

Retalho cutâneo para exposição de implante mamário

Cutaneous Flap for Covering Implants Exposure

ROGÉRIO DE CASTRO
BITTENCOURT ^{1*}



ARNALDO LOBO MIRÓ ¹
RAFAEL RESTON VIANA ¹
JÚLIO CESAR MAGRI ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0092

INTRODUÇÃO

A cirurgia de aumento mamário, segundo Data Folha e SBCP, em 2009, era de 21%, comparando-se com as demais cirurgias no âmbito estético¹. Nos últimos 10 anos, o uso das próteses aumentou significativamente, mesmo nas mastopexias e com isso houve também um acréscimo no número de complicações.

Entre as complicações, a exposição do implante varia de 2% a 4% dos casos^{2,3}. Costuma ocorrer nas primeiras semanas de pós-operatório como consequência de hematomas, seromas, infecção ou tensão excessiva da pele nos locais de inserção dos implantes⁴. A maioria das exposições ocorre na cicatriz onde o implante foi introduzido. O trauma pelos afastadores nas incisões ou o fechamento incorreto da ferida favorecem a exposição. A

colocação do implante superficial e com pouco tecido protetor é um fator contribuinte.

Nas exposições tardias, a etiologia costuma ser por seroma ou contratatura capsular, a qual faz dobras nos implantes ocasionando saliências contra a pele, isquemia e perfuração local, expondo os implantes⁴.

A exposição dos implantes traz ansiedade tanto ao cirurgião quanto à paciente. A satisfação da paciente no pós-operatório imediato pode se transformar em angústia por necessitar um novo procedimento cirúrgico para a retirada. Ao cirurgião cabe ter um bom relacionamento com a paciente, avaliando a melhor forma para resolução desses casos, de preferência de maneira mais simples e efetiva (Figura 1).

RESUMO

Introdução: A exposição de implantes nas cirurgias de aumento mamário é uma complicação rara e de difícil resolução. Os autores apresentam um retalho cutâneo que permite a cobertura dessa exposição, quando no sulco mamário, após mamoplastia de aumento com prótese de silicone com ou sem mastopexia. **Método:** É um retalho ao acaso da região submamária, de forma triangular e que por transposição cobre a área de exposição do implante. A área doadora é fechada diretamente e a cicatriz final vai situar-se no sulco submamário. **Resultados:** O procedimento, quando bem indicado, tem se mostrado eficaz tanto no pós-operatório imediato quanto na avaliação em longo prazo. **Discussão:** O retalho tem origem em área sem fibrose cicatricial, é espesso, com boa circulação e elasticidade. **Conclusões:** É um retalho formado de tecidos íntegros que faz a necessária cobertura da área cruenta com exposição do implante. É de concepção simples, segura e versátil.

Descritores: Retalhos cirúrgicos; Cirurgia plástica; Implantes de mama; Mama; Mamoplastia; Complicações pós-operatórias..

ABSTRACT

The exposure of implants in breast augmentation surgeries is a complication that is difficult to solve. The authors present a cutaneous flap that allows the closure of mammary implant exposure in the submammary fold, after augmentation mammoplasty with silicone prosthesis with or without mastopexy. **Method:** It is a randomized cutaneous flap of the submammary region. It has a triangular shape, and by transposition can cover the exposure of the implant. The donor area is closed directly and its final scar is located in the submammary fold. **Results:** The procedure has been shown to be effective both with immediate results and in the late evaluation of these patients. **Discussion:** It is a flap that brings tissue of the area without postoperative cicatricial fibrosis, it has good blood circulation and good elasticity. **Conclusions:** It is a flap with good quality tissues that makes the necessary coverage of the exposed implant.

Keywords: Plastic surgery; Surgical flaps; Operative surgical procedures; Surgical wound dehiscence; Sutures.

¹ Hospital Universitário Cajuru, Pontifícia Universitária Católica, Curitiba, PR, Brasil.

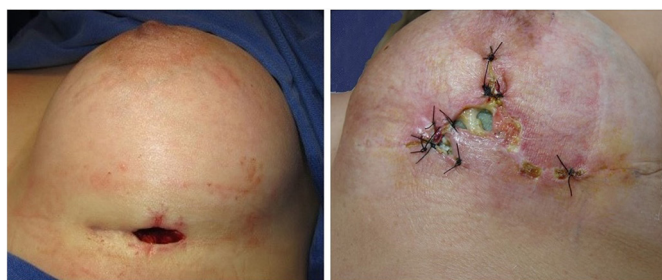


Figura 1. Exposição de próteses no sulco submamário em mamoplastia de aumento e mamoplastia com mastopexia.

