

Tratamento cirúrgico da ptose mamária



JOSÉ HUMBERTO CAMPOS^{1,2*}

LAURO EDUARDO VIANA CAMPOS^{3,4}

RESUMO

Introdução: Atualmente a mamoplastia vem ocupando posição de destaque dentro da cirurgia plástica, tanto pelo elevado número de operações quanto pela constante evolução de suas técnicas, dentre as quais estão as cirurgias para correção da ptose mamária ou mastopexias. Diversas são as causas que podem precipitar e levar à queda dos seios, tendo como principais: o envelhecimento, a gravidez e o rápido emagrecimento. Tais processos interferem diretamente nos meios de sustentação da pele e acabam gerando a descida do mamilo, além do sulco submamário, caracterizando a ptose e gerando grande insatisfação estética feminina, já que esta sofre grande pressão por parte de uma sociedade de culto à beleza e, principalmente, pelos seios representarem o símbolo máximo de feminilidade para a mulher. E dentro desse contexto é que as cirurgias de mastopexia tem crescido, a fim de corrigir os defeitos estéticos da queda, flacidez de pele e baixa projeção da mama; e, recriar a forma, simetria e posição correta das mamas, devolvendo-lhes a harmonia e beleza novamente. **Objetivos:** Descrever os tratamentos cirúrgicos mais utilizados para correção da ptose mamária. **Método:** Revisão sistemática da literatura acerca dos tratamentos para correção da ptose mamária, por parte de dois autores, de forma independente (LEVC e JHOC), utilizando as bases de dados LILACS, SciELO e Medline, entre os meses de março a outubro de 2013, onde foram incluídos trabalhos publicados entre 2002 e 2012, nos idiomas inglês e português e tendo sido excluídos trabalhos em que a correção da ptose fosse realizada em paciente cujas particularidades físicas fossem suficientes para imprimir ampla mudança na técnica cirúrgica. **Resultados:** Os tratamentos cirúrgicos mais utilizados encontrados foram: a técnica periareolar, utilizada na correção de pequenas ptoses em mamas de menor tamanho e gerando cicatrizes mínimas; a técnica com cicatriz vertical, para ptoses de grau intermediário em mamas mais volumosas e gerando cicatriz em forma de “T”; as técnicas com cicatriz em T e em L, a primeira para ptoses de grau intermediário a severo em mamas com maior volume e deixando cicatriz mais evidente, e a segunda com a mesma indicação e menor cicatriz; e, por fim, as cirurgias que associam a mastopexia à colocação de prótese de silicone, gerando menor retirada de pele e aumento de projeção mamária. **Conclusão:** As principais técnicas para correção da ptose mamária são: a técnica periareolar, para pequenas ptoses; a técnica vertical, para ptoses de grau intermediário; a técnica em L e em T para ptoses maiores; e, também a associação dessas técnicas com a colocação de próteses mamárias, a fim de evitar e/ou reduzir a retirada de pele e ao mesmo tempo gerar aumento de volume dos seios.

Descritores: Mama; Mamoplastia; Cirurgia Plástica; Implante Mamário.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0161

INTRODUÇÃO

As técnicas cirúrgicas de mastopexia têm sempre um mesmo intuito primordial: remodelar e atingir a simetria em tamanho e formato, tanto da mama quanto do complexo aréolo-papilar^{1,2}, estando muitas vezes conjugadas com técnicas de aumento mamário, mas diferem entre si quanto aos meios para se chegar aos resultados, de acordo com diversas variáveis, como: grau da ptose, incidência de complicações, excesso/falta de tecido mamário, tamanho/forma das mamas, cicatriz, necessidade de aleitamento futuro e causa da ptose. Por

conta disso são descritos na literatura uma enorme gama de tratamentos cirúrgicos para a ptose, dentre os quais as técnicas mais conhecidas são com cicatriz em T invertido, em L vertical, periareolar e circumareolar, cabendo ao cirurgião a escolha da melhor técnica, que deve ser individualizada e deverá buscar proporcionar resultados mais naturais e duradouros³.

