

Reoperações após mamoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone

LAURO JOSÉ VICTOR
AVELLAN NEVES^{1,2*}



DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0126

INTRODUÇÃO

A mamoplastia redutora e a mastopexia associadas à colocação de implantes de silicone ganhou muito popularidade na última década, sendo frequente a solicitação da inclusão de implantes de silicone em mamoplastias redutoras e mastopexias pelas pacientes. No entanto, a colocação de implantes de silicone nestas operações aumenta o risco de deiscências de sutura, exposição dos implantes, alterações das aréolas (alargamento, perda de sensibilidade) e mau posicionamento dos implantes^{1,4}, e leva a um índice maior de reoperações quando comparadas às mesmas cirurgias sem implantes⁴. Além disso, a expectativa das pacientes que solicitam a colocação de implantes de silicone em todos os tipos de mamoplastia é muito alta, pois existem muitos mitos em torno dos implantes de silicone, e muita confusão entre mamoplastia de aumento isolada, mastopexia e mamoplastia redutora. Este fato, associado a um índice maior de complicações, faz com que esta seja uma das cirurgias plásticas que, proporcionalmente, mais gera litígio nos Estados Unidos^{2,3}.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma série de casos de pacientes candidatas a reoperação após mastopexias e mamoplastias redutoras associadas a implantes de silicone, alertando sobre os riscos desta associação.

MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes, atendidas pelo autor na Clínica Avellan, insatisfeitas com o

RESUMO

Introdução: A mamoplastia redutora e a mastopexia associadas à colocação de implantes de silicone ganhou muito popularidade na última década. A expectativa das pacientes com o resultado destas operações é muito alta, este fator aliado a um maior índice de complicações leva a uma incidência alta de reoperações. **Método:** Revisão de prontuários, entre outubro de 2016 e janeiro de 2018, de pacientes insatisfeitas com o resultado de uma mastopexia ou mamoplastia redutora associadas a implantes de silicone. **Resultados:** Foram incluídos prontuários de 14 pacientes. A posição dos implantes foi subglandular em 12 casos e submuscular em 2 casos. O principal motivo de insatisfação, responsável por 78,5% das queixas, foi a perda de projeção do polo superior com abaulamento do polo inferior. A reoperação não foi indicada em 5 pacientes. Em 9 casos a reoperação foi indicada pelo autor. Destes, 5 pacientes foram reencaminhadas para o cirurgião que realizou a cirurgia primária e não retornaram ao consultório, e 4 pacientes foram reoperadas pelo autor. **Conclusão:** O índice elevado de complicações e a alta exigência das pacientes com o resultado faz com que muitas pacientes fiquem insatisfeitas com o resultado e sejam candidatas a reoperação. A maior queixa é a perda de projeção no polo superior e o abaulamento do polo inferior, porém, cerca de um terço das pacientes insatisfeitas possuem resultados acima do padrão esperado. O cirurgião plástico deve orientar suas pacientes sobre os riscos das mamoplastias redutoras e mastopexias associadas aos implantes de silicone e sobre os resultados.

Descritores: Mamoplastia; Implantes de mama; Contratura capsular em implantes; Cirurgia plástica; Reoperação.

resultado de mastopexias e mamoplastias redutoras associadas a implantes de silicone e com desejo de reoperação.

Foram revisados os prontuários, no período de outubro de 2016 a janeiro de 2018, e selecionadas todas as pacientes cuja queixa principal na consulta foi a insatisfação com o resultado de uma mastopexia ou mamoplastia redutora associadas a implantes de silicone.

Os dados avaliados foram:

- Origem da paciente: se realizou a cirurgia primária com o autor ou não;
- Tipo de mamoplastia primária realizada (mastopexia ou mamoplastia redutora);
- Posição dos implantes;
- Motivos da insatisfação com o resultado, podendo haver mais de um motivo pela mesma paciente: perda de projeção do polo superior com abaulamento do polo inferior; assimetria mamária, contratura capsular, ruptura dos implantes, necrose de aréola, deiscência de sutura, alterações cicatriciais tardias (queloide ou cicatriz hipertrófica) e tamanho maior ou menor que o desejado;
- Tratamento realizado, sendo divididos em três grupos: a) não indicada reoperação; b) reoperação indicada com o cirurgião que realizou a cirurgia primária; c) reoperadas pelo autor deste artigo. Todas as pacientes oriundas de outro cirurgião plástico foram encorajadas a retornar para realizar

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Minas Gerais, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

a reoperação com o cirurgião que realizou a cirurgia primária. Apenas as que não desejaram reoperar com o mesmo cirurgião, ou foram egressas do próprio autor, foram reoperadas.

