

Mamoplastia de Aumento Transaxilar Videoendoscópica Subfascial

Ruth Maria Graf¹
Afranio Bernardes²
André Auersvald²
Rosana Cristina Costa Damasio²

- 1] Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Membro da ISAPS, Membro da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica- Regional do Paraná, Professora convidada da Residência de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.
- 2] Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Endereço para correspondência:

Ruth Graf

R. Solimões, 1184
Curitiba - PR
80810-070

Fone: (041) 335-7237 Fax: (041) 335-9394
e-mail: hansgraf@bsi.com.br

Unitermos: Mastoplastia; endoscopia; cirurgia mamária.

RESUMO

No nosso serviço, a prática da cirurgia videoendoscópica começou em 1996, sendo utilizada para tratamento de hipoplasia mamária e de rugas frontais, que seriam as cirurgias videoendoscópicas mamária e facial. Na mamoplastia de aumento foi utilizada a via transaxilar com incisão em forma de "S" para introduzir o implante mamário na posição submuscular ou subglandular e, mais recentemente (outubro de 1998), na posição subfascial. Essa cirurgia foi realizada em 62 pacientes, no período de agosto de 1996 a janeiro de 1999, sendo introduzidas as próteses no espaço submuscular em 49 pacientes, subglandular em 5 pacientes e subfascial em 8 pacientes. O tipo de implante utilizado foi o modelo anatômico 410, biodimensional da McGhan®, com variação de 155 a 235 gramas. Ocorreram complicações em três pacientes, sendo que houve a rotação da prótese com assimetria em duas delas com necessidade de reoperação e, em uma paciente, formou-se um hematoma, que foi resolvido por punção. O grau de satisfação pessoal foi alto, sendo a maior vantagem dessa técnica a ausência de cicatriz nas mamas. Nenhum dos casos até o momento apresentou algum grau de contratura capsular.

INTRODUÇÃO

A mamoplastia de aumento transaxilar tem oferecido muitas vantagens sobre outros acessos^(5, 7, 12). O benefício principal é a ausência de cicatrizes na unidade estética da mama devido à incisão localizada na região axilar.

A localização retropeitoral ou submuscular e, mais recentemente, subfascial da prótese mamária tem como objetivo reduzir a incidência de contratura capsular no período pós-operatório tardio, evitar dis-

túrbios de sensibilidade da aréola e promover como resultado uma aparência mais natural da mama^(1, 9, 10, 13, 15).

A mamoplastia de aumento por via transaxilar combinada com instrumentos que ampliam a imagem nos oferece a visualização direta dos planos descolados, com dissecação precisa e hemostasia segura através de pequena incisão da região axilar^(3, 6, 9). Esta técnica é contra-indicada em pacientes com grau moderado e acentuado de ptose mamária.

O uso clínico de endoscopia mamária começou em meados de 1987 com o propósito de realizar a capsulotomia interna e inspecionar os implantes mamários^(2, 4, 8).

O primeiro relato de uma mamoplastia de aumento videoendoscópica, por acesso transumbilical, foi publicado por Johnson e Chist, em 1993. Em 1993, ainda, Laurence Ho publicou sua experiência com cirurgia endoscópica através do acesso transaxilar⁽⁶⁾. Em 1994, Price, Nahai e Bostwick publicaram um trabalho sobre a mamoplastia de aumento videoendoscópica transaxilar com resultados estéticos bons e sem complicações⁽¹¹⁾.

MATERIAL E MÉTODOS

A técnica de mamoplastia de aumento por via endoscópica transaxilar foi utilizada em 62 pacientes no período de agosto de 1996 a janeiro de 1999, sendo que em 49 pacientes foram introduzidas próteses no espaço subpeitoral, em 5 pacientes as próteses foram subglandulares e, em 8, no plano subfascial. A idade das pacientes variou de 15 a 48 anos. A prótese utilizada foi a texturizada e biodimensional, com gel de alta coesividade e uma variação de peso entre 155 e 235 gramas, McGhan®, modelo anatômico 410.

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.

Os procedimentos foram realizados sob anestesia geral e com os braços abduzidos em 90°, com discreta elevação do dorso. Através de uma incisão em "S", de 3 cm de comprimento no cavo axilar e de 1 cm na parte posterior ao rebordo do músculo peitoral maior, teremos acesso direto ao espaço retro ou pré-peitoral ou subfascial. A dissecação é realizada com material de videoendoscopia como eletrocautério, tesoura,

