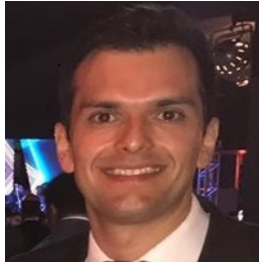


Experiência de um serviço de residência médica na utilização do retalho dermoglandular de pedículo inferior em mastopexias após perdas ponderais

A Medical Residency Service Experience Using the Inferior Dermoglandular Flap in Mastopexies after Weight Loss



RAFAEL RESTON VIANA ^{1*}

LEILANE DROPPA APPEL ¹

EMELYN ALTHOFF FERNANDES ¹

JÚLIO CESAR MAGRI ¹

ROGÉRIO DE CASTRO BITTENCOURT ^{1,2}

ANNA GABRIELLE DE OLIVEIRA ³

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0088

INTRODUÇÃO

Muitas técnicas foram descritas e muitos procedimentos foram modificados ao longo do tempo na intenção de corrigir as ptoses mamárias. O resultado estético duradouro, a facilidade de execução e segurança da técnica são objetivos e medidas a serem alcançadas para a melhoria dos resultados.

Vários fatores, como envelhecimento, gestação e perda ponderal reduzem a elasticidade e volume do tecido mamário em diversas intensidades. Nas perdas ponderais existe uma perda de conteúdo das mamas, principalmente da porção superior, observando-se frouxidão do suporte ligamentar. A pele torna-se mais flácida com a derme mais fina, ocorrendo distorções anatômicas e diversos graus de ptoses mamárias¹⁻³.

Os principais objetivos das cirurgias mamárias em pacientes com perda de peso são a manutenção do polo superior

e prevenção de ptose. Nessas pacientes, a restauração estética aceitável das mamas pode ser difícil e raramente alcançável sem ressecções teciduais ou somente com utilização de implantes. Sendo assim, muitas opções foram descritas para abordar essa situação, incluindo mastopexias isoladas, mastopexias com implantes, mastopexias acrescidas de tecido autólogo e suspensão dérmica⁴⁻⁶.

Ribeiro foi o primeiro cirurgião a utilizar o retalho dermoglandular de pedículo inferior não areolado associado ao pedículo superior para manter a projeção da mama em mastopexias. Classificou esse retalho como tipo I, o qual simularia um implante mamário para o preenchimento do polo superior, comumente vazio em pacientes portadoras de ptose mamária^{7,8}. A irrigação proveniente de ramos perforantes do quarto, do quinto, do sexto e do sétimo espaços intercostais, via artéria torácica interna, daria a segurança vascular necessária

RESUMO

Introdução: A manutenção do polo superior e prevenção da ptose mamária são preocupações após mastopexias de pacientes com perda ponderal. O trabalho avaliou os resultados e grau de satisfação das pacientes selecionadas que foram submetidas à mastopexia com utilização do retalho dermoglandular de pedículo inferior em um Serviço de Residência em Cirurgia Plástica. **Método:** Dezesete pacientes foram submetidas à mastopexia com retalho dermoglandular de pedículo inferior nos Hospitais Universitário Cajuru e Santa Casa de Misericórdia em Curitiba/PR, entre janeiro de 2017 e janeiro de 2018. **Resultados:** A avaliação foi considerada adequada (> 88%) e as pacientes ficaram satisfeitas (82,3%) após os procedimentos. **Discussão:** Concordamos com os autores que o retalho dermoglandular de pedículo inferior é seguro e de fácil confecção, proporcionando resultados e satisfação adequados. **Conclusões:** Em nosso estudo, os resultados foram encorajadores e endossam a utilização da técnica em mastopexias de pacientes com perda ponderal.

Descritores: Mama; Mamoplastia; Retalhos cirúrgicos; Perda de peso; Implantes de mama.

ABSTRACT

Introduction: Maintenance of the upper pole and prevention of breast ptosis are concerns after mastopexy of patients with weight loss. The study evaluated the results and satisfaction of selected patients who underwent mastopexy using an inferior dermoglandular flap in a Plastic Surgery Residency Service. **Method:** Seventeen patients underwent mastopexy with an inferior dermoglandular flap at the Cajuru and Santa Casa de Misericórdia Hospitals in Curitiba, PR, between January 2017 and January 2018. **Results:** The evaluation was considered adequate (> 88%) and the patients were satisfied (82.3%) after the procedures. **Discussion:** We agree with the authors that the inferior dermoglandular flap is safe and easy to make, providing adequate results and satisfaction. **Conclusions:** In our study, the results were encouraging and endorse the technique in mastopexies of patients with weight loss.

