

Utilização da técnica do capeta em paciente com implante mamário

GERALDO MACHADO FILHO¹
 MARIANA ANGÉLICA BERARDI CIOFFY²
 MIGUEL ENRIQUE RIVERA GÓMEZ²
 ROLANDO MENDOZA ROMERO²
 MILTON PAULO DE OLIVEIRA²
 MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER²

RESUMO

A redução mamária é um procedimento com elevado índice de satisfação, independentemente da técnica utilizada. A técnica do “capeta” (“*Devil’s Incision Mammoplasty*”), descrita em 1983, apresenta uma opção de mamoplastia redutora. A técnica empregada — mastopexia pela técnica do Capeta adaptada à colocação de implantes em duplo-plano — corrigiu a flacidez mamária enquanto permitia maior projeção do cone mamário. Não se observou alargamento da cicatriz ou presença de seroma ou infecção. Na comparação fotográfica, a paciente demonstrou satisfação com o resultado obtido, mesmo na presença de cicatriz vertical visível após os três meses. A principal vantagem deste tipo de abordagem consiste na ausência de cicatriz na região areolar superior, área de fácil visualização pela própria paciente, que pode gerar estigmas e desconforto psicológico. Entretanto, este tipo de procedimento não deve ser aplicado a mastopexias em pacientes com graus elevados de flacidez. Ao ressecar os prolongamentos ao redor da aréola, a técnica permite acomodar a cicatriz vertical, reduzindo sua extensão ou mesmo eliminando a cicatriz horizontal, além de dispensar cicatriz na parte superior da aréola.

Descritores: Implante Mamário; Mamoplastia; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Implante de prótese.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0028

INTRODUÇÃO

A redução mamária é um procedimento com elevado índice de satisfação, independentemente da técnica utilizada. Contudo, o tamanho das incisões em “T-invertido” tem levado os cirurgiões plásticos a procurarem procedimentos com cicatrizes reduzidas.

A mastopexia periareolar, descrita por Benelli em 1988¹, teve como objetivo limitar as cicatrizes de mamoplastia. Através do princípio do “*round-block*”, foi possível estender as indicações do procedimento, sem os riscos de alargamento e distorção da aréola². A indicação da mastopexia periareolar se dá em ptoses moderadas ou na hipertrofia em pacientes jovens, em que a retração de pele é adequada³.

A mastopexia vertical foi descrita pela primeira vez em 1925 por Dartigues, mas permaneceu por muito tempo desconhecida até ser revisada por Arie, em 1957, e Claude Lassus, em 1969⁴. Na década de 1990, Lejour introduziu sua técnica de mamoplastia vertical, derivada da técnica de Lassus⁵. Os princípios da mamoplastia vertical são: ressecção de quilha vertical central para reduzir o tamanho da mama, transposição da aréola através de um pedículo de base superior, nenhum descolamento e cicatriz vertical para finalizar⁶.

Descrita por Chiari, em 1992⁷, a mamoplastia de incisão em “L” proporciona resultados excelentes em pacientes selecionados. A técnica de Chiari é indicada para mamas de hipertrofia leve (até 300 g de ressecção) e moderada (de 300 a 600 g de ressecção)⁸.

Sobre a mastopexia vertical, o conceito de ressecção da pele da mama pode ser considerado tridimensional: unidimensional se referindo à remoção de pele periareolar; bidimensional incluindo os componentes periareolar e vertical; ou tridimensional ao incluir os componentes periareolar, vertical

e horizontal. O componente horizontal poderá representar uma cicatriz pequena em “T”, “J”, “L” ou “T” longa⁹.

A variedade de incisões para remoção do excedente de pele na mastopexia com implantes não difere daquelas utilizadas na mastopexia isolada¹⁰.

A técnica do “capeta” (“*Devil’s Incision Mammoplasty*”), descrita em 1983, apresenta uma opção de mamoplastia redutora sem necessidade de incisão periareolar total e que permite reduzir o tamanho da vertical, ao acomodar a pele ao longo das margens da aréola¹¹.

