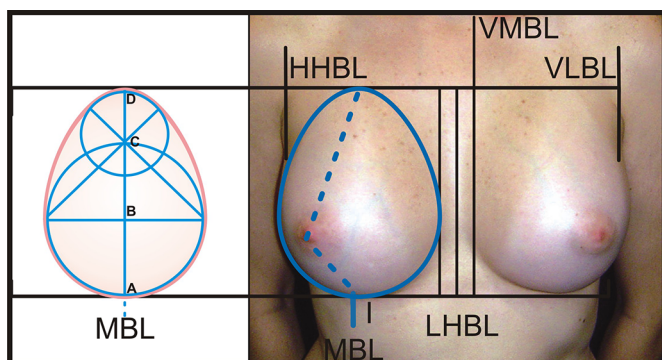


Figura 1. Visão frontal da mama anatomicamente perfeita, vide texto.

Uma linha mamária vertical lateral (VLBL) desce no tórax do ponto anterior da prega axilar de cada lado (axilar anterior), e duas linhas verticais mediais paralelas à linha média, sobre o esterno e 1 a 1,5 cm lateralmente a ela (VMBL) completam dois quadriláteros, onde as mamas se implantam no tórax. Duas linhas verticais dividem ao meio cada um deles, (meridianos mamários - MBL). Ao cruzarem a linha mamária horizontal inferior, determinam os pontos I. (Figura 1). Mamas com volumes lateralmente a VLBL apresentam prolongamentos axilares; medialmente a MVBL, sinmastia; superolateralmente, pilares peitorais.

A projeção e posição desses quadriláteros determina o posicionamento da base de implantação da mama. Ausência dos músculos peitorais ou curvatura lateral excessiva das costelas, *pectus carinatum* faz o cone mamário desviar-se para lateral. *Pectum excavatum* desvia-o para medial (Figura 2). Escolioses inclinam esse plano posteroanteriormente menos que a normal (18 graus) e as mamas podem parecer ptosadas, sem serem.

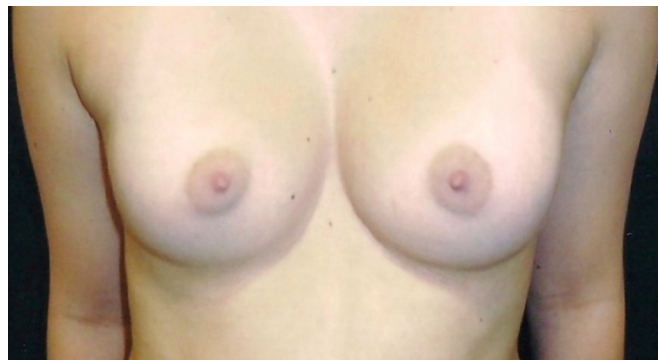


Figura 2. *Pectum excavatum* alterando a base de implantação das mamas e consequente projeção.

O conhecimento da visão tridimensional da mama bonita é necessário e serve de parâmetro para o cirurgião “copiar” a forma ideal, tratando das “patologias estéticas” existentes.

Visão frontal: a mama bonita é um “ovoide áureo”, cuja parte inferior toca a LHBL, a parte superior a HHBL, a lateral a VMBL e a medial a MVBL (Figura 1)³. Assim denominado porque seu diâmetro vertical é resultante de dois círculos superpostos, determinados pela proporção de 1/1,618, reconhecida na história da humanidade como proporção Phi (áurea ou divina), segundo alguns autores estimula os sistemas límbicos cerebrais como padrão de beleza e eficiência³⁻²⁹.

Visão lateral: (Figura 3) a mama assemelha-se a um “triângulo áureo”, cujo ângulo da base dividido em dois determina do lado contralateral dois segmentos com a proporção Phi entre eles. Este inclinado 18 graus no plano sagital, determinado pelo osso esterno, ângulo de Louis e costelas, é semelhante à mama bonita³ (Figura 3). Do ápice do cone até o sulco mamário sobre MBL, mamas de volume e forma adequadas têm medidas entre 7 e 12 centímetros, e desse ápice a HHBL, 1,6 a medida inferior.

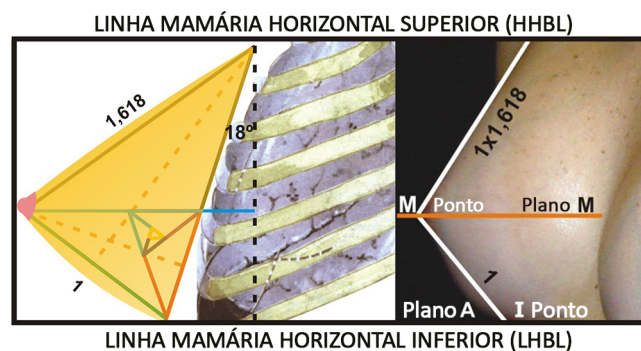


Figura 3. Visão lateral da mama perfeita, vide texto.

