

Viabilidade do uso de retalhos de Liacyr dos tipos I e III em mastopexias com implantes em pacientes com incisão prévia no sulco inframamário

BRUNO DELLA MÉA GASPERIN¹
MICHEL PAVELECINI¹
LEONARDO MILANESI POSSAMAI¹
FLÁVIO MACIEL DE FREITAS NETO¹
PEDRO BINS ELY¹

RESUMO

Introdução: O aumento mamário associado à mastopexia é indicado em pacientes com ptose mamária e hipoplasia glandular associadas. Muitas dessas pacientes foram submetidas previamente a mamoplastias de aumento com incisões através do sulco mamário. **Objetivo:** Analisar a viabilidade de retalhos de pedículo inferior em mastopexias realizadas em pacientes com incisões prévias em sulco inframamário. **Métodos:** Série de 12 casos. Avaliou-se a viabilidade do retalho de Liacyr no transoperatório através da visualização de sangramento na extremidade do retalho. No pós-operatório, foram monitorados sinais indiretos de inviabilidade do retalho: infecção por necrose profunda, deiscências, sinais inflamatórios e endurecimento tardio à palpação. **Resultados:** Sangramento para avaliação da viabilidade tecidual foi visualizado em todos os retalhos confeccionados. Não foram observados, em nenhum caso, sinais indiretos de complicações relacionadas à necrose do retalho de Liacyr. **Conclusão:** A confecção de retalhos de pedículo inferior em pacientes com incisão prévia em sulco inframamário mostrou-se viável em nossa série de casos.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Mamoplastia; Retalhos cirúrgicos.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0035

INTRODUÇÃO

Procedimentos de mastopexia associados a implantes têm sido cada vez mais frequentes, uma vez que proporcionam, em um único tempo cirúrgico, o tratamento simultâneo da ptose mamária e hipoplasia glandular. Diferentes estratégias são utilizadas para garantir maior segurança da técnica. Em 1973, Liacyr-Ribeiro descreveu um retalho dermoglandular de base inferior para reduções mamárias com objetivo de proporcionar firmeza às mamas após grande remoção do tecido¹.

Nos últimos 40 anos, o retalho tem sido adaptado e utilizado com diferentes objetivos na cirurgia mamária² (Figura 1). Os retalhos inferiores do tipo I e III são supridos pelos ramos perfurantes do 4º ao 7º espaço intercostal, ramos da artéria mamária interna, e podem ser confeccionados durante a mastopexia com objetivo de melhor cobertura do polo inferior e prevenção de complicações como exposição da prótese em caso de deiscência.

A mamoplastia de aumento figura entre as cirurgias plásticas estéticas mais realizadas no Brasil e no mundo. Muitas dessas pacientes serão submetidas a mamoplastias secundárias associadas a mastopexia no futuro. Tendo em vista que o acesso através de incisão em sulco mamário é o mais realizado em nosso meio, a viabilidade da confecção de um retalho de base inferior torna-se duvidosa nessas pacientes, uma vez que os ramos da artéria mamária interna foram seccionados durante a confecção da loja para implantação da prótese primária.

OBJETIVO

Avaliar, em uma série de 12 casos (24 mamas), a viabilidade da utilização dos retalhos de Liacyr dos tipos I e III em mastopexias associadas a implantes de silicone em pacientes com incisão prévia no sulco inframamário.

MÉTODOS

Estudo tipo série de casos, operados entre dezembro de 2015 a maio de 2017, no Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, por um único cirurgião. Todas as pacientes haviam sido previamente submetidas a mamoplastia de aumento com implantes mamários de silicone, via sulco inframamário (sem mastopexia ou mamoplastia redutora prévia).

Todas eram portadoras dos implantes na ocasião e tinham como queixa a ptose mamária e flacidez, sendo indicada mastopexia. Foram realizadas fotografias pré-operatórias. As pacientes foram submetidas a bloqueio peridural ou anestesia geral. Medidas para profilaxia de eventos tromboembólicos foram instituídas, incluindo dispositivos de compressão sequencial de membros inferiores, colocados antes da indução.

Como antibioticoprofilaxia utilizou-se cefazolina administrada antes da indução anestésica. A marcação foi realizada com a paciente em posição ortostática, pela técnica do T-invertido, incluindo planejamento do retalho de Liacyr. Foi realizada a desepidermização do excesso de pele, com preservação do plexo vascular subdérmico periareolar. Uma incisão na extremidade superior do retalho de Liacyr foi realizada, até se atingir a loja do implante, retirando-se o mesmo.