OBJETIVOS

Descrever os tratamentos cirúrgicos mais utilizados para correção da ptose mamária.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Brasil.

² Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brotas, Salvador, BA, Brasil.

³ Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Santo Antônio Além do Carmo, Salvador, BA, Brasil.

⁴ Hospital Santa Izabe, Nazaré, Salvador, BA, Brasil.

MÉTODO

O método adotado consistiu em uma revisão sistemática da literatura a respeito das técnicas cirúrgicas de correção da ptose mamária. Foram utilizadas as bases de dados bibliográficas: LILACS (Literatura do Caribe em Ciências de Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e MedLine, todos compreendidos na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), nos meses de março, abril e maio de 2013, tendo sido feita por dois autores (LEVC e JHOC) de forma independente, com posterior comparação e discussão dos artigos selecionados⁴.

Na estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores: mama/cirurgia, mastopexia, ptose mamária, mamoplastia e suas respectivas traduções, tendo os mesmos sido pesquisados em todos os índices de busca (título, assunto e resumo). Também se utilizou a estratégia de busca manual através das referências dos artigos selecionados ao final da aplicação do método. Tendo-se as palavras-chave aplicadas no BIREME, LILACS e SciELO escolhidas com base no DeCS (Descritores em Ciências da saúde)⁵.

Utilizou-se como critérios de inclusão: estudos de coorte, revisões sistemáticas, ensaios clínicos controlados e estudos de casos e controle, publicados entre as datas de 01.01.2002 a 31.12.2012, nos idiomas inglês e português, em espécie humana, sexo feminino e de qualquer faixa etária.

Foram excluídos deste estudo, trabalhos que associam o tratamento corretor da ptose mamária em pacientes com deficiências físicas suficientes, que imprimam mudança na técnica cirúrgica de abordagem da ptose e com isso impedem a reprodutibilidade da técnica em pacientes não portadores de deficiência.

Após essa seleção, foi aplicado o critério de qualidade PICO, a fim de que houvesse a escolha de trabalhos de maior qualidade metodológica e, enfim, estes vieram a compor a base literária utilizada nesta revisão.

O critério de qualidade PICO, adotado no presente trabalho, teve como objetivo selecionar os artigos de maior qualidade metodológica, além de avaliar a validade e aplicabilidade dos mesmos nesta revisão. O acrônimo PICO se refere aos 4 grandes critérios adotados por esse método avaliativo e são: **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e **O**bjetivos⁷.

RESULTADOS

Ao final da busca, foram identificados 7 estudos referentes ao objetivo proposto por essa revisão.

Em seu estudo, sobre a mamoplastia redutora com marcação em “L” e cicatriz em “T invertido”, Mello⁶ testa em 30 pacientes sua técnica com o intuito de diminuir a cicatriz horizontal final nos casos de grandes ressecções mamárias, nas quais muitas vezes tais cicatrizes ultrapassam o limite medial da mama, desfavorecendo assim o componente estético desta cirurgia, apesar de a mesma ser eminentemente reparadora. O mesmo ainda afirma que através da marcação em “L”, obteve-se menor extensão dessa cicatriz em relação à marcação em “T invertido”. Ao fim pontua que a qualidade das cicatrizes no geral foi boa, não sendo observados casos de alargamento das mesmas, exceto em 3 casos, onde houve deiscências segmentares, mas que não comprometeram o resultado final.

No trabalho de Sanchez, *et al.*, o mesmo descreve uma nova técnica de correção de ptoses mamárias menores e com menor volume a ser ressecado. Neste ele associa o procedimento da mastopexia com a implantação de prótese de silicone em tempo único, desta forma corrigindo o problema inicial e dando maior projeção às mamas ao final da cirurgia⁸.

Por fim, o autor cita que as deformidades que ocorrem nesse grupo de pacientes, com grande perda ponderal, como ptose grave, atrofia de parênquima e medicalização do

CAP necessitam de cirurgia que combine o procedimento de mastopexia com aumento, mesmo sendo a união desses procedimentos um fator a mais para gerar futuras complicações.