RESULTADOS

Foram revisados e incluídos prontuários de 14 pacientes. Destas, três pacientes realizaram a cirurgia primária com o autor e 11 com outros cirurgiões. O tempo entre a cirurgia primária e a consulta variou entre 2 meses e 12 anos (média de 27 meses). A posição dos implantes foi subglandular em 12 casos e submuscular em dois casos. Em seis casos, a cirurgia primária associada a colocação de implantes foi a mamoplastia redutora; a mastopexia foi realizada em sete casos. Em um caso foram realizadas as duas operações: no primeiro momento foi realizada uma mamoplastia redutora com colocação de implantes, e 6 meses depois uma mastopexia com aumento do volume das próteses.

O principal motivo de insatisfação, responsável por 78,5% das queixas, foi a perda de projeção do polo superior com abaulamento do polo inferior seguido por assimetria mamária e alterações cicatriciais, ambas com 50% das queixas. Houve um caso de complicação grave com necrose total de uma aréola. As queixas das pacientes foram representadas em um gráfico (Figura 1).

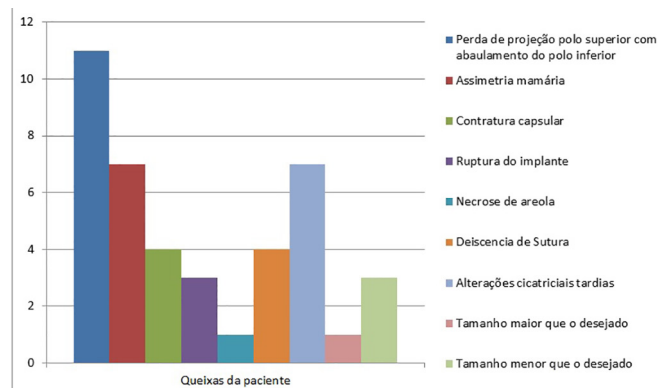


Figura 1. Queixas apresentadas pelas pacientes.

A reoperação não foi indicada em cinco pacientes. Todas se queixavam de perda de projeção do polo superior da mama e, além disto, quatro delas relataram o desejo de aumentar o volume das mamas. Nestes casos, o autor não indicou a reoperação, pois considerou que o resultado da cirurgia primária foi satisfatório e que as expectativas das pacientes eram irrealizáveis e não seriam atingidas com uma reoperação, mesmo com o aumento do volume dos implantes (Figura 2). Em nove casos a reoperação foi indicada pelo autor. Destes, cinco pacientes foram reencaminhadas para o cirurgião que realizou a cirurgia primária e não retornaram ao consultório, e quatro pacientes foram reoperadas pelo autor. Entre as pacientes reoperadas, uma paciente havia realizado a cirurgia primária com o autor, com colocação dos implantes em plano submuscular parcial e três haviam realizado a cirurgia com outros médicos e apresentavam implantes no plano subglandular.

A paciente que realizou a cirurgia primária com o autor queixava-se de assimetria mamária, com uma prótese em posição mais alta que a outra e com assimetria de altura das aréolas. Esta paciente foi submetida a reoperação com reposicionamento da prótese e aréola, mantendo o implante no plano submuscular. Entre as pacientes operadas por outros cirurgiões, duas apresentavam contratura capsular e ruptura dos implantes, em um caso ruptura unilateral e outro, bilateral. Ambas pacientes foram submetidas a capsulectomia total, troca

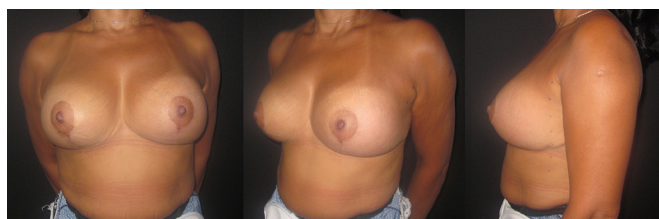


Figura 2. Caso de paciente com queixa de perda de projeção no polo superior da mama 6 meses após mastopexia com implante 300ml. O autor não indicou reoperação por considerar o resultado dentro do padrão esperado para a operação.

de implantes com mudança de loja e do plano subglandular para o submuscular (Figuras 3 e 4). A terceira paciente havia sido submetida a duas operações em um período de 18 meses e queixava-se de má posicionamento dos implantes, com deslocamento inferolateral de uma das próteses, perda de projeção em polo superior, assimetria mamária, cicatriz hipertrófica e desejo de redução do volume das mamas. Esta paciente foi submetida a nova mastopexia com correção de assimetrias, confecção de nova loja para implantes no plano submuscular e redução do volume de 360 mL para 285 mL (Figuras 5 a 7).