Foram confeccionados retalhos de Liacyr do tipo I ou tipo III, dependendo da necessidade de cada paciente. Retalhos do tipo I possuem formato retangular com aproximadamente 5cm de largura, altura estendendo-se até 1-2cm abaixo da aréola e espessura de 2-3cm. Retalhos do tipo III possuem formato triangular ou trapezoide, aproveita-se o máximo da extensão horizontal e estendem-se até 1-2 cm abaixo da aréola, mantendo-se a espessura de 2-3cm².

Avaliou-se a viabilidade do retalho de Liacyr no transoperatório através da visualização de sangramento na

¹ Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil.

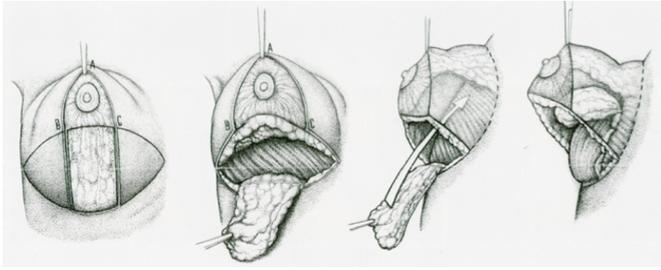


Figura 1. Retalho de pedículo inferior de Liacyr.

extremidade do retalho (Figura 2). O retalho de Liacyr foi utilizado para a cobertura total do implante. Foi realizada a montagem do cone mamário e fechamento da pele por planos. Não foram utilizados drenos. No pós-operatório, foram monitorados sinais indiretos de inviabilidade do retalho: infecção por necrose profunda, deiscências, sinais inflamatórios e endurecimento tardio à palpação.



Figura 2. Viabilidade do retalho de pedículo inferior demonstrado pelo sangramento de sua extremidade.

RESULTADOS

A Tabela 1 sintetiza algumas características das pacientes. Nenhuma das pacientes era tabagista. Todos os implantes prévios eram texturizados e estavam íntegros no momento da cirurgia. Houve substituição dos implantes em todos os casos e manteve-se o plano subglandular. O sangramento para avaliação da viabilidade tecidual foi visualizado em todos os retalhos confeccionados. No pós-operatório, em apenas um caso houve pequena deiscência na junção da sutura da aréola com a vertical em uma das mamas, a qual foi ressuturada, com boa evolução. Não foram observados, em nenhum caso, sinais indiretos de complicações relacionadas à necrose do retalho de Liacyr.

DISCUSSÃO

Em um editorial publicado em 2003, Spear discute sobre as dificuldades da mastopexia quando combinada com implante de próteses³. Devido à natureza aparentemente antagônica do procedimento, aumento do volume e diminuição do envelope cutâneo, alguns autores criticam a técnica e demonstram possíveis complicações como aumento do risco de infecção, perda do mamilo, desvascularização central da mama, mal posicionamento do complexo areolopapilar e, o mais temido, extrusão dos implantes^{4,5}. Apesar da menor previsibilidade dos resultados, estudos recentes têm demonstrado a segurança do procedimento e estratégias cirúrgicas foram descritas com objetivo de minimizar a incidência de resultados desfavoráveis.

Tabela 1. Características das pacientes.

Paciente	Idade (anos)	IMC	Grau de ptose	Tempo prótese prévia (em anos)	Seguimento (meses)
1	30	22,8	III	3	18
2	45	25,3	II	7	16
3	23	19,7	II	5	12
4	42	23,4	II	11	10
5	39	25,1	III	8	10
6	30	27,4	II	2	9
7	42	23,5	I	1	7
8	49	23	III	10	6
9	33	21,1	II	2	6
10	48	28,1	I	12	5
11	36	24	III	2,5	4
12	27	25	II	1,5	2

Uma revisão sistemática publicada em 2014⁶ reuniu 23 estudos e um total de 4856 casos de cirurgia combinada com uma taxa de complicações de 13,1% (95% IC, 6,7-21,3%). A complicação individual mais comum foi a ptose recorrente, com incidência de 5,2% (IC 95%, 3,1 a 7,8%), seguida de cicatriz inestética 3,7% (IC 95%, 1,9 a 6,1%). As incidências de contratura capsular e assimetrias foram 3,0% (IC 95%, 1,4 a 5,0%) e 2,9% (IC 95%, 1,2 a 5,4%), respectivamente.