DISCUSSÃO

Apesar do grande número de técnicas cirúrgicas empregadas em mastopexias e mamoplastias redutoras, a busca literária realizada nesse trabalho pôde mostrar o predomínio de quatro técnicas principais, por serem as mais realizadas e pelos bons resultados com menores índices de complicações, quando guardadas as devidas indicações⁹. Estas são as técnicas: periareolar (com cicatriz em “T” invertido e em “L” com cicatriz vertical) e a mastopexia associada ao implante de prótese de silicone.

A técnica de mastopexia periareolar é reservada para seios com baixo grau de ptose e de menor tamanho, onde se pretende obter pequeno levantamento com melhora da projeção da CAP¹⁶. Das quatro principais técnicas esta é a menos invasiva, por conta de menores cortes, gerando assim, menor lesão tecidual e pequena cicatriz.

A técnica de mastopexia com cicatriz vertical, também conhecida como: “incisão em fechadura” ou “incisão em pirulito”, é a segunda técnica mais invasiva. É indicada para *lifting* de seios moderadamente ptóticos e com tamanho intermediário, conseguindo remover boa quantidade de tecido, seja ele pele ou glândula/gordura, e dessa forma promover a ascensão da CAP.

Também temos a técnica de mastopexia com cicatriz em “T” invertido ou com incisão “em âncora” e a técnica com cicatriz em L, sendo esta uma variante da anterior. O “T” invertido é o modelo mais utilizado e, tradicional dentre as demais, tendo sido descrito originalmente por Pitanguy¹⁰ e também é a técnica mais invasiva, estando indicado para ptoses mais graves, em seios maiores, nos quais a quantidade de pele e tecido glandular/gorduroso é maior e se faz necessário retirar mais conteúdo para aproximação da pele, e assim garantir elevação e projeção do CAP⁶. Por fim, a cicatriz deixada tem formato de “T” invertido, ou seja, a sutura se dá ao redor do perímetro da aréola, projeta-se na porção inferior verticalmente para baixo e termina sobre todo o sulco submamário.

E por fim, ainda há a técnica de mastopexia associada ao implante de prótese de silicone em tempo único. Tal associação foi descrita na literatura inicialmente na década de 1960 por Regnault e Gonzalez¹⁷ e, atualmente, vem sendo cada vez mais realizada pela sua capacidade de combinar a correção da ptose com o aumento do tamanho dos seios, principalmente em seios pequenos²⁴. As vantagens da técnica ficariam por conta de: corrigir em uma única cirurgia dois defeitos (ptose e hipoplasia), gerar melhor projeção do CAP ao extinguir o excesso de pele e ao dar mais volume ao cone mamário, além de conseguir interferir/modificar bem outros parâmetros estéticos, como: altura, simetria, posição, formato e largura do CAP¹⁷.

CONCLUSÃO

As principais técnicas para correção da ptose mamária são: a técnica periareolar, para pequenas ptoses; a técnica vertical, para ptoses de graus intermediários; a técnica em L e em T para ptoses maiores; e, também, a associação dessas técnicas com a colocação de próteses mamárias.

REFERÊNCIAS

1. Souza SC. Graduações de ptose mamária. *ACM Arq Catarin Med*. 2008;37(3):66-71.
2. Okada A, Saito FL, Hiraki PY, Orpheu S, Nakamoto H, Gemperli R, et al. Mastopexia após perda ponderal maciça: suspensão dérmica, remodelação do parênquima e aumento com tecido

