

Mamoplastia de aumento - dicas para melhor adaptação da prótese na loja subfascial

ANDRE GUSTAVO MASCHIO ^{1*}RUTH MARIA GRAF ²RENATA FERNANDA RAMOS MASCANTE ²DAYANE RAQUEL DE PAULA ¹FLAVIA DAVID JOÃO DE MASI ¹BRUNA FERREIRA BERNERT VARASCHIN ¹

■ RESUMO

Introdução: A mamoplastia de aumento transaxilar tem oferecido como benefício principal a ausência de cicatrizes na unidade estética da mama devido à incisão localizada na região axilar. Este método, associado à inserção da prótese no plano subfascial, permite grau de satisfação pessoal alto entre as pacientes. **Objetivo:** Descrever uma variação na técnica de mamoplastia de aumento subfascial, realizada neste serviço, com intuito de melhorar do aspecto mamário e melhor adaptação da prótese. **Métodos:** Revisão de literatura em bases de dados e descrição da técnica tradicional e de variante da técnica utilizada neste serviço. **Resultados:** Realização de incisões de relaxamento no músculo peitoral maior, resultando em melhora da adaptação da prótese na loja subfascial e do aspecto mamário. **Conclusão:** A experiência com a realização das incisões de relaxamento mostra melhor aspecto da mama e menor tensão na loja da prótese, além de conferir uma cobertura extra de músculo em região superomedial.

Descritores: Mamoplastia; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Implante mamário; Silicones.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0031

INTRODUÇÃO

A mamoplastia de aumento transaxilar tem oferecido muitas vantagens sobre outros acessos. O benefício principal é a ausência de cicatrizes na unidade estética da mama devido à incisão localizada na região axilar¹⁻⁴. É uma boa indicação, particularmente em casos de aréolas pequenas, sem ptose mamária e com pouca definição do sulco inframamário⁴.

É controversa pela grande curva de aprendizado, pelo risco de lesão das estruturas anatômicas nervosas e vasculares da axila, pela dificuldade de delimitar os planos anatômicos sem a assistência da videoendoscopia e pela possibilidade de alterar a drenagem linfática da mama¹. A técnica é contraindicada em pacientes com grau moderado e acentuado de ptose mamária². Outros acessos possíveis para colocação do implante seriam o transareolar e a incisão no sulco mamário.

A localização subfascial da prótese mamária tem como objetivo reduzir a incidência de contratura capsular no período pós-operatório tardio¹⁻³, evitar distúrbios de sensibilidade da aréola e promover como resultado uma aparência mais natural da mama^{1,2}.

OBJETIVO

Este trabalho objetiva realizar uma breve revisão da literatura no que se refere à técnica de mamoplastia de aumento, com colocação de prótese mamária no plano subfascial. Além disso, visa descrever uma variação na técnica de mamoplastia de aumento subfascial, realizada neste serviço, com intuito de melhorar do aspecto mamário final por melhor adaptação e melhor cobertura da prótese.

MÉTODOS

Realizada busca na base de dados PubMed com os termos “*transaxillary breast augmentation*”, “*transaxillary mammoplasty*”, “*transaxillary subfascial augmentation*” “*subfascial*”, com seleção dos artigos relacionados à descrição da técnica e revisão da literatura com descrição da técnica cirúrgica com a descrição da variação realizada neste serviço.

A técnica cirúrgica transaxilar é descrita a seguir²⁻⁹:

1. O sulco inframamário é marcado com a paciente na posição sentada ou em pé e 2 cm abaixo do sulco inframamário original. Marca-se o meridiano da mama e a área a ser descolada;
2. Paciente sob bloqueio epidural e anestesia geral em decúbito dorsal, com os membros superiores abduzidos a 90° do tronco com discreta elevação do dorso;
3. Assepsia e antisepsia, infiltração de solução com adrenalina na incisão axilar cada mama;
4. Realizado reforço da marcação da loja mamária, já previamente delimitada, com azul de metileno;
5. Incisão em “s” com cerca de 3cm no cavo axilar, sendo a região mediana da incisão - a mais longa - realizada em uma das pregas axilares, e 1 cm na parte posterior ao rebordo do músculo peitoral maior, teremos acesso direto ao espaço subfascial;
6. O ponto de segurança do bordo anterior da incisão é marcado com ponto simples de monocryl 4-0;
7. Criação de túnel através do descolamento superficial da pele e subcutâneo da área da incisão até o bordo do músculo peitoral. A dissecação é realizada com eletrocautério;
8. Incisão da fáscia do músculo peitoral maior no seu rebordo lateral e realização do descolamento no plano subfascial para cima até o 2° espaço intercostal e para baixo até o nível do 5° e do 6° espaço na junção da fáscia peitoral com a do músculo reto abdominal e oblíquo lateral. Realizado o descolamento inferior com abaixamento do sulco inframamário;
9. Introdução do molde para avaliar a necessidade de maior dissecação da periferia da loja e adequação do tamanho previamente à escolha da prótese definitiva, com base em estimativas realizadas durante a consulta com o paciente;

¹ Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

10. Incisões de relaxamento do músculo peitoral maior em sentido horizontal às fibras para melhor adaptação da prótese e criação de uma cobertura extra;
11. Hemostasia rigorosa para inserção da prótese definitiva;
12. Realizada troca de luvas, lavagem das mãos com solução contendo antibiótico e embebido da prótese na mesma solução;
13. A prótese é então colocada através do túnel e acomodada na loja; previamente a prótese foi marcada com azul de metileno em seu $\frac{1}{4}$ superolateral para evitar sua rotação identificando a posição correta;
14. Após avaliação da simetria e bom posicionamento da prótese é realizado o fechamento por planos da incisão axilar: subcutâneo, subderme e pele com pontos intradérmicos de Monocryl 4-0;
15. Realizado curativo estéril, e colocação do modelador.