Essa proporção Phi não necessita ser exata para que a mama seja bonita, com 1/1,5 são ainda belas. Medida variável para cada país ou povos com conceitos diversos de volumes, não de formas. Mamas maiores atingem as

linhas, menores ficam aquém delas, podem ser pequenas ou grandes e serem bonitas de forma. Toda mama sem flacidez está acima do plano horizontal (A) coincidente com LHBL.

Visão vertical: (Figura 4) unindo 5 triângulos áureos pelos lados, obteremos um “pentágono áureo”, girado sobre seu eixo faz um “cone áureo”, semelhante à mama vista verticalmente, com a paciente olhando para si mesma³. Ou o cirurgião, ao terminar o ato operatório, vê o resultado verticalmente de cima para baixo e vice-versa, com a paciente na mesa cirúrgica.

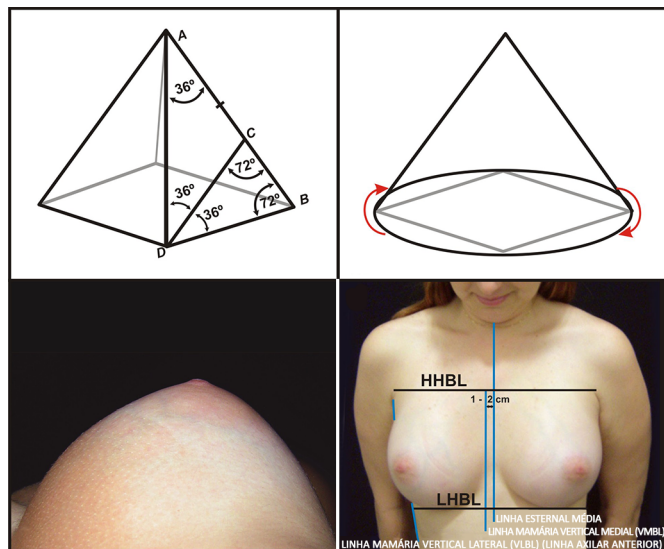


Figura 4. Visão vertical da mama perfeita, vide texto.

Esse modelo geométrico é a forma bonita, dentro das linhas mamárias horizontais e verticais, sobre os dois quadriláteros. Devemos agora determinar quais são as “patologias estéticas” que tiram a beleza das mamas.

Classificação das “patologias estéticas” das mamas - forma e volume

Grupo I: com forma e proporções descritas, e volume ocupando a base torácica dentro das 4 linhas mamárias, modelo a ser copiado (Figura 5).

Grupo II hipertrofia: A base ultrapassa as linhas mamárias e projeção pequena, com excedente de volume.

Grupo III hipertrofia: A base não chega às linhas mamárias e projeção maior que do GI, com excedente de volume.

Grupo IV hipertrofia: É a soma de GII mais GIII, as mais comuns a serem operadas.

As hipomastias são classificadas igual e contrariamente pela falta de volume e formas diferentes³, (GII - GIII - GIV hipomastias). Amastias pós-mastectomias são do GIV hipomastias.

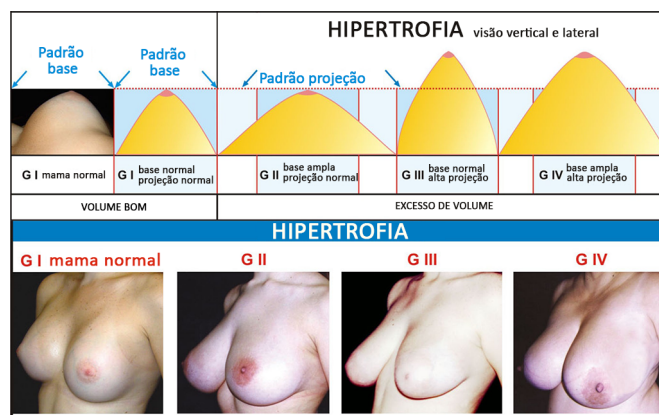


Figura 5. Classificação das hipertrofias pela base e projeção do cone determinando “patologias estéticas” das mamas.

As “patologias estéticas” de forma e volume são o conhecimento necessário para planejar o tratamento cirúrgico, e remover tecido glandular onde ele excede, ou acrescentar quando falta, eliminando tentativas.