Keywords: Breast; Mammoplasty; Surgical flaps; Weight loss; Breast implants.

¹ Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Paraná, PR, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.



ao procedimento. Em 1993, Daniel realizou mastopexias fixando esse retalho sob um retalho horizontal bipedicular no músculo peitoral maior⁹. Graf, em 2000, baseada na técnica de Daniel, descreveu a utilização de retalho dermolipoglandular de pedículo distal fixado cranialmente sob uma alça de músculo peitoral maior, aumentando a projeção ou enchimento do polo superior¹⁰.

OBJETIVOS

Utilização do retalho de pedículo inferior dermoglandular não areolado nas mastopexias de pacientes com perdas ponderais no Serviço de Residência Médica em Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Cajuru em Curitiba – PR, avaliando-se os resultados e a satisfação das pacientes no pós-operatório.

MÉTODO

Dezessete pacientes foram submetidas às mastopexias com retalho de Liacyr tipo I nos Hospitais Universitário Cajuru e Santa Casa de Misericórdia em Curitiba/PR, entre janeiro de 2017 e janeiro de 2018, respondendo a cerca de 20% dos procedimentos realizados sem utilização de implantes mamários.

Os prontuários foram revisados, sendo o tempo de seguimento, entre a data da cirurgia, data do preenchimento do questionário e avaliação pós-operatória, entre 1 a 2 anos. Tratando-se de cirurgias realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a utilização de implantes mamários não era possível. As pacientes selecionadas, apresentavam ptose moderada a grave, flacidez tecidual e escassez do polo superior da mama, sendo a técnica proposta uma alternativa para otimização dos resultados.

Os casos foram operados pelos residentes e supervisionados pelos preceptores do serviço. Todas as pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, foram fotografadas, submetidas a exames, ecografia mamária e/ou mamografia no período pré-operatório. A avaliação pós-operatória foi realizada pelo mesmo observador.

Realizava-se marcação pré-operatória com a paciente em ortostatismo, traçavam-se duas linhas verticais, a primeira da fúrcula esternal à cicatriz umbilical e outra da região hemiclavicular até a porção superior das aréolas. Marcava-se o ponto A, que corresponde à projeção do sulco inframamário no polo superior. Por uma manobra bidigital, marcavam-se os pontos B e C, delimitando assim a área central mamária que seria desepitelizada. Os pontos já marcados eram conectados ao sulco inframamário por linhas arqueadas, resultando na marcação publicada por Pitanguy¹¹. O polo inferior era exposto, sendo o pedículo marcado na sua porção média, com largura entre 5 e 8 cm, estendendo-se até 1 a 2 cm da borda areolar inferior.

Após anestesia geral e a paciente em decúbito dorsal, realizava-se a desepidermização das áreas correspondentes aos pedículos superior e inferior, realizando a incisão das bordas do retalho até a fáscia do músculo peitoral maior, formando um retalho dermoglandular com pelo menos de 3 cm em espessura. Completavam-se as ressecções de tecidos excedentes e o pedículo era fixado junto à fáscia no nível do segundo espaço intercostal. Finalizava-se com a montagem da mama pela união dos pontos B e C no ponto médio da base do retalho e as suturas realizadas por planos com fios inabsorvíveis (Figura 1).

Foram avaliados dados referentes ao procedimento, intercorrências intraoperatórias, utilização de drenos e complicações pós-operatórias.

A avaliação e a submissão do questionário de satisfação foram realizadas no período entre 1 e 2 anos do pós-operatório.

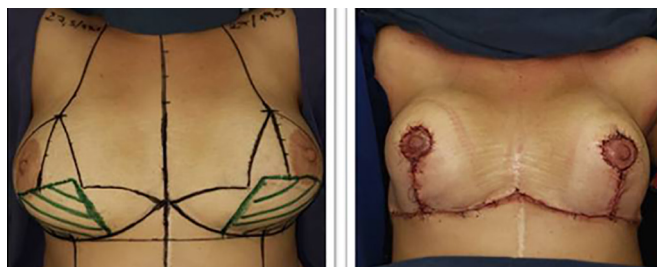


Figura 1. Marcação pré-operatória (paciente em decúbito dorsal) e pós-operatório imediato. Paciente pós-gastroplastia há 3 anos, com perda ponderal de 25 kg antes do procedimento.

RESULTADOS

Os procedimentos foram realizados segundo a técnica proposta por Ribeiro. A média de idade das pacientes foi de 39 anos (25-52 anos). A média do índice de massa corpórea foi 25,71 kg/m² (22,4-30,47). Todas as pacientes perderam peso previamente à cirurgia, sendo que seis (35,2%), haviam sido submetidas à gastroplastia redutora no mínimo quatro anos antes do procedimento. Havia uma paciente hipertensa e uma com hipotireoidismo.