Figura 3. Pré e pós-operatório paciente com queixa de perda de projeção em polo superior das mamas, contratura grau 2 de Baker e ruptura bilateral dos implantes. Foi submetida a capsulectomia, troca de implantes 200ml para 250ml com mudança do plano subglandular para submuscular parcial.

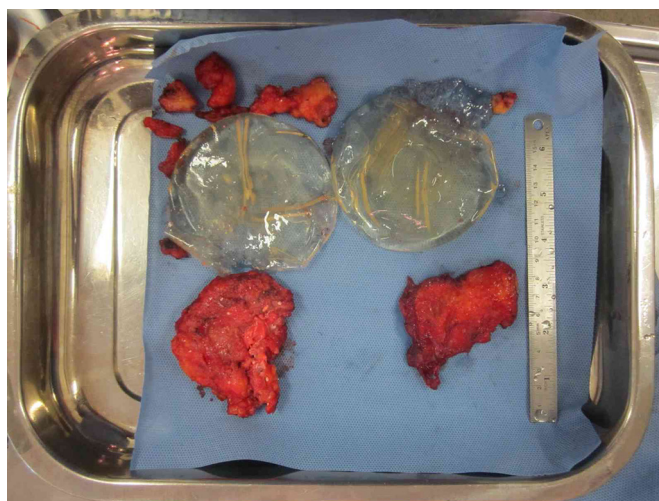


Figura 4. Peça cirúrgica mostrando implantes rompidos, fragmentos da cápsula e 6 siliconomas (diagnóstico confirmado por exame anatomopatológico).

DISCUSSÃO

A mastopexia associada à colocação de implantes de silicone é uma cirurgia complexa que apresenta altos índices de reoperação, mesmo nas mãos de cirurgiões experientes¹⁻³. O motivo é o fato de ser cirurgia com princípios conflitantes; enquanto na mastopexia existe a retirada de pele, na

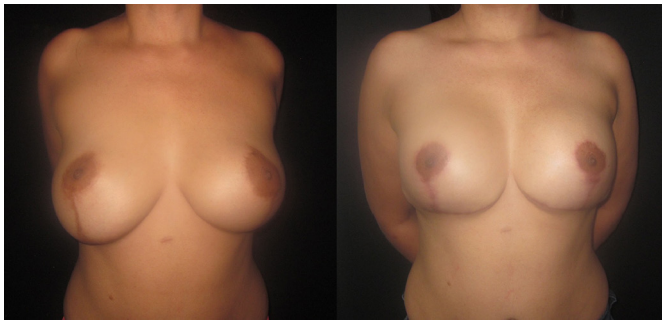


Figura 5. Frente. Pré e pós-operatório de 12 meses. Paciente submetida a nova mastopexia com redução de implantes de 360 mL para 285 mL e mudança do plano subglandular para submuscular.

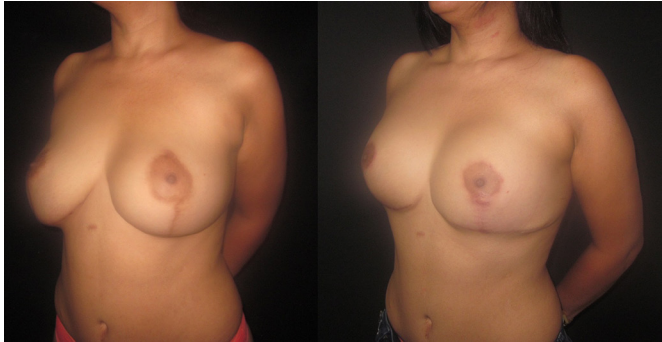


Figura 6. Mesma paciente da Figura 5 em posição oblíqua evidenciando a perda de projeção no polo superior e o abaulamento do polo inferior.