Em medicina parte-se do princípio que todo o corpo estranho que se expõe deva ser retirado. Tudo depende da causa. Quando se descarta a infecção e a causa é a falta de tecidos ou tensão no fechamento, o uso de retalhos adicionando tecidos bem vascularizados se faz necessário.

A exposição do implante e seu tratamento são esporadicamente descritos na literatura. Autores como Peeters e cols., em 2011, já tinham utilizado retalhos musculares e retalho adipofascial localizados abaixo do sulco submamário e retalhos da cápsula fibrosa dos implantes⁵ para fechamento da exposição.

Nas cirurgias reconstrutoras da mama, são muitos os retalhos utilizados para cobertura do implante porém são retalhos de grande tamanho e deixam sequelas importantes na área doadora^{6,7}.

Devido às poucas opções de tratamento nos casos estéticos, novos procedimentos se fazem necessários.

OBJETIVO

Apresentar um retalho cutâneo de fácil execução para cobertura da exposição do implante mamário no pós-operatório em mamoplastias de aumento, com ou sem mastopexia, em que a causa principal é a tensão excessiva da sutura ou falta de tecido local.

MÉTODO

Com experiência no tratamento de perda de tecidos, realizamos um retalho cutâneo da região submamária para cobertura do implante exposto. Sua confecção é simples, segura e muito versátil. Por ser pequeno e de vizinhança, permite-nos realizá-lo até com anestesia local. É um retalho de transposição que oferece tecido de boa qualidade, com boa espessura e boa vascularização ao local. Lembra uma zetaplastia com somente um triângulo, o qual nominamos “retalho em bandeirola”, dado o seu formato (Figura 2). Ele também pode ser usado nas deiscências de sutura que ocorrem na confluência das incisões do “T” invertido nas mastopexias e até nas mamoplastia redutoras.

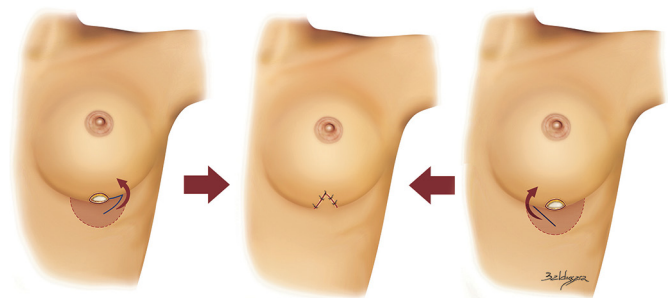


Figura 2. Marcação do retalho com pedículo medial e lateral e ao centro o retalho já transposto em mamoplastia de aumento com incisão no sulco submamário.

É um retalho triangular que faz um ângulo de aproximadamente 45° com o sulco submamário ou com a cicatriz horizontal da mastopexia com prótese. Mede-se a área a ser fechada após o desbridamento cirúrgico das bordas e desenha-se o retalho em torno de 1 cm maior que o defeito. O ideal é que a largura da base do retalho seja igual ou um pouco maior que o defeito horizontal. A localização do pedículo fica abaixo da ferida onde apresenta a exposição, podendo ser medial ou lateral, onde costuma ter maior flacidez de pele. Seu pedículo vascular é “ao acaso” e provém dos ramos perfurantes do músculo reto do abdome. Da sua transposição pode haver pele remanescente do retalho na região medial, que pode regredir com o tempo. O ideal é que todo o retalho se situe na mama e a base do pedículo junto ao sulco submamário. Também podemos realizar um retalho maior cuja ponta pode ser desepidermizada e que será suturada à cápsula fibrosa e a pele íntegra suturada às bordas da ferida. Sua área doadora, com pequeno descolamento, apresenta suficiente elasticidade que nos permite o fechamento direto, visto ser o local onde raramente apresenta fibrose importante (Figura 3).

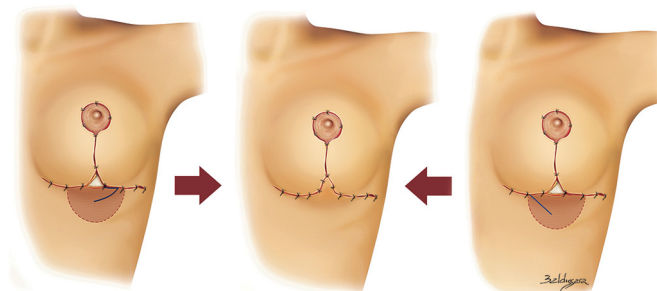


Figura 3. Marcação do retalho com pedículo medial e lateral e ao centro o retalho já transposto em mamoplastia de aumento com mastopexia.