A taxa de reoperação obtida em 13 estudos foi de 10,7% (IC 95%, 6,7 a 15,4%). Apesar da heterogeneidade dos estudos, a revisão sugere que a cirurgia combinada possibilita a melhora da projeção mamária e correção da ptose em um único tempo cirúrgico, com níveis aceitáveis de complicações, baixos níveis de reoperação, menor custo e maior índice de satisfação dos pacientes.⁶

Estudo brasileiro publicado por Pessoa *et al.*⁷ em 2013 relatou a experiência do uso sistemático de retalhos de pedículo inferior (Liacyr tipos I e III) em 25 casos de mastopexia associadas a implantes com objetivo de diminuir a incidência de complicações. Nesse estudo não foram observados seromas, hematomas, necroses do complexo areolopapilar, infecções e perda dos implantes.

Acreditamos que além de prover uma melhor cobertura do polo inferior e prevenir a ptose do implante, os retalhos de pedículo inferior oferecem efeito de proteção, já que uma eventual deiscência não expõe o implante (Figura 3). As desvantagens incluem tempo cirúrgico aumentado, risco de necrose do retalho, além de possíveis erros de planejamento (falta de cobertura cutânea após desepidermização do retalho). Maior preocupação se estende àquelas pacientes previamente submetidas à mamoplastia de aumento com incisão em sulco mamário que serão submetidas em um segundo tempo a uma cirurgia combinada. A incisão no sulco inframamário secciona, em maior ou menor extensão, os vasos perfurantes ramos da artéria mamária interna.

Em nossa série de casos avaliamos a viabilidade do retalho diretamente, pela visualização de sangramento na extremidade do retalho e, no pós-operatório, pela evolução satisfatória dos casos, ausência de necrose, deiscência, infecção, calcificações ou endurecimentos palpáveis no período tardio. Acreditamos que os retalhos utilizados nas pacientes submetidas a aumento prévio sejam nutridos pela vascularização randômica já autonomizada do plexo subdérmico e através dos vasos subcapsulares.

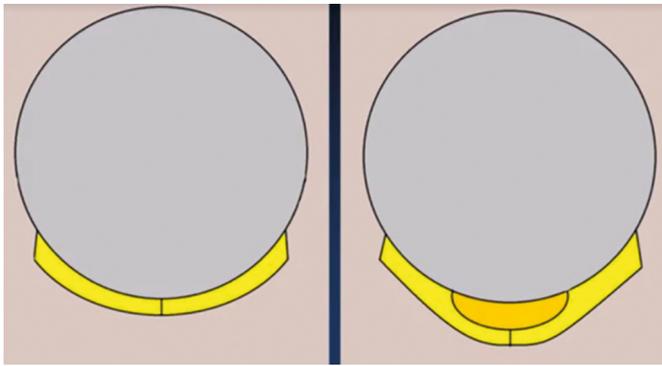


Figura 3. Proteção oferecida pelo retalho.

CONCLUSÃO

A utilização de retalhos de Liacyr tipos I e III é útil para melhor proteção e cobertura do polo inferior dos implantes mamários em mastopexias. Nosso estudo, composto por 12 casos (24 mamas), mostrou que estes retalhos podem ser utilizados mesmo em pacientes previamente submetidas à colocação de implantes mamários pela via do sulco inframamário.

***Endereço Autor:**

Bruno Della M^éa Gasperin

R. Sarmiento Leite, 245 - Centro Histórico, Porto Alegre - RS, Brasil.

CEP 90050-170

E-mail: brunogasperin@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro L, Backer E. Mastoplastia com pedículo de seguridade. *Rev Esp Cir Plast.* 1973;16:223-34.
2. 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/10.1097/01.PRS.0000019879.75710.7C>
3. Spear S. Augmentation/Mastopexy: "Surgeon, Beware". *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(3):905-6. PMID: 12960875 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000072257.66189.3E>
4. Spear SL, Low M, Ducic I. Revision augmentation mastopexy: indications, operations, and outcomes. *Ann Plast Surg.* 2003;51(6):540-6. PMID: 14646644 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.sap.0000096450.04443.be>
5. Spear SL, Boehmler JH 4th, Clemens MW. Augmentation/mastopexy: a 3-year review of a single surgeon's practice. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7 Suppl):136S-147S.
6. Khavanin N, Jordan SW, Rambachan A, Kim JY. A systematic review of single-stage augmentation-mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(5):922-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000000582>
7. Pessoa MCM, Accorsi A Jr, Ribeiro L, Moreira LF. Mastopexia com implantes: uso sistemático dos retalhos de base inferior de Ribeiro. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(3):333-42.