Figura 7. Mesma paciente da Figura 5 em decúbito dorsal evidenciando o deslocamento inferolateral do implante direito.

mamoplastia de aumento há a expansão dos tecidos¹. Na mamoplastia redutora, o conflito é ainda maior, pois o objetivo da operação é a redução das mamas com retirada de tecido mamário, e a colocação de uma prótese de silicone produz justamente o efeito contrário, obrigando o cirurgião a retirar mais tecido mamário para obter o mesmo resultado com relação à operação sem os implantes⁵. Este conflito aumenta o grau de dificuldade da operação e a possibilidade de complicações⁴, sendo o motivo pelo qual muitos cirurgiões preferem realizar a operação em dois estágios^{6,7}.

No presente estudo, recebemos uma paciente com necrose total do complexo areolomamilar. Apesar de autores sugerirem o risco aumentado de necrose nas mastopexias com implantes¹, este tipo de complicação não pode ser atribuído apenas ao fato da combinação das operações, já que estudos recentes mostraram que não existe aumento significativo do risco de necrose com esta combinação^{4,8}. Por outro lado, complicações menores, relacionadas aos tecidos, podem acometer uma a cada três pacientes operadas⁸. Metade das pacientes deste estudo queixavam-se de assimetria mamária e de alterações cicatriciais, especialmente cicatriz hipertrófica, corroborando a literatura que mostra aumento significativo de complicações relacionadas aos tecidos em pacientes com cirurgias combinadas^{3,4,8}.

No Brasil, a colocação de implantes de silicone em mamoplastias redutoras foi proposta por Saldanha⁵, com uma publicação ilustrada com bons resultados estéticos, mas sem nenhuma menção a complicações ou reoperações. Considerando que a colocação do implante de silicone não é fundamental para atingirmos o objetivo de uma mamoplastia redutora, levantamos alguns questionamentos sobre esta indicação. O primeiro é com relação aos implantes e aos riscos inerentes aos mesmos, em estudos controlados de acompanhamento por 10 anos, para aprovação pelo Food and Drug Administration, nos Estados Unidos, as complicações relacionadas aos implantes são altas. Em um prazo de 10 anos, uma a cada três pacientes que possuem implantes mamários são submetidas à reoperações⁹. No período de 10 anos, a literatura relata rupturas em 8,5%⁹ a 24,2%¹⁰ das pacientes e contraturas em 15,8%⁹ a 20,5%¹⁰. Além disso, existem os linfomas anaplásicos de células gigantes relacionados aos implantes mamários, e cuja incidência de diagnóstico tem aumentado muito nos últimos cinco anos¹¹. Pensando no princípio hipocrático *Primum non nocere*, e considerando os riscos inerentes aos implantes bem como o fato que seu uso em mamoplastias redutoras não é fundamental para atingirmos o objetivo da operação, o autor prefere não utilizar implantes mamários de rotina nas mamoplastias redutoras primárias.

No presente estudo, percebemos que grande parte das mulheres que solicitam colocação de implantes em mamoplastias possuem expectativas irreais a respeito do efeito do implante mamário de silicone. Cerca de um terço das pacientes deste estudo que se consultaram com desejo de reoperar as mamas, apresentavam resultados estéticos bons, muito superiores aos resultados que ilustram as publicações internacionais^{3,4,9} e a reoperação foi contraindicada. Supomos que a exigência das brasileiras com relação ao resultado é muito maior que das mulheres americanas e europeias. Acreditamos que essas expectativas irreais são exacerbadas por informações inadequadas divulgadas por leigos na internet, com postagem de resultados de antes e depois, mostrando, na maioria das vezes, resultados imediatos de pacientes recém-operadas com grande projeção do polo superior devido ao edema. Hoffman¹² também observou que “as pacientes veem fotos pela internet e acabam esperando resultados que os cirurgiões plásticos não conseguem alcançar”, sendo este o motivo de muitos processos judiciais. O fato da queixa mais frequente das pacientes deste estudo, especialmente nos casos em que não foi indicada a reoperação, ser a perda de projeção no polo superior, que é natural após a regressão do edema e acomodação dos tecidos, corrobora essa impressão. Por este motivo, é imprescindível que o cirurgião plástico passe tempo suficiente com sua paciente para entender suas expectativas com relação à cirurgia¹², e que atue como um educador discutindo o que é apresentado nos meios de comunicação e os resultados reais que podem ser obtidos pela cirurgia plástica.