Quantificação da ptose e escolha da tática cirúrgica de ressecção de pele

A mama ao crescer na puberdade lança-se no espaço, e terá volume conforme estímulo hormonal e genética (Figura 6A). Será mais ou menos projetada com a variação da resistência da pele. Peles de derme resistente terão tendências às mamas do GII, e de derme fino, GIII.

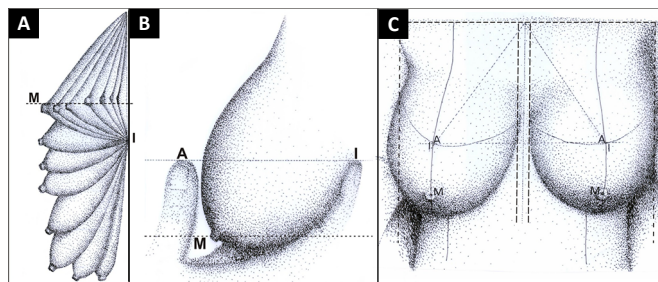


Figura 6. A: Mama crescendo, projetando-se no espaço durante evolução no tempo e intempéries; B: Ponto I projetado sobre a mama determinando ponto A; C: Visão frontal dos pontos e linhas guias.

Inicialmente, as mamas se colocam acima da LHBL e do ponto I. Conforme a pele, ou causas que reduzem sua resistência (intempéries do meio ambiente, sol, fumo, variações grandes de peso, gravidez, cirurgia bariátrica, progressão da idade, doenças sistêmicas, volume e formas mamárias), vão progressivamente através do seu ápice ultrapassando para baixo a LHBL, e o ponto I (Figura 6A).

Arrastam junto ou não o complexo aréola-papila. O diâmetro vertical reduz, o horizontal aumenta, o polo mamário superior esvazia. A mama bonita, que é “vertical”, horizontaliza-se. O ponto I jamais se altera com a evolução da flacidez e projetado horizontalmente sobre a mama,

com volume abaixo da LHBL, no seu meridiano determina o ponto A (Pitanguy)⁴ (Figura 6B e C). A extremidade do cone mamário sobre o meridiano determina o ponto M, e não se refere sempre à papila, que pode estar ectópica em relação a ele, acima, abaixo, lateral ou medialmente.

A medida entre A e M quantifica a extensão de pele a ser removida para corrigir a ptose, acima da LHBL, e do ponto I (Figura 6B). Quando AM é menor que 3 cm, é possível realizar a “mamoplastia vertical” utilizando fuso vertical de pele, e ressecções periareolares. Com AM entre 3 e 7 cm, é possível remover os excedentes de pele com fuso vertical e hemifuso lateral, denominadas mamoplastias em L. Com AM maior que 7 cm, as ressecções de pele recaem sobre o fuso vertical e outro horizontal, mamoplastias em T invertido. Os ajustes de pele nas mamoplastias em L são mais difíceis e necessitam compreensão da metodologia para obter-se resultados satisfatórios com seu uso, e seus limites.

Tática cirúrgica da mamoplastia em L

Marcação de pele

As linhas HHBL, LHBL, VLBL, VMBL, MBL, ponto I, A e M são marcados com a paciente de pé (Figura 7A, B e C). Em decúbito dorsal horizontal e braços abduzidos 90 graus, com a mão espalmada o cirurgião empurra suavemente a mama e retifica o meridiano mamário (MBL). Com caneta de marcação de pele e pega bidigital, do ápice dela até que os dedos tenham a medida AM, marca-se um semicírculo superior com ponto de rotação em M, passando por A (Figura 8A). Do ponto I, para cima, no meridiano, marca-se AM, e dessa extremidade um arco de círculo medial (Figura 8B). Do ponto I para lateral no rebordo do cone mamário marca-se AM horizontal, elevando sua extremidade em 1 a 1,5 cm (Figura 8C).

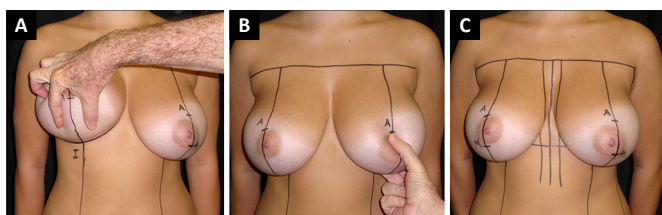


Figura 7. A e B: Ponto I - ponto A; C: Ponto M, maior projeção do cone, ectópico em relação a papila. Linhas e pontos obtidos com paciente de pé.

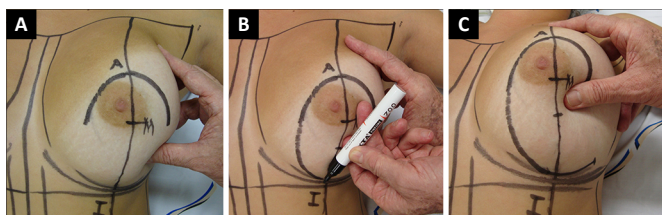


Figura 8. A, B e C: Marcação das ressecções de pele baseada em A M.