O uso de faixa compressiva no polo superior das mamas, associado ao modelador especial, deve ser mantido por um período de 30 dias. As massagens sobre as mamas são iniciadas a partir do 7º dia de pós-operatório. A paciente é liberada para exercer suas atividades normais a partir do 7º dia de pós-operatório².

RESULTADOS

De acordo com a descrição da técnica original de mamoplastia no planos subfascial, é realizada a dissecação no plano com posterior inserção da prótese. Observa-se, contudo, principalmente em casos de hipomastia severa, com escasso tecido mamário e subcutâneo, relativa tensão na pele mamária, muito devido à forte adesão da fascial peitoral ao músculo.

São realizadas, então, incisões paralelamente às fibras musculares do peitoral maior, a fim de liberar do tórax uma pequena porção de músculo para que aumente a distensão do tecido anteroposteriormente, o que propicia melhor distribuição da pressão na loja, com maior área de adaptação da prótese nesse sentido, o que gera melhora no aspecto pois a prótese não fica constrita, além de conferir uma proteção a mais em polo superomedial da mama.

DISCUSSÃO

Com a prótese subfascial, obtém-se um aspecto mais natural das mamas, com a vantagem de não elevar o polo superior, como ocorre na localização submuscular. Da mesma forma, não deixa os bordos das próteses aparentes, como ocorre na localização subglandular nas hipoplasias severas^{2,3}. Tem a vantagem de preservar o tecido conectivo da mama, reduzindo a probabilidade de ptose e mantendo melhor posicionamento da prótese³. As pacientes apresentam-se satisfeitas com o resultado estético e com a textura (maciez) da prótese^{3,6}.

Em pacientes de descendência asiática, particularmente, a via transaxilar é uma opção frequente, devido aos piores

resultados em cicatrizes no tórax anterior e a frequência de hipomastia sem ptose⁸.

Após uma experiência de 15 anos em mamoplastias de aumento no plano subfascial, evidenciou-se, principalmente em casos de hipomastia severa, relativa tensão da loja da mama. Isto, possivelmente devido à deficiência relativa de subcutâneo para cobertura da prótese, associada geralmente a menores diâmetros do tórax, o que promoveria menor área na base da prótese para distribuir a pressão exercida com o aumento súbito de volume.

Devido a este fator, iniciou-se há 5 anos a execução de incisões de relaxamento no músculo peitoral, resultando em melhor adaptação ao envelope cutâneo e melhor distribuição da pressão na loja gerada com o aumento da área na base torácica, além de criar uma cobertura dupla (*dual-plane*) de um pouco de músculo peitoral, além da fásia e do subcutâneo.

CONCLUSÃO

A experiência deste serviço com a realização das incisões de relaxamento mostra melhor aspecto da mama e menor tensão na loja da prótese, além de conferir uma cobertura extra de músculo em região superomedial. Claramente, mais estudos são necessários para evidenciar objetivamente tais achados.

REFERÊNCIAS

1. Graf RM, Bernardes A, Rippel R, Araujo LR, Damasio RC, Auersvald A. Subfascial breast implant: a new procedure. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(2):904-8. PMID: 12560720 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000041601.59651.15>
2. Graf RM, Bernardes A, Auersvald A, Damasio RC. Subfascial endoscopic transaxillary augmentation mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24(3):216-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s002660010036>
3. Hunstad JP, Webb LS. Subfascial breast augmentation: a comprehensive experience. *Aesthetic Plast Surg.* 2010;34(3):365-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-009-9466-1>
4. Munhoz AM, Fells K, Arruda E, Montag E, Okada A, Aldrighi C, et al. Subfascial transaxillary breast augmentation without endoscopic assistance: technical aspects and outcome. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(5):503-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-006-0017-8>
5. Strock LL. Surgical Approaches to Breast Augmentation: The Transaxillary Approach. *Clin Plast Surg.* 2015;42(4):585-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2015.06.014>
6. Pacella SJ, Codner MA. The transaxillary approach to breast augmentation. *Clin Plast Surg.* 2009;36(1):49-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2008.07.006>
7. Pereira LH, Sterodimas A. Transaxillary breast augmentation: a prospective comparison of subglandular, subfascial, and submuscular implant insertion. *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33(5):752-9. PMID: 19597863 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-009-9389-x>
8. Sim HB, Sun SH. Transaxillary endoscopic breast augmentation with shaped gel implants. *Aesthet Surg J.* 2015;35(8):952-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/asj/sjv104>
9. Munhoz AM, Gemperli R, Sampaio Goes JC. Transaxillary Subfascial Augmentation Mammoplasty with Anatomic Form-Stable Silicone Implants. *Clin Plast Surg.* 2015;42(4):565-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2015.06.016>

*Endereço Autor:

Andre Gustavo Maschio

Rua Doutor João de Oliveira Passos, 300 - Curitiba, PR, Brasil

CEP 80520-320

E-mail: drandremaschio@hotmail.com