OBJETIVO

Apresentar opção técnica de mastopexia associada a colocação de implante mamária em paciente com flacidez.

MÉTODOS

Relato de caso e comparação dos dados obtidos com a literatura pertinente, utilizando-se das bases de dados PubMed, LILACS e OVID, tendo os descritores (MeSh) “implantes”, “mamoplastia”, “cirurgia”. Paciente do sexo feminino, 28 anos, hígida, sem história familiar de doença maligna da mama, com ptose mamária grau II-III¹². Teste do pinçamento mamário de 3 cm no polo superior e medial das mamas, candidata à colocação de implante mamário, que apresentava flacidez mamária associada, com deslocamento do areola no sentido caudal cerca de 1,5 cm abaixo da posição ideal.

A opção dos implantes mamários Mentor® texturizados, perfil UHP 270 cc cada atingia às expectativas de volume desejado pela paciente. A marcação inicial foi realizada com o paciente em posição ortostática (Figura 1). Cirurgia então foi realizada sob anestesia geral com máscara laríngea. A abordagem foi realizada por incisão de 3,5 cm, posicionada 2 cm abaixo do sulco inframamário. A marcação do ponto A (projeção do complexo

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

areolopapilar - CAP) foi revisada após a colocação dos implantes, com a paciente semissentada. Os pontos B e C (diâmetro de ressecção vertical) também foram revistos para que não houvesse excesso de tensão na sutura vertical.



Figura 1. Marcação na pele de mastopexia vertical.

Os implantes foram posicionados na forma de duplo plano¹³, sendo a seguir retirado o excesso de pele e tecido glandular subjacente por abordagem vertical (Figura 2). A incisão areolar inferior (“capeta”) permitiu a acomodação da cicatriz vertical, reduzindo sensivelmente o diâmetro areolar (Figura 3). A sutura foi realizada em três planos: glandular (Mononylon® ETHICON, EUA), subdérmico (Monocryl® 3-0 ETHICON, EUA) e intradérmico (Monocryl® 4-0 ETHICON, EUA) (Figura 4). Os resultados foram avaliados pela paciente por meio de documentação fotográfica de antes, momento da operação e depois cerca de 90 dias após o procedimento, e foram comparados com os dados da literatura.



Figura 2. Marcação na pele após colocação de implantes.

RESULTADOS

A técnica empregada — mastopexia pela técnica do Capeta adaptada à colocação de implantes em duplo-plano — corrigiu a flacidez mamária enquanto permitia maior projeção do cone mamário. Não se observou alargamento da cicatriz ou presença de serosa e infecção. Na comparação fotográfica, a paciente demonstrou satisfação com o resultado obtido, mesmo na presença de cicatriz vertical visível após os três meses. Provavelmente, esta aceitação deveu-se ao fato da técnica ter sido explicada à paciente no pre-operatório.



Figura 3. Ressecção do excedente de pele com prolongamentos laterais que dá nome à técnica.



Figura 4. Aspecto próximo ao final do transoperatório demonstrando projeção da mama e distribuição da cicatriz em trono da metade inferior do CAP.

A ausência de cicatriz na metade superior da aréola foi motivo de grande satisfação para a paciente, jovem, que se incomodava com o aspecto esbranquiçado da cicatriz de procedimentos com abordagem em cicatriz circunareolar que fora demonstrado em fotografias de outras pacientes. Após os três meses, com o descenso do tecido mamário e dos implantes texturizados, a forma das mamas apresentou ainda melhor aspecto, principalmente em relação à projeção do CAP.

