

Tratamento das Ptoses Mamárias com Retalhos Cruzados sem Prévia Ressecção de Pele

Arnaldo Lobo Miró¹

- 1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Membro da Isaps, Professor convidado da Residência Médica de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Membro do corpo docente da Residência médica em Cirurgia Plástica da PUC-PR, Diretor da Clínica de Cirurgia Plástica Dr. Arnaldo Miró.

Endereço para correspondência:

Arnaldo Lobo Miró

R. Dom Pedro II, 749

Curitiba – PR

80420-060

Fone: (41) 342-7099 – Fax: (41) 243-2332

Unitermos: Mamoplastia; retalhos cruzados; sem ressecção prévia de pele.

RESUMO

O autor tem usado este tipo de técnica há mais de 10 anos, em casos de ptose mamária – 90% dos casos em ptose pura e 10% em casos de ptose com pequenas hipertrofias. Sendo uma técnica de fácil execução, ela nos permite não fazer a ressecção da pele na fase inicial e nem nos ater a uma demarcação rígida no início da cirurgia, fazendo-a somente quando os retalhos já se encontram posicionados, e a pele então pode ser acomodada de acordo com o formato da mama. A marcação prévia serve somente como referência.

É um procedimento seguro, que preserva a circulação, a pele, a gordura e o componente glandular. Permite uma rotação ampla da base da mama, com mínimo sangramento, e favorece enormemente a visualização dos tecidos.

As cicatrizes são distribuídas em segmento medial e lateral, e a ascensão da aréola e do mamilo se faz com facilidade.

INTRODUÇÃO

O tratamento das ptoses mamárias tem sido estudado pelos cirurgiões desde a publicação de Pouson⁽¹⁾, em 1897. Dessa data, até 1957, inúmeras técnicas e táticas foram desenvolvidas, alcançando melhores ou piores resultados, mas com alto índice de complicações. Ariê⁽²⁾, em 1957, publicou um trabalho expondo a técnica da incisão vertical única e foi ponto de partida

para diversos estudos, variações e aprimoramentos na correção dessa patologia. Partindo das operações de Beisenberger⁽³⁾, Dufourmentel⁽⁴⁾, e Gillies⁽⁵⁾ e Marino, chegamos a um aprimoramento da técnica dos retalhos cruzados, que passou a ser difundida entre nós e adotada por autores brasileiros, como Sperli⁽⁶⁾, Pigossi⁽⁷⁾, Hamke⁽⁸⁾, etc.

Levando-se em consideração que as ptoses mamárias apresentam uma intensa disparidade entre o conteúdo (tecido adiposo glandular) e o continente (pele), sendo esta sempre excessiva, optamos pela técnica do entrecruzamento dos retalhos mamários, por apresentar inúmeros pontos favoráveis em relação a outros procedimentos.

Usamos esta técnica em mais de 100 pacientes durante um período de 8 anos, sendo a grande maioria dos casos (90%) de ptose pura e os demais (10%), ptoses associadas a pequenas hipertrofias. Para as médias e grandes hipertrofias, optamos por outras técnicas que achamos mais adequadas.

Sendo de fácil execução e de resultados altamente satisfatórios, ela permite, em certos casos, realizarmos a cirurgia sem nos atermos a uma prévia ressecção de pele, já que os retalhos cutâneos serão acomodados conforme a montagem do cone mamário e não conforme desenho preestabelecido. Nesses casos, a marcação serve apenas como ponto de referência. Este procedimento trouxe, assim, uma considerável diminuição da margem de risco com relação à marcação pré-operatória, principalmente naqueles casos em que a pele apresenta extrema elasticidade.

A par dessas vantagens, também é segura a preservação do componente circulatório cutâneo, adiposo e glandular, facilitando uma efetiva rotação do pólo externo da mama e diminuindo sua base. Permite, dada a sobreposição dos retalhos adiposos glandulares, uma projeção acentuada, formando, assim, um cone estável e de boa consistência. O descolamento da glândula em área avascular retromamária, além de apresentar sangramento mínimo, favorece uma boa visualização dos tecidos, dando acesso a eventual patologia existente.

As cicatrizes resultantes são, na grande maioria dos casos, reduzidas, e a elevação do complexo aréolo-mamilar faz-se sem qualquer nível de tensão, preservando integralmente sua sensibilidade.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Obedece os princípios gerais de uma cirurgia mamária realizada em posição semi-sentada, anestesia geral, local assistida, ou peridural alta, conforme cada paciente.