O quanto o diâmetro de base da nova mama reduzirá em relação a mama a ser operada. Da extremidade de AM horizontal indo em direção ao ponto A, tracionando este ligeiramente em direção à fúrcula esternal, marca-se AM oblíquo (Figura 9A). Com linhas retas, unem-se as marcações medial e lateral superior com as inferiores, obtendo a marcação básica da ressecção de pele.

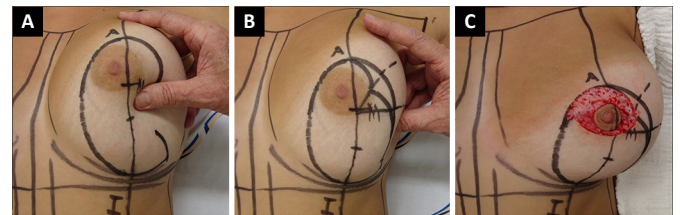


Figura 9. A, B e C: Conclusão da marcação e desepidermização periareolar.

No fechamento é possível um estrangulamento subareolar, com achatamento dessa área, que a longo prazo desaparece às custas de alargamento da cicatriz vertical superior. Evitado, deixando um “triângulo de segurança” de pele, marcando uma linha horizontal que passa pelo ponto M, formando ângulo de 90 graus com o meridiano (MBL). No ângulo lateral superior traça-se sua bissetriz até atingir a marcação lateral. Dela, em direção ao ponto M marca-se 1,5 a 2 cm, e daí duas linhas curvas, unindo esse ponto a marcação lateral (Figura 9B).

Modelagem do cone mamário

Feito conforme o grupo da classificação da hipertrofia. Desepidermiza-se a área periareolar (Figura 9C). No GIV a ressecção glandular é da parte ptosada, que com a paciente de pé estará abaixo do ponto I (Figura 10A, B e Figura 11A), acompanhando a marcação da pele das vertentes lateral e medial. Em conjunto ou não, resseca-se a cunha, reduzindo o diâmetro laterolateral do cone (Figura 10B e Figura 11A). Depois, resseca-se a base medial (Figura 11B e C), e a lateral das colunatas (Figura 11D), reduzindo a projeção. Preserva-se sempre um minirretalho inferior no ponto I, para recompor o polo inferior arredondando-o (Figura 11C), mesmo erguendo os braços. Suturam-se entre si as colunatas lateral e medial com pontos necessários para estruturar a mama, antes de suturar a pele. O ponto mais superior da base próximo da HHBL é fixado em conjunto com a aponeurose do músculo peitoral, evitando deslizamento lateral superior da mama.

Se o pedículo areolar é longo e espesso, a sutura das colunatas não deve ser feita até sua extremidade para que se introduza entre elas (“intussuscepção”) e não dificulte sua ascensão ao ponto A. Nesses casos a ponta do cone fica mais arredondada.

No GI a forma foi alterada pela flacidez, os eixos vertical e horizontal se invertem, o primeiro reduziu, o segundo aumentou, o polo superior esvaziou. A mama

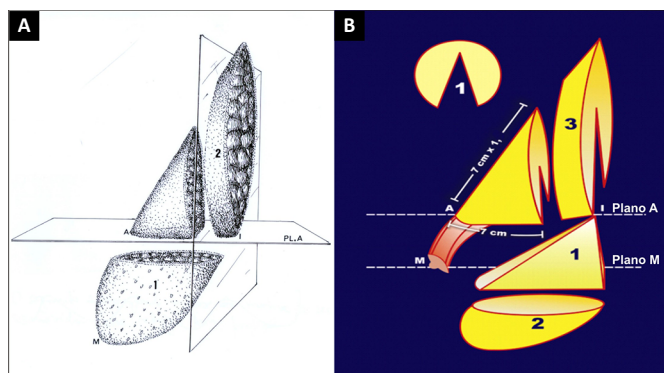


Figura 10. A e B: Esquema das remoções de tecido mamário do GIV, 1 - cunha reduzindo o diâmetro laterolateral, 2 - volume ptosado, 3 - ressecção da base reduzindo projeção. O remanescente com forma, volume e proporções, cabíveis dentro das linhas mamárias, com o pedículo areolar.