DISCUSSÃO

Técnicas periareolares estão indicadas somente em mamas pequenas, levemente ptóticas, em que o CAP necessita de 2 a 3 cm de ascensão. Apesar de tentadora, a técnica pode levar a resultados insatisfatórios se aplicada aos pacientes errados. Para casos de ptose mais avançada, técnicas com cicatriz vertical ou em “T-invertido” são mais comuns. Na ptose moderada a severa, mastopexia com “T-invertido” ainda esta entre as mais utilizadas. A cicatriz vertical, contudo, tem se tornado cada vez mais popular entre os cirurgiões plásticos¹⁴.

A técnica do “capeta” foi descrita há mais de 30 anos por Jorge Fonseca Ely¹¹ e compreende a combinação de uma elipse oblíqua com uma incisão em meia-lua na metade inferior da aréola. Em aréolas largas (maiores de 4 cm), a ressecção de um fuso lateral (orelhas do “capeta”) permite a acomodação da cicatriz vertical, reduzindo sua extensão. A cicatriz, comparável

a uma torre, permite a projeção da mama e a redução da cicatriz horizontal (no caso 3,5 cm). A vertical obtida foi de 6-7 cm e o ponto A marcado previamente na maior projeção da mama.

A principal vantagem deste tipo de abordagem consiste na ausência de cicatriz na região areolar superior; área de fácil visualização pela própria paciente, que pode gerar estíomas e desconforto psicológico. Entretanto, este tipo de procedimento não deveria ser aplicado a mastopexias em pacientes com grau mais elevado de flacidez.

Outras técnicas deveriam ser empregadas nestes pacientes, mesmo que com cicatriz residual maior. Importante mencionar que o tipo de abordagem e a cicatriz resultante deve ser adequadamente esclarecida a paciente antes do procedimento e, principalmente, as limitações da simples colocação de implantes mamários.

CONCLUSÃO

A técnica de mastopexia pela técnica do capeta demonstrou ser eficaz no tratamento da flacidez pequena em paciente candidata a mamoplastia de aumento. Ao ressecar os prolongamentos ao redor da aréola, permite acomodar a cicatriz vertical, reduzindo sua extensão ou mesmo eliminando a cicatriz horizontal e evita a necessidade de uma cicatriz na parte superior da aréola.

REFERÊNCIAS

1. Benelli L. Technique de plastie mammaire le "round block". *Rev Fr Chir Esthet.* 1988;3:7-11.
2. 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>
3. Benelli LC. Periareolar Benelli Mastopexy and Reduction: The "Round Block". In: Spear SL, ed. *Surgery of the Breast: Principles and Art.* Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
4. Lassus C. A technique for breast reduction. *Int Surg.* 1970;53(1):69-72. PMID: 4908351
5. Lejour M. Vertical mammoplasty: update and appraisal of late results. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(3):771-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199909010-00024>
6. Lassus C. Update on vertical mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(7):2289-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199912000-00060>
7. 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>
8. Chiari A Jr. The L Short-scar Mammoplasty. In: Spear SL, ed. *Surgery of the Breast: Principles and Art.* Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
9. Nahai F. Clinical decision-making in breast surgery. In: Nahai F, ed. *The Art of Aesthetic Surgery.* St. Louis: Quality Medical Publishing; 2005. p. 1817-58.
10. Hammond DC. Augmentation Mastopexy: General Considerations. In: Spear SL, ed. *Surgery of the Breast: Principles and Art.* Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.
11. Ely JF. The devil's incision mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1983;7(3):159-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01571339>
12. Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg.* 1976;3(2):193-203.
13. Tebbetts JB. Dual plane breast augmentation: optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(5):1255-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200104150-00027>
14. Mejia JD, Nahai F. Vertical Mastopexy. In: Spear SL, ed. *Surgery of the Breast: Principles and Art.* Philadelphia: Wolters Kluwer; 2011.

*Endereço Autor:

Geraldo Machado Filho

Av. Ipiranga, 6690, sala 220 (2º andar) - Jardim Botânico, Porto Alegre, RS, Brasil.

CEP 90619-900

E-mail: gmachadofilho@gmail.com