- autógeno. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(2):283-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000200019>
3. Daher JC, Amaral JDLG, Pedroso DB, Cintra Júnior R, Borgatto MS. Mastopexia associada a implante de silicone submuscular ou subglandular: sistematização das escolhas e dificuldades. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(2):294-300. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000200021>
 4. Soares AB, Franco FF, Rosim ET, Renó BA, Hachmann JOPA, Guidi MC, et al. Mastopexia com uso de implantes associados a retalho de músculo peitoral maior: técnica utilizada na Disciplina de Cirurgia Plástica da Unicamp. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(4):659-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752011000400021>
 5. Vieira LFDF, Almeida CLA. Mastopexia a Longacre modificada. *Rev Bras Cir Plást.* 2012 Mar; 27(1):67-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000100011>
 6. Mello AA. Mamoplastia redutora: marcação em “L” com cicatriz resultante em “T” invertido. *Arq Ciênc Saúde.* 2005 Jan/Mar;12(1):8-13.
 7. Moreira M, Silva LC, Fagundes DJ. Mastopexia Periareolar com Implante Mamário Subfascial no Tratamento da Associação de Hipotrofia e Ptose Mamária. *Rev Bras Cir Plást.* 2006;21(3):149-54.
 8. López JCS, Erazo P. Mastopexia secundária com troca de prótese: técnica em “D” espelhado. *Rev Bras Cir Plást.* 2018;33(3):324-32.
 9. Bozzola AR. Mamoplastia em L. In: Ribeiro L. *Cirurgia plástica da mama.* Rio de Janeiro: MEDSI; 1989. p.129-85.
 10. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg.* 1967 Jan;20(1):78-85. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0007-1226\(67\)80009-2](https://doi.org/10.1016/S0007-1226(67)80009-2)
 11. Pitanguy I. Mamoplastias: estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir.* 1961;42(4):201-20.
 12. Ronconi RC, Vieira FA, Boechat CEJ, Nunes PSMR, Aboudib JHC, Castro CC. Estudo Retrospectivo de 730 Pacientes Submetidas a Mamoplastia Redutora. *Rev Bras Cir Plást.* 2004;19(2):53-62.
 13. Sobrinho JBPC, Portocarrero ML, Portocarrero ML, Campos JHO. Avaliação de técnica de mastoplastia redutora com cicatriz em “L” nas hipertrofias mamárias. *Rev Bras Cir Plást.* 2012 Dec;27(4):562-8.
 14. Aboudib JH, Roxo ACW. Avaliação dos resultados tardios de mamoplastia redutora pela técnica periareolar. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(1):74-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752011000100016>
 15. Gomes RS. Mastopexia com retalho de pedículo superior e implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(4):241-7.
 16. Carramaschi FR, Tanaka MP. Mastopexia associada à inclusão de prótese mamária. *Rev Bras Cir Plást. São Paulo.* 2003;18(1):25-36.
 17. Wada A, Millan LS, Gallafrio ST, Gemperli R, Ferreira MC. Tratamento da ptose mamária e hipomastia utilizando técnica de mamoplastia com pedículo súpero medial e implante mamário. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):576-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000400018>
 18. Sodré RL. Mastoplastia em L - Chiari: variações táticas. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(3):315-20.
 19. Junior JCM, Sodré RL, Calil JA, Ribeiro RD, Pagnoncelli BH, Oliveira MP. Mastopexia em L. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(Supl 1):1-102.
 20. Canan Júnior LW, Freitas RS, Oliveira e Cruz GA, Romano GG, Bertolotte WA, Fernandes HA, Ono MCC. Mamoplastias redutoras com cicatriz vertical e em T invertido: análise de resultados. *ACM Arq Catarin Med.* 2007;36(Supl 1):65-9.
 21. Valente DS, Carvalho LA, Zanella RK. Mastopexia crescente com implantes de silicone: um estudo longitudinal prospectivo. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):584-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000400019>
 22. Castro CC, Aboudib JH, Coelho RFS, Gatorno M. Conceituação sobre as Mamoplastias e Mastopexias. *Rev Bras Cir Plást.* 2002;17(3):11-26.
 23. Saldanha OR, Maloof RG, Dutra RT, Luz OAL, Saldanha Filho O, Saldanha CB. Mamoplastia redutora com implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):317-24.
 24. Almeida ARH, Araújo GKM, Mafra AVC, Pimenta PS, Fabrini HS. Mastoplastia de aumento com inclusão de implante de silicone associado a mastopexia com abordagem inicial periareolar (saftey pocket). *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):569-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000400017>

Endereço Autor:*Humberto Campos**

Rua Quintino de Carvalho, 113/701, Jardim Apipema, Salvador, BA, Brasil.

CEP 40155-280

E-mail: hc@humbertocampos.med.br