RESULTADOS

O procedimento tem se mostrado eficaz nos casos que não apresentam sinais de infecção e principalmente quando a abordagem é precoce. Os resultados imediatos ou tardios são de boa qualidade, quando a etiologia da exposição for tensão local ou falta de tecido, evitando assim o desgaste médico-paciente pela retirada de um implante, mesmo que temporário (Figuras 4 a 6).

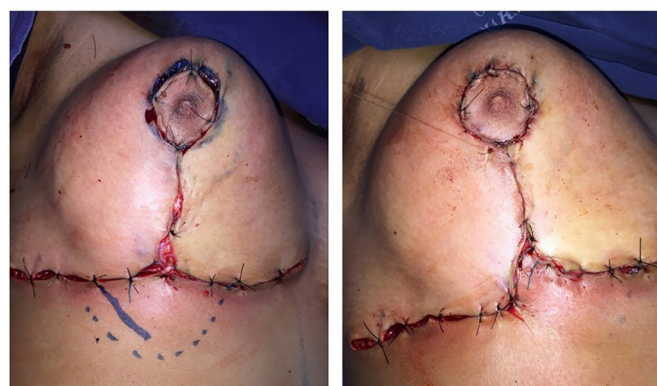


Figura 4. Marcação do retalho com pedículo medial, pré e pós-operatório precoce.

DISCUSSÃO

A procura pela beleza e o corpo perfeito tem levado mais pacientes à busca pelas mamoplastias de aumento. Esse



Figura 5. Pós operatório precoce com exposição da prótese em mastopexia, pré e pós-operatório precoce com retalho medial



Figura 6 Pré e pós-operatório de 2 anos em mastoplastia com mastopexia.

procedimento tem sido realizado em mamas não tão hipotróficas com o intuito de fazer o polo superior mais saliente e manter mais firme sua consistência. Alguns autores retiram parte da glândula mamária fazendo o preenchimento com implantes⁸. Outros retiram tecido glandular com a finalidade de diminuir o risco de câncer mamário em pacientes com histórico familiar importante.

Fodor e cols., em 2003, relataram que a incidência de extrusão do implante gira em torno de 2% dos casos³. Nos oito casos que apresentou, as pacientes queriam a preservação dos implantes e não aceitavam a retirada dos mesmos. Ele tentou preservar, porém acabou retirando os implantes em 50% dos casos, não relatando quais técnicas realizou para o fechamento da pele.

A cirurgia de mastopexia com colocação de implante tem uma chance maior de exposição por apresentar múltiplas incisões e uma certa tensão na pele. Ocorre principalmente na convergência das incisões horizontais e verticais.

A manutenção do implante exposto favorece a infecção e a contração da cápsula fibrosa, diminuindo a loja que o contém. Em alguns casos o implante necessita ser retirado, a loja limpa e ampliada antes da colocação e fechamento. O procedimento de cobertura do implante deve ser o mais breve possível, já nos primeiros sinais do processo de exposição.

Poucos trabalhos para cobertura de implante com retalhos cutâneos pós-mastoplastia de aumento existem na bibliografia.

A grande maioria dos autores aborda procedimentos para cobertura nas reconstruções mamárias pós-mastectomias por câncer^{6,7}. Geralmente são grandes retalhos como o idealizado por Holmström em 1986⁹, com circulação baseada nas perfurantes musculares do músculo oblíquo externo. Mestak, em 2011, utilizou tecidos desepitelizados da região mamária para cobertura de implante não se referindo às extrusões⁸. Fausto, em 1997, utilizou retalho abdominal superior expandido para reconstruções mamárias. Concordamos que a região abaixo do sulco submamário é excelente área doadora de retalhos, dada a sua espessura, intensa vascularização e grande mobilidade. Essas cirurgias¹⁰ costumam deixar cicatrizes importantes na área doadora.

Planas, em 1995, relatou cinco casos de extrusão no qual realizou a transferência do implante para uma nova loja entre a cápsula e o músculo peitoral, isolando-o. A ferida deveria cicatrizar por segunda intenção⁴.