Marcamos o ponto A na linha médio-umeral, sempre 1 a 2 cm acima do complexo aréolo-mamilar, os pon-

tos B e C são determinados pinçando-se com os dedos o excesso de pele hipoteticamente a ser retirado, terminando 1 cm acima do sulco mamário (Fig. 1).

A seguir, unimos os pontos em fuso e marcamos as compensações laterais que irão formar ao final da cirurgia um T invertido.

Após a demarcação do complexo aréolo-mamilar, realizamos uma manobra de Schwartzman ao redor da aréola e podemos ou não ressecar a pele em toda a área demarcada. Se houver dúvida quanto à marcação, avançamos a cirurgia somente com uma incisão única e mediana (Fig. 2). A seguir, passamos ao descolamento de toda a glândula no espaço retromamário, partindo do sulco submamário e aproveitando o máximo de tecido (Fig. 3). Esta, assim descolada, é bipartida no seu pólo inferior, formando dois retalhos pediculados: um medial e um lateral (Fig. 4). Posteriormente, estes serão liberados da pele cerca de 3 a 4 cm, procurando preservar o aporte vascular.

Assim liberados, eles permitem uma ampla rotação sem qualquer dificuldade. Os retalhos formados serão rodados, um sobre o outro, em direção ao espaço retromamário, e suas extremidades fixadas à aponeurose muscular (Figs. 5 e 6).

Os retalhos serão fixados, também, entre si, por suturas nas bordas. Se for necessária uma pequena redução do volume, ressecamos tecidos das extremidades dos retalhos, formando, assim, o cone mamário. As bordas inferiores serão também fixadas por algumas suturas à parede torácica.

Passamos, então, à acomodação da pele, com auxílio de pinças de Allis ou por manobra digital, ressecando-a na medida justa do necessário. Recomendamos, nessa fase, que os retalhos cutâneos sejam ressecados em segmentos para maior segurança do cirurgião (Fig. 7).

Se optarmos por uma ressecção prévia, os triângulos de compensação poderão ser ressecados no início da cirurgia e readaptados quando necessário. Se escolhermos uma ressecção de pele posterior, os triângulos serão confeccionados após o fechamento do segmento mediano, tendo sua extensão, sempre, o tamanho suficiente para que se acomodem no sulco mamário (Figs. 8 e 9).

O fechamento é realizado com suturas intradérmicas de Monocryl cobertas com fitas de Micropore. O uso de sutiã elástico deve ser recomendado por um período

do mínimo de 2 meses.

COMPLICAÇÕES

Pudemos observar que em 5% das pacientes ocorreu uma pequena lipólise do extremo do retalho lateral, sem, contudo, comprometer o resultado final nem a forma da mama.

3% dos casos apresentaram uma discreta assimetria mamária, tendo sido um caso reoperado. Dentro desta estatística, também 3% dos casos, após o período de acomodação (em torno de 3 a 4 meses), vieram a apresentar alongamento diagonal do complexo aréolo-mamilar, que mereceu reparo posterior.

CONCLUSÃO

Nossa experiência tem demonstrado que essa técnica mostrou-se plenamente favorável à correção das ptoses mamárias, estabelecendo não só um bom resultado final na forma como na consistência.

O fato de podermos realizar a cirurgia sem ressecção

prévia de pele e sem nos atermos a marcações rígidas nos dá uma grande segurança nesse item, não permitindo que haja retiradas excessivas nem insuficientes, já que a pele deve se acomodar em função do cone mamário formado.

Com relação à cicatriz, optamos pelo T invertido, pois permite uma boa redistribuição dos segmentos lateral e medial, além de um pequeno encurtamento da distância entre o complexo aréolo-mamilar e o sulco mamário, sempre longa nos casos de ptose. Acreditamos que esse encurtamento também favoreça a estabilização do resultado final.

Quanto à forma tardia, pudemos observar uma báscula muito pequena, o suficiente para encobrir o sulco mamário com a paciente em pé. O entrecruzamento dos retalhos forma uma alça de sustentação no pólo inferior, o que nos leva a crer que venha a impedir uma grande mobilização desse segmento.

BIBLIOGRAFIA

Vide págs. 30 e 31.