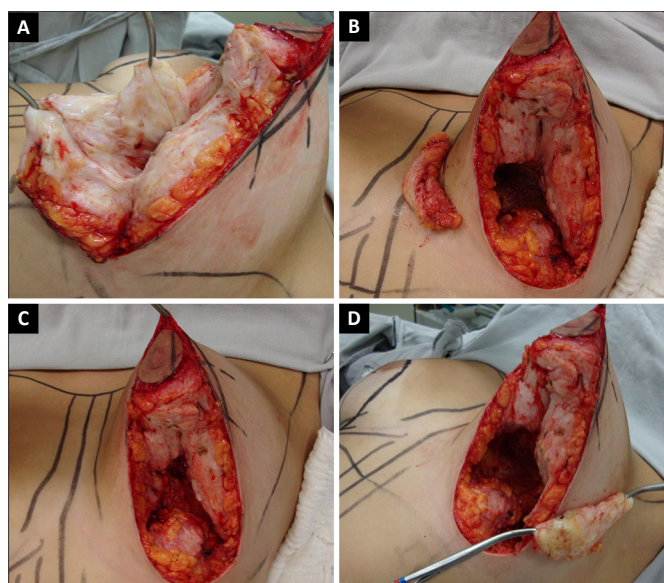


Figura 11. A: Ressecção conjunta da ptose e cunha (GIV), ou deixando-o todo ou parte como retalho de pedículo inferior (GI); **B:** Ressecção de base medial (GIII e GIV); **C:** Minirretalho de pedículo inferior deixado nos GII, GIII, GIV; **D:** Ressecção da base lateral (GIII e GIV).

tornou-se horizontalizada. Para corrigir a forma, faz-se um retalho de pedículo inferior contendo a parte central do volume que ultrapassou para baixo da LHBL e do ponto I (Figura 10B e Figura 11A). Descola-se a porção central vertical da mama no seu meridiano, e esse retalho é suturado verticalmente a aponeurose do músculo peitoral, tentando atingir a HHBL. As colunatas lateral e medial são suturadas entre si sobre esse retalho completando a formação do cone mamário. Os eixos vertical e horizontal são corrigidos e o polo superior é preenchido³⁰. Este retalho pode ter sua pele removida, o seu pedículo vascular é axial a partir do espaço intercostal acima do ponto I.

No GII a base da mama é alargada, remove-se uma cunha vertical acompanhando o meridiano mamário, do ponto I até onde for necessário para redução

conveniente do diâmetro laterolateral (Figura 10B). Quando necessário, o volume ptosado abaixo do ponto I é removido junto com a cunha. É como fazer o retalho do GI, mas ressecá-lo. As colunatas lateral e medial devem ser descoladas do tórax e suturadas entre si, aumentando sua projeção.

No GIII a projeção da mama é aumentada e as ressecções dos excedentes se fazem por ressecção da base das colunatas lateral e medial (Figura 11B e D). O subcutâneo das áreas ressecadas deve ser preservado na mesma espessura do subcutâneo do tórax subjacente. Em pequenas hipertrofias GIII, ao invés de amputar a base resseca-se cunha invertida com base subareolar, e a extremidade desta apenas toca a aponeurose peitoral. Mesmo em grandes hipertrofias desse grupo ou do GIV essa cunha invertida⁶ melhora a ascensão da aréola a sua nova posição e deixa a mama mais cônica quando suturadas as colunatas entre si.

Sutura de pele

Inicia-se de lateral para medial no ângulo formado por AM horizontal e oblíquo, confrontando as duas incisões de pele até o ponto I, ou ligeiramente mais medial (Figura 12A). Daí as vertentes verticais das incisões devem ser ajustadas com a sutura partindo do ponto I para cima em direção ao ponto A. Como a vertente medial é mais longa que a vertente lateral (Figura 12A), a manobra de ajustá-las é tomar os pontos de sutura na vertente medial como uma linha paralela a incisão, e na vertente lateral como ponto, "sutura ponto e vírgula" (Figura 12B).

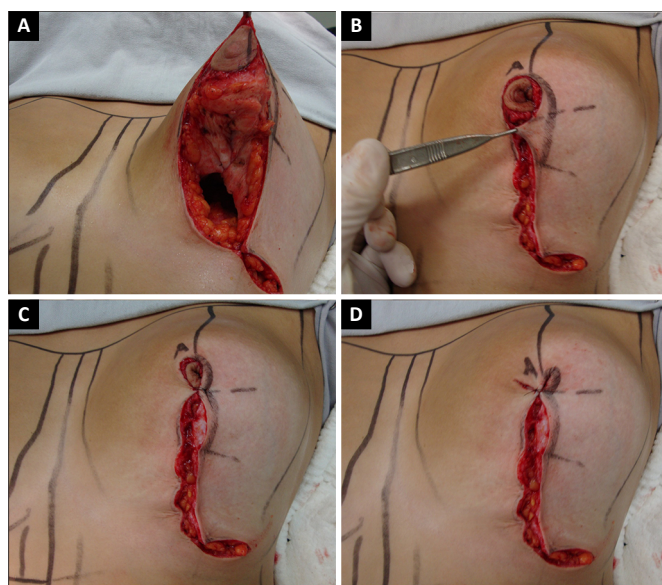


Figura 12. A: Início da sutura de lateral para medial; **B:** Do ponto I para a região areolar em "ponto e vírgula" e uso ou não do triângulo de segurança de pele; **C:** Término em sutura vertical; **D:** Ou V-Y.