Harving e cols., em 1989, apresentaram oito casos de exposição de implantes mamários. Para diminuir a tensão na

sutura, colocaram implantes menores em cinco casos. Em um caso foi utilizado um retalho cutâneo em v-y para minimizar a tensão na sutura¹¹.

Peeters, em 2011, relatou dois casos de exposição de implantes mamários em que utilizou três tipos de retalhos, sendo um adipofascial com base cranial na altura do sulco mamário, elevando-o e fixando-o na borda da cápsula anterior, suturando a pele⁵. Quanto ao outro, realizou um retalho do músculo oblíquo externo, o qual foi fixado à capsula superior do implante com bom resultado, sem comentar o fechamento da pele.

Elzawawy e cols., em 2016, estudaram a circulação local de um retalho adipofascial abaixo do sulco submamário e verificaram que sua circulação se dava por ramos perfurantes originários das artérias torácica lateral e toracodorsal (pedículo lateral), além das artérias epigástrica superior, mamária interna e vasos intercostais (pedículo medial). Sugeriam que os retalhos adipofasciais com pedículo lateral eram mais eficientes e confiáveis¹⁰. Nos nossos casos observamos que os de pedículo lateral, além de boa circulação, apresentam maior mobilidade, facilitando o fechamento da área doadora.

Concordamos com os autores ser necessária uma cobertura espessa e eficiente para evitar recidiva da extrusão e o local mais apropriado para realizar um retalho é a região submamária. Fausto e Leal apresentaram trabalho utilizando a pele da região toracoabdominal expandida para reconstrução da mama, considerando esse local como excelente região doadora de retalhos.

O retalho em “bandeirola” tem um bom suprimento sanguíneo e boa espessura, permitindo além da cobertura do implante, o fechamento direto da área doadora sem distorcer o cone mamário ou o complexo aréolo papilar.

CONCLUSÃO

É um retalho cutâneo de fácil execução, boa segurança e versatilidade. Atende a necessidade de cobrir o implante exposto quando a etiologia é a falta ou tensão dos tecidos locais. Visto que a exposição do implante é uma entidade complexa para ser resolvida, esse retalho tem sido mais uma alternativa para o tratamento em casos selecionados.

REFERÊNCIAS

1. http://www2.cirurgioplastica.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Datafolha_2009.pdf
2. Weber J Jr, Hentz RV. Salvage of the exposed breast implant. *Ann Plast Surg.* 1986; 16(2):106-10. DOI: <https://doi.org/10.1097/0000637-198602000-00005>
3. Fodor L, Ramon Y, Ullmann Y, et al. Fate of exposed breast implants in augmentation mammoplasty. *Ann Plast Surg.* 2003; 50(5):447-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.SAP0000044251.40733.2B>
4. Planas J, Carbonell A, Planas J. Salvaging the exposed mammary prosthesis. *Aesthet Plast Surg.* 1995 nov-dez; 19(6):535-40.
5. Peeters G et al. The exposed breast prosthesis at the infra-mammary region: treatment by local flaps. *Eur J Plast Surg.* 2011; 34:513-6. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00238-011-0639-1>
6. Longracre JT. The use of local pedicle flaps for reconstruction of the breast after subtotal or total extirpation of the mammary gland. *Plast Reconstr Surg.* 1953; 11:380.
7. Baroudi R, Pinoti JA, Keppke EM. A transverse thoraco-abdominal skin flap for closure after radical mastectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1978; 6(1):547.
8. Saldanha OR, et al. Mastoplastia redutora associada a implante de silicone: quando indico? *Ver Bras Cir Plast.* 2014; 29(2):297-30.
9. Harving S, et al. Salvage of exposed implants. *Scand J Plast Surg.* 1989; 23:143-4. DOI: <https://doi.org/10.3109/02844318909004507>

10. Holmström H, Lossing C. The lateral thoracodorsal flap in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1986 jun; 77(6):933-43. PMID: 3714889
11. Fausto AM, Leal PRA. Breast reconstruction by expansion and advancement of the upper abdominal flap. *Aesthet Plast Surg.* 1997 mai-jun; 21(3):175-9.
12. Elzawawy EM, Kelada MN, Al Karmouty AF. New Possible Surgical Approaches for the Submammary Adipofascial Flap Based on Its Arterial Supply. *Anat Res Int.* 2016; 2016:7696010. Epub 2016 set 29.

***Endereço Autor:**

Rogério de Castro Bittencourt

Rua Gastão Câmara, nº 499 - Bigorriho, Curitiba, PR, Brasil

CEP 80730-300

E-mail: rogeriobittencourt8@hotmail.com