pinças hemostáticas e descoladores. Quando a opção de descolamento é subglandular⁽³⁾, o descolamento vai inferiormente até 1 cm abaixo do sulco submamário e, superiormente, até o 2º espaço intercostal. Quando a opção é submuscular^(13, 16), liberamos as fibras inferiores e ínfero-mediais do músculo peitoral maior cerca de 1 cm acima de sua inserção óssea para não haver dificuldade na hemostasia. A dissecação é efetuada até 2 cm abaixo do sulco submamário original, pois a contração muscular tende a elevar a prótese. Quando a opção é subfascial, que é a opção de escolha mais recente, incisamos a fáscia do músculo peitoral maior no seu rebordo lateral e, com movimentos suaves, fazemos o descolamento no plano subfascial para cima até o 2º espaço intercostal e para baixo até o nível do 5º e do 6º espaço na junção da fáscia peitoral com a do músculo reto abdominal e oblíquo lateral. Até esse ponto, a fáscia é tênue porém resistente e, a partir daí, o descolamento segue no plano suprafascial ou subglandular até alcançar 1 a 2 cm abaixo do sulco submamário.

Após completada a loja e revista a hemostasia sob visão direta, introduzimos a prótese, que é previamente marcada com azul de metileno em seu ¼ súpero-lateral para evitar sua rotação. Usamos drenagem de aspiração em circuito fechado e a sutura é feita por planos.

O uso de faixa compressiva no pólo 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-operatório.

RESULTADOS

As complicações são raras. Não ocorreu nenhuma complicação anestésica. Em três anos, houve um caso de hematoma, que foi puncionado através de visão direcionada durante ecografia, e dois casos de assimetria mamária em que uma das próteses ficou rodada, dando maior projeção na porção superior da mama; as pacientes foram reoperadas pelo mesmo acesso, e a prótese foi endoscopicamente rodada para sua posição correta (Figs. 1 a 3). Houve um caso de contratura muscular axilar, que foi resolvido com fisioterapia. A dor que ocorre no período pós-operatório imediato nas pacientes com prótese submuscular é pouco percebida nas pacientes com prótese subfascial. Equimoses e edema desaparecem após al-

gumas semanas. As pacientes podem retornar às suas atividades normais num prazo de sete dias. Com a prótese no plano subfascial, os contornos obtidos das mamas têm um aspecto mais natural. O índice de satisfação pessoal foi alto, pois, além de não apresentar cicatriz na unidade mamária e a cicatriz na axila se tornar quase imperceptível no pós-operatório tardio (Figs. 4 e 5), a forma das mamas melhoram consideravelmente com o emprego desta técnica.

COMENTÁRIOS

A localização submuscular dos implantes (Figs. 6 e 7) tem tido nossa preferência há cerca de 17 anos, com o objetivo de evitar a contração capsular. Com o movimento muscular durante todas as atividades da paciente, há uma constante massagem e mobilização da prótese, o que leva a um aspecto mais natural e macio das mamas. Apesar disso, a retração capsular ocorreu em 3% dos casos. Há cerca de quatro anos passamos a utilizar próteses com gel de alta coesividade, quando passamos a observar a queda desta complicação para zero. Numa das pacientes que foi submetida à reoperação no 6º mês de pós-operatório para a mobilização da prótese por assimetria, o estudo histológico revelou a ausência de silicone no tecido em torno da prótese, o que demonstra que, até o momento, não há a migração do silicone para fora da prótese e justifica a ausência de retração capsular nesse grupo de pacientes.

Com base nos novos dados, associados à observação de que, em alguns casos de prótese submuscular, o pólo inferior das mamas apresentava-se achatado e o pólo superior abaulado, principalmente durante atividade física, passamos a utilizar o espaço subfascial para a colocação das próteses. A fásia superior do músculo peitoral é tênue, porém firme, no ponto em

que é feito o descolamento junto às fibras musculares, desde o 2º espaço intercostal até o 5º e 6º espaço intercostal e, a partir daí, o plano se torna subglandular até 1 cm abaixo do sulco submamário. Com a prótese subfascial o resultado foi o de um aspecto mais natural das mamas, com a vantagem de não elevar o pólo superior como ocorre na localização submuscular. Da mesma forma, não deixa os bordos das próteses aparentes como ocorre na localização subglandular (Figs. 8 e 9), nas hipoplasias severas. Esta última opção permanece para aquelas pacientes com tecido mamário suficiente para esconder os bordos das próteses.

CONCLUSÕES

A mamoplastia de aumento videoendoscópica por via transaxilar nos parece ser um procedimento seguro, que nos trouxe resultados melhores e mais naturais, com um ótimo nível de satisfação das pacientes quanto à forma e à cicatriz, e com uma taxa baixa de complicações. Mais recentemente, o plano subfascial tem sido nossa opção. As principais razões para isso são a aparência do pólo superior sem uma clara demarcação, que lembra o aspecto alcançado com a prótese colocada no plano submuscular, enquanto o pólo inferior da mama parece com o de uma prótese subglandular, sem o achatamento visível da prótese submuscular. O resultado final é uma forma mais natural da mama, com a prótese colocada no plano subfascial (Figs. 10 a 20).

BIBLIOGRAFIA

Vide página 51.