Não foram observados seroma, hematoma, necrose areolar e infecção de ferida operatória. Em um caso (5,88%), houve presença de deiscência parcial na união das cicatrizes verticais e horizontais bilateralmente, sendo realizado tratamento conservador somente com curativos. Não houve intercorrências intraoperatórias e não foram utilizados drenos no pós-operatório. Não houve complicações maiores, nem foram necessárias cirurgias revisionais.

Na avaliação entre 1 e 2 anos realizada pelo observador, em um caso (5,88%) houve assimetria entre as mamas, sendo que nas fotos pré-operatórias a paciente já apresentava diferença semelhante (mama direita maior que a esquerda). Quanto à projeção mamária, todos os resultados foram avaliados como adequados no período. Em dois casos (11,76%), observou-se

Tabela 1. Avaliação pós-operatória dos resultados.

AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA	ADEQUADA	INADEQUADA	TOTAL
SIMETRIA MAMÁRIA	16 (94,1%)	1 (5,88%)	17
TAMANHO MAMÁRIO	17 (100%)	0	17
PROJEÇÃO MAMÁRIA	17 (100%)	0	17
FORMA MAMÁRIA	15 (88,23%)	2 (11,76%)	13
CICATRIZES	15 (88,23%)	2 (11,76%)	13

algum grau de pseudoptose, provavelmente devido a uma maior perda ponderal após os procedimentos. Dois casos (11,76%) tiveram cicatrizes inestéticas, principalmente areolares, tipo alargamento. Queloides ou cicatrizes hipertróficas não foram observadas (Tabela 1).

Das dezessete pacientes questionadas, quatorze (82,3%) mostraram-se totalmente satisfeitas, destacando principalmente as melhorias estéticas e de autoestima. Duas pacientes (11,76%) relataram satisfação parcial, sendo a presença das cicatrizes alargadas o ponto negativo. Uma paciente (5,88%) demonstrou-se insatisfeita com a cirurgia, pontuou o formato das mamas

como queixa principal (Tabela 2). Um ponto interessante observado nos questionários, foi que todas pacientes afirmaram satisfação total com o procedimento nos primeiros 6 meses de pós-operatório, sendo o início das queixas observado apenas após esse período (Figuras 2 e 3).

Tabela 2. Grau de satisfação pós-operatória.

SATISFAÇÃO DAS PACIENTES	NÚMERO
TOTALMENTE SATISFEITAS	14 (82,3%)
PARCIALMENTE SATISFEITAS	2 (11,76%)
INSATISFEITAS	1 (5,88%)
TOTAL	17



Figura 2. Pré e pós-operatório de 1 ano e 6 meses. Paciente com perda ponderal de 10 kg antes do procedimento.



Figura 3. Pré e pós-operatório de 1 ano e 9 meses. Paciente pós-gastroplastia há 4 anos, com perda ponderal de 15 kg antes do procedimento.

DISCUSSÃO

Dada a íntima relação com a sexualidade e a grande valorização do corpo feminino em nossa sociedade, a cirurgia estética das mamas impõe grande responsabilidade aos cirurgiões plásticos. Assim, em um país de clima tropical e com extenso litoral, a procura por técnicas e artifícios que forneçam bons resultados é imperativa. A maioria das pacientes deseja que as mamas fiquem firmes, consistentes, cônico-arredondadas, mamilos centralizados e com projeção anterior; tarefa nem sempre fácil e factível^{12,13}.

Diversas técnicas para redução mamária e correção de ptose são utilizadas, sendo baseadas em pedículos vasculares específicos e com escolha dependente de cada caso. Na experiência de nosso serviço, utilizamos as técnicas de pedículo superior (Pitangy), pedículo súpero-medial, pedículo superior com retalho de Lyacir tipo I, pedículo inferior areolado e pedículo superior com retalhos cruzados a depender da necessidade dos casos.

Concordamos com Ship, o qual relatou que a mastopexia é mais efetiva quando realizada com transposição do parênquima do polo inferior para o polo superior, realocando o conteúdo mamário e formando um volume suficiente para produzir um cone sem a necessidade de um implante de silicone¹⁴.