A diferença entre a extensão de pele medial com a lateral determina a limitação da mamoplastia em L. Não é adequado compensar com medida AM acima de 7 cm.

Com a sutura vertical aproximando-se da região subareolar, avalia-se a necessidade do uso do “triângulo de segurança” de pequeno ajuste, ressecando parte dele acima, abaixo ou totalmente (Figura 12B).

Na extremidade do cone pode haver excedentes de pele variável, que definirá o tipo de finalização na região periareolar. Sem excedente, demarca-se o sítio areolar com a área desepidermizada aberta. Em mínima quantidade, a sutura vertical continua até o final da área desepidermizada (Figura 12C), pequeno excedente termina-se em V-Y (Figura 12D). Se for médio ou grande, conclui-se com uma “bolsa areolar de compensação circular” fechada, ou não (Figura 13A). Marca-se o sítio areolar (Figura 13B), desfaz-se a sutura vertical, ou V-Y, ou da bolsa, desepidermiza-se a área marcada e sutura-se a aréola no novo sítio, com pontos intradérmicos incluindo o músculo subareolar (Figura 13C).

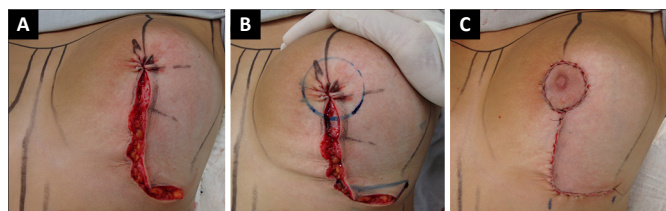


Figura 13. A: Término em “bolsa areolar de compensação circular” fechada, com grande excedente de pele; B: Marcação do sítio areolar; C: Suturas concluídas, cicatriz horizontal máxima igual AM+2 cm, vertical igual à altura do cone mamário refeito.

Antes das suturas de pele, faz-se a sutura do subcutâneo das vertentes, compensando-as da mesma forma que a pele (“ponto e vírgula”), facilitando e desfazendo tensões que alargam cicatrizes, e melhoram os resultados tardios de forma.

A mão espalmada empurra a mama no sentido craniocaudal e corrige-se a posição da incisão horizontal lateral para cima em direção ao rebordo glandular, alongando ligeiramente essa incisão e cicatriz. A mamoplastia em L descrita terá cicatriz horizontal no máximo de AM mais 2 centímetros (Figura 13C).

RESULTADOS

Os resultados obtidos, com a ptose mamária menor que AM-7 cm, foram de boa qualidade sem distorções do cone mamário ou da aréola, e pouca ou nenhuma ptose residual (Figuras 14, 15 e 16). Contrariamente, em casos de ptoses de AM maior que 7 cm, houve dificuldades em ajustar as vertentes lateral e medial das incisões verticais e resultados tardios, deixando ptose residual, pregueamento de pele periareolar, distorções do cone mamário, e cicatrizes horizontais ultrapassando para a lateral da linha axilar anterior. Em consultório privado,

nos 100 últimos casos operados, em 59% concluiu-se a cirurgia com cicatrizes em L. Em Hospital Universitário de São José do Rio Preto, nos últimos 50 casos, em 18% concluiu-se com cicatrizes em L.



Figura 14. Frente, oblíquas e perfis -pré e pós-operatório de mamoplastia do GIV.