Todas as pacientes que realizaram a operação primária com outro cirurgião plástico foram encorajadas a retornarem para reoperação com o mesmo médico. O autor sempre orienta que complicações e necessidade de retoque podem acontecer com qualquer cirurgião, e acontece inclusive com suas pacientes. Assim, deixamos claro que essas intercorrências fazem parte da rotina da cirurgia plástica, valorizando a especialidade e desencorajando demandas judiciais. Devemos ter muito cuidado ao atender as complicações dos colegas, evitando comentários que possam denegrir a imagem do mesmo ou da nossa especialidade. Sabemos que a cirurgia plástica é uma especialidade de meio e não de resultado¹³ e todos estamos sujeitos a complicações. A satisfação de receber agradecimento dos colegas pela condução ética do caso é muito superior a

qualquer ganho financeiro que poderia ser auferido com a operação.

CONCLUSÃO

As mamoplastias redutoras e mastopexias associadas a implantes de silicone são cirurgias plásticas que possuem alto grau de complexidade. O índice elevado de complicações e a alta exigência das pacientes com o resultado fazem com que muitas pacientes fiquem insatisfeitas com o resultado e sejam candidatas a reoperação. A maior queixa das pacientes que consultam para reoperação é a perda de projeção no polo superior e o abaulamento do polo inferior; porém, cerca de um terço das pacientes insatisfeitas possuem resultados acima do padrão esperado para essas cirurgias. O cirurgião plástico deve entender bem os desejos das pacientes e informá-las sobre os riscos das mamoplastias redutoras e mastopexias associadas aos implantes de silicone e sobre os possíveis resultados e limitações da operação.

REFERÊNCIAS

1. Spear S. Augmentation/mastopexy: "surgeon, beware". *Plast Reconstr Surg.* 2003 Sep; 112(3):905-6.
2. Spear SL, Boehmler JH 4th, Clemens MW. Augmentation/mastopexy: a 3-year review of a single surgeon's practice. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Dec; 118(7 Suppl):136S-147S.
3. Patronella CK, Mentz HA, Johnson-Alviza J. The delay fill technique: a safer approach to combination augmentation mastopexy. *Semin Plast Surg.* 2015; 29(2):85-93. doi:10.1055/s-0035-1549049.
4. Doshier LJ, Eagan SL, Shock LA, Henry SL, Colbert SH, Puckett CL. The subtleties of success in simultaneous augmentation-mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2016; 138(3):585-92.
5. Saldanha OR, Maloof RG, Dutra RT, Luz OAL, Filho OS, Saldanha CB. Mamoplastia redutora com implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2010; 25(2):317-24.
6. Nahai F, Fisher J, Maxwell PG, Mills DC. Augmentation mastopexy: to stage or not. *Aesthetic Surg J.* 2007; 27(3):297-305.
7. Bassem N, Mark M, Zachary N. Two-stage breast augmentation-mastopexy: how many return for the mastopexy? *Plast Reconstr Surg.* 2014; 133(2):233e-234e.
8. Swanson E. All seasons vertical augmentation mastopexy: a simple algorithm, clinical experience, and patient-reported outcomes. *Plast Reconstr Surg Global Open.* 2016; 4(12):e1170.
9. Stevens WG, Calobrace MB, Alizadeh K, Zeidler KR, Harrington JL, d'Incelli RC. Ten-year core study data for sientra's food and drug administration-approved round and shaped breast implants with cohesive silicone gel. *Plast Reconstr Surg.* 2018 Apr; 141(4S Sientra Shaped and Round Cohesive Gel Implants):7S-19S.
10. Canada. Health Canada. Drugs and health products, summary basis of decision (SBD) for Mentor MemoryGel™ silicone gel-filled breast implants. Mentor Corporation; 2014. Date Issued: January 16, 2014. Disponível em: <https://hpr-rps.hres.ca/regcontent/summary-basis-decision-medical-device-detailOne.php?lang=en&linkID=SB000412>. Acesso em: May 20, 2018.
11. de Boer M, van Leeuwen FE, Hauptmann M, Overbeek LIH, de Boer JP, Hijmering NJ, Sernee A, Klazen CAH, Lobbes MBI, van der Hulst RRWJ, Rakhorst HA, de Jong D. Breast implants and the risk of anaplastic large-cell lymphoma in the breast. *JAMA Oncol.* 2018 Mar; 4(3):335-41.
12. Hoffman S. Some thoughts on augmentation/mastopexy and medical malpractice. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113(6):1892-3.
13. Resolução 1.621/2001, artigo 4º. Conselho Federal de Medicina. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1621_2001.htm. Acesso em: May 20, 2018.

*Endereço Autor:

Lauro José Victor Avellan Neves

Rua Professor Júlio Mourão, 342, Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30380-340

E-mail: lauroavellan@gmail.com