Apesar do surgimento de novas técnicas de mastopexia, o retalho de pedículo inferior ainda permanece como uma das preferências devido à sua segurança e fácil reprodução^{15,16}. O suprimento sanguíneo do complexo areolopapilar fornecido pelo pedículo superior, a redistribuição do parênquima ao

invés da ressecção da pele com intuito de realocar o tecido do pólo inferior sob o superior mamário, são aspectos-chave no resultado e na diminuição dos índices de complicações^{17,18}. Lembrando que, em nosso trabalho, observamos apenas um caso em que houve pequena deiscência no encontro das cicatrizes verticais e horizontais, sendo o tratamento realizado somente com curativos locais.

Swanson publicou um estudo retrospectivo demonstrando que diferentes técnicas de mastopexia e mamoplastia redutora não apresentam diferenças notáveis em termos de plenitude do polo superior e projeção mamária. Com o tempo e devido à gravidade, é extremamente difícil manter o polo superior estável sem a utilização de implantes ou enxerto de gordura¹⁹. O polo inferior da mama responde melhor aos efeitos gravitacionais com o passar do tempo e, em nossas mãos, o retalho de Lyacir tipo I foi capaz de proporcionar resultados adequados, com baixos índices de complicação e boa satisfação das pacientes.

CONCLUSÃO

A realização das mastopexias utilizando o retalho de Lyacir tipo I demonstrou-se segura e de fácil reprodução. Acreditamos ser necessário um acompanhamento maior para avaliar totalmente a longevidade dos resultados, porém nossos dados preliminares associados à pesquisa de satisfação são encorajadores e endossam o procedimento.

BIBLIOGRAFIA

1. Regnault P. Breast ptosis. Definition and treatment. *Clin Plast Surg.* 1976; 3:193-203.
2. Colwell A, Driscoll D, Breuing K. Mastopexy Techniques After Massive Weight Loss an Algorithmic Approach and Review of the Literature. *Ann Plast Surg.* 2009; 63:28-33. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP0b013e318188b976>
3. Kahn S, Hoffman S, Simon BE. Correction of nonhypertrophic ptosis of the breasts. *Plast Reconstr Surg.* 1968; 41(3):244-7.
4. Rubin JP. Mastopexy in the massive weight loss patient: dermal suspension and total parenchymal reshaping. *Aesthetic Surg J.* 2006; 26(2):214-22.
5. Rubin JP, Gusenoff JA, Coon D. Dermal suspension and parenchymal reshaping mastopexy after massive weight loss: statistical analysis with concomitant procedures from a prospective registry. *Plast Reconstr Surg.* 2009; 123(3):782-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e31819ba1a8>
6. Karacaoglu E. Single stage augmentation mastopexy: a novel technique using autologous dermal graft. *Ann Plast Surg.* 2009; 63(6):600-4. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP0b013e318196cc2c>
7. Ribeiro L. Cirurgia plástica de mama. Rio de Janeiro: Medsi; 1989.
8. 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; 110:960-70. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000019879.75710.7C>
9. Daniel MJB. Mamoplastia com músculo peitoral. Comunicação no XXX Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, Curitiba, Paraná, Brasil; 1993 nov 7-11.
10. Graf R, Biggs TM. In search of better shape in mastopexy and reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112:691.
11. Pitangy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg.* 1967; 20(1):78-85. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(67\)80009-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(67)80009-2). PMID:5339723.
12. Graf R, Reis de Araujo LR, Rippel R, Neto LG, Pace DT, Biggs T. Reduction mammoplasty and mastopexy using the vertical scar and thoracic wall flap technique. *Aesthet Plast Surg.* 2003; 27:6-12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-002-0111-5>
13. Mey D, Greuse M, Azzam C. The evolution of mammoplasty. *Eur J Plast Surg.* 2005; 28(3):213-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00238-005-0744-0>.

14. Ship AG, et al. Dual-pedicle dermoparenchymal mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 1989; 83(2):281-90. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-198902000-00014>
15. Hammond DC, Loffredo M. Breast reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 129:829e-39e.
16. Wise RJ, Gannon JP, Hill JR. Further experience with reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1963; 32:12-20. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-196307000-00002>
17. Karp NS. Mastopexy and mastopexy augmentation. In: Thorne CH, Bartlett SP, Beasley RW, Aston SJ, Gurtner GC, Spear SL (eds.). *Grabb and Smith's plastic surgery.* Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 585-92.
18. Graf R, Biggs TM. In search of better shape in mastopexy and reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110:309-17. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-200207000-00053>
19. Swanson E. A retrospective photometric study of 82 published reports of mastopexy and breast reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2011; 128:1282-301. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318230c884>

***Endereço Autor:**

Rafael Reston Viana

Rua Deputado Joaquim Linhares de Lacerda 88, apartamento 504, Seminário, Curitiba, PR, Brasil.
CEP 80.240-560

E-mail: rafaelreston.rr83@gmail.com