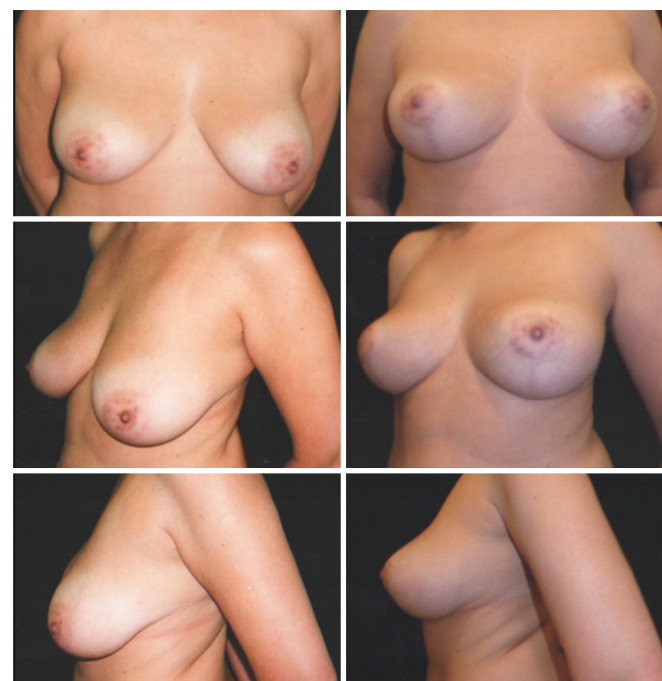


Figura 15. Frente, oblíquas e perfis, pré e pós-operatório de mamoplastia do GIV.



Figura 16. Frente, oblíqua direita e perfis de mamoplastia unilateral copiando a mama contralateral.

DISCUSSÃO

Nos casos do GII, GIII e GIV o pequeno retalho de pedículo inferior no ponto I recompõe o polo inferior da mama, reduz o deslizamento dela em direção ao ponto I, e conseqüente esvaziamento do polo superior, invertendo os diâmetros vertical e horizontal da base, e elevação ilusória da aréola. É a báscula da mama, abaulamento do polo inferior e esvaziamento do superior.

A intenção é confeccionar um cone perfeito, estruturado com suturas do tecido mamário, antes do fechamento da pele, nas proporções tridimensionais descritas, volume adequado e dentro das quatro linhas mamárias. Essas mamas jamais alterarão suas formas no futuro, apenas terão flacidez progressiva pelo envelhecimento da pele.

Na tentativa de utilização da mamoplastia em L além dos limites propostos por essa tática, ao invés de

conseguir cicatrizes mais curtas, os resultados podem ser inadequados, com distorções de forma, da aréola, e flacidez residual. Utilizar táticas que obtêm cicatrizes em L, com a horizontal ultrapassando além da VLBL, deixam-nas visíveis e de má qualidade. Os movimentos dos membros superiores alargam-nas, mesmo em repouso por meses.

A manutenção da espessura do subcutâneo do tórax subjacente às ressecções de tecido mamário da base preserva vasos e nervos principais, evitando alterações vasculares e de sensibilidade. A mama é ectodérmica.

Obter e manter um cone de proporções ideais descrito é tarefa difícil; a mama projetada no espaço precisa de pele resistente e tecidos mamários consistentes para manutenção da forma, e ausência de flacidez. A tendência é esvaziamento do polo superior e base arredondada. Mas modelagem adequada, independentemente da pele, faz os resultados a longo prazo se manterem, sem distorções da forma. Mamas com predominância de tecido gorduroso não mantêm sua forma a longo prazo.

Às vezes, são necessárias pequenas incisões no derma desepidermizado lateral ou medialmente a aréola facilitando elevá-la ao seu novo sítio. O lado mais estreito da desepidermização deve ser o escolhido.

A sutura em bolsa areolar, sutura vertical, ou o V-Y não devem ser realizados sob excessiva tensão da pele, apenas distribuí-la naturalmente com média tração. As compensações de lateral para medial e daí até o ápice do cone são mecanismos de compensação de pele inverso, consumindo-a em várias pequenas “orelhas” periareolares, sem alongar as cicatrizes. Também facilita a elevação da aréola, sem procedimentos complementares. No encontro da sutura horizontal com a vertical poderá haver um pequeno pregueamento da pele do lado medial; desaparece em 60 dias.

Quanto maior o volume removido, e mais extensível e flácida a pele, mais difícil serão as compensações utilizando-se o L, mesmo com medida AM menor que 7, exigindo experiência no manejo delas entre as vertentes das incisões verticais de pele. A extensão final das cicatrizes do sulco submamário é diretamente proporcional à quantidade de ptose e minimamente ao volume removido.

Com os parâmetros métricos definidos, é possível calcular e marcar a extensão máxima da cicatriz horizontal, que será de AM mais 2 cm.

CONCLUSÃO

A mamoplastia com cicatrizes em L é uma boa tática, limitando-se a casos com medida AM menores que 7 cm, exigindo maiores cuidados nos ajustes da pele.

COLABORAÇÕES

ARB Análise e/ou interpretação dos dados.

ACB Análise e/ou interpretação dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Bozola AR. Breast reduction with short L scar. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85(5):728-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199005000-00013>
2. Bozola AR. Reduction Mammoplasty: Preferred Techniques. In: Goldwyn RM. *Reduction Mammoplasty.* Boston: Little Brown; 1990. p. 407-37.
3. Bozola AR, Longato FM, Bozola AP. Análise geométrica da forma da beleza da mama e da forma de prótese baseado na proporção Phi: aplicação prática. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(1):94-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000100019>
4. Pitanguy I. Mammoplastias. *Rev Latinoam Cir Plast.* 1963;7:139.
5. Pontes R. A technique of reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg.* 1973;26(4):365-70. PMID: 4759977 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(73\)90042-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(73)90042-8)
6. Lima JC. Breast Reduction: New Method and refinements. In: *Transactions of the Seventh International Congress of Plastic Reconstructive Surgery; 1979 May 20-25; Rio de Janeiro, RJ, Brasil.* 1979. p. 518-21.
7. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(2):217-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198002000-00015>
8. Strombeck JO. Mammoplasty: report of a new technique based on the two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg.* 1960;13:79-90. PMID: 13835285 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(60\)80014-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(60)80014-8)
9. McKissock PC. Correction of Macromastia by the Bipedicule Vertical Dermal Flap. In: Goldwyn RM, ed. *Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast.* Boston: Little Brown; 1976. p. 215-29.
10. Arié G. Una nueva técnica de mastoplastia. *Rev Latinoam Cir Plast.* 1957;3:23-31.
11. Ribeiro L. The Lozenghe Technique. In: Goldwyn RM, ed. *Reduction Mammoplasty.* Boston: Little Brown; 1990.
12. Bozola AR. Mamoplastia - técnica de Arié invertida (nota prévia). In: *Anais da 1 Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica.* Florianópolis; 1984. p.157-60.
13. Andrews JM, Yshizuki MM, Martins DM, Ramos RR. An areolar approach to reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg.* 1975;28(3):166-70. PMID: 1191858 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226\(75\)90122-8](http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(75)90122-8)
14. Martins PDE. Mamoplastia periareolar com transposição de retalhos. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 1986;6:1-10.
15. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1990;14(2):93-100. PMID: 2185619 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01578332>
16. Bustos RA. Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plast Reconstr Surg.* 1992;89(4):646-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199204000-00008>
17. Góes JC. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of polyglactine or mixed mesh. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(5):959-68. PMID: 8618999
18. Aboudib JH Jr, Cardoso de Castro C. Mammoplasty utilizing the periareolar approach. *Aesthetic Plast Surg.* 1998;22(1):51-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s002669900166>
19. Ribeiro L, Canzi W, Buss A Jr, Accorsi A Jr. Tuberos breast: a new approach. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(1):42-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199801000-00008>
20. Fayman MS, Potgieter E, Becker PJ. Outcome study: periareolar mammoplasty patients' perspective. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(2):676-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000041391.44262.E2>
21. Bozola AR. Periareolar breast reduction. *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33(2):228-34. PMID: 19123019 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-008-9296-6>
22. Horibe K, Spina V, Lodovici O. Mammoplastia reductora: Nuevo abordaje del metodo lateral-obliquo. *Rev Latino Am Cir Plast.* 1956;2:7.
23. Dufourmentel C, Mouly R. Plastie mammaire par la methode oblique. *Ann Chir Plast.* 1961;6(1):45-58.
24. Elbaz JS, Verheecke G. La cicatrice en L dans le plasties mammaires. *Ann Chir Plast.* 1972;17(4):283-8.
25. Meyer R, Kesselring UR. Reduction mammoplasty with an L-shaped suture line. Development of different techniques. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(2):139-48. PMID: 1090944 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197502000-00002>
26. Regnault PCI. Reduction Mammoplasty by B Technique. In: Goldwyn RM, ed. *Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast.* Boston: Little Brown; 1976. p. 269-83.
27. Sepúlveda A. Assimetria mamária: tratamento cirúrgico. *Rev Bras Cir.* 1981;71(1):11-8.
28. Chiari Júnior A. The L short-scar mammoplasty: a new approach. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90(2):233-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199290020-00011>
29. Ricketts RM. The biologic significance of the divine proportion and Fibonacci series. *Am J Orthod.* 1982;81(5):351-70. PMID: 6960724 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9416\(82\)90073-2](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9416(82)90073-2)
30. Ribeiro L, Accorsi A Jr, Buss A, Marcal-Pessoa M. Creation and evolution of 30 years of the inferior pedicle in reduction mammoplasties. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(3):960-70. PMID: 12172167 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200209010-00038>

*Autor correspondente:

Antonio Roberto Bozola

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Vila São Pedro - São José do Rio Preto, SP, Brasil

CEP 15090-000

E-mail: ceplastica@hotmail.com