

Abordagem vertical para mastopexia e redução mamária: sistematização da técnica e análise de resultados



THIAGO MELO DE SOUZA ^{1,2*}

CAROLINE BATTISTI ^{1,2}

NÍVEO STEFFEN ^{1,2}

PEDRO BINS ELY ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0189

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da cirurgia plástica, várias técnicas de mamoplastia redutora e mastopexia foram descritas. No início do século XX, Lexer (1912) e Kraske (1923) iniciaram a prática da redução das mamas, por meio de ressecções em bloco. Em 1925, Passot aplicou o método de grande descolamento e transposição do complexo areolopapilar (CAP)¹. Tal procedimento foi adaptado para mamas menores, por Gilles e McIndoe (1939). O grande avanço, contudo, ocorreu quando Schwartzman publicou, em 1930, um novo conceito para realização de mamoplastias redutoras, de modo a preservar a derme periareolar – mantendo assim a vascularização da aréola. A partir da década de 1950, a mamoplastia redutora vive sua época áurea com Arie (1956), Stromberck (1960), Pitanguy (1961), Dufoumentel-Moly (1961), Skoog (1963)². Em 1975, Ribeiro, *et al.*, iniciaram as mamoplastias realizadas por meio da técnica de pedículos com base inferior, contribuindo assim muito para o avanço das mastopexias. A partir de então, outros procedimentos foram sendo aperfeiçoados para a redução e pexia das mamas³.

Sobre a mastopexia/mamoplastia redutora com abordagem vertical, o conceito de ressecção de pele e de tecido mamário pode ser considerado tridimensional: unidimensional se referindo à remoção de pele periareolar; bidimensional incluindo os componentes periareolar e vertical; ou tridimensional ao incluir os componentes periareolar, vertical e horizontal (cicatriz em T, J, L ou T longa)⁴.

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é realizar uma revisão da técnica de mastopexia e redução mamária pela técnica vertical, inicialmente descrita por Arie, avaliar os resultados a médio e longo prazo, e sistematizar o procedimento.

MÉTODO

Pesquisa nas bases de dados Pubmed, Bireme e Scielo. Sistematização da técnica cirúrgica:

RESUMO

Introdução: Ao longo da história da cirurgia plástica, várias técnicas de mamoplastia redutora e mastopexia foram descritas, sobre a mastopexia/mamoplastia redutora com abordagem vertical, o conceito de ressecção de pele e de tecido mamário pode ser considerado tridimensional: unidimensional se referindo à remoção de pele periareolar; bidimensional incluindo os componentes periareolar e vertical; ou tridimensional ao incluir os componentes periareolar, vertical e horizontal (cicatriz em T, J, L ou T longa). **Método:** Pesquisa nas bases de dados Pubmed, Bireme, Scielo. **Conclusão:** A técnica de mamoplastia redutora com abordagem vertical apresenta boa aplicabilidade, tanto em mamas de volume expressivo, bem como para correção de mamas com volumes menores. O presente estudo ressalta a importância do diagnóstico pré-operatório para a adequada indicação e abordagem cirúrgica. A manutenção do preenchimento do colo mamário por mais tempo pode ser atribuído à utilização do pedículo inferior (pedículo de Liacyr tipo I).

Descritores: Mamoplastia; Mama.

- 1) Marcação
- 2) Infiltração
- 3) Desepitelização
- 4) Lipoaspiração
- 5) Excisão cirúrgica e criação de uma nova elevação mamária

RESULTADOS

De acordo com a sistematização da técnica e da pesquisa em bancos de dados, os autores puderam observar uma boa evolução pós-operatória e satisfação das pacientes (conforme Figuras 1, 2 e 3).



Figura 1. Foto de pré-operatório, à esquerda. Pós-operatório de 1 ano à direita.

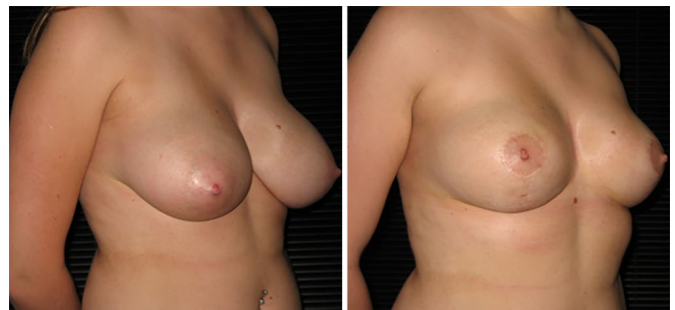


Figura 2. Foto de pré-operatório, à esquerda. Pós-operatório de 1 ano à direita.

¹ Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Independência, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Centro Histórico, Porto Alegre, RS, Brasil.

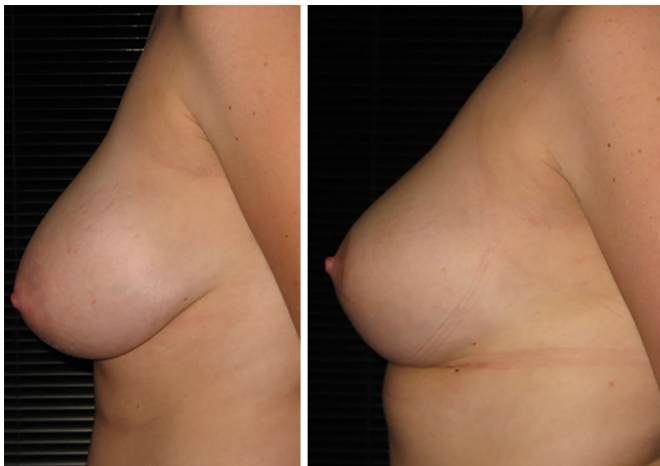


Figura 3. Foto de pré-operatório, à esquerda. Pós-operatório de 1 ano à direita.

DISCUSSÃO

A mamoplastia redutora com abordagem vertical, usando o pedículo superior ou inferior de Liacyr, tem a vantagem de uma melhor projeção de longo prazo das mamas, como também deixa menos cicatrizes em comparação com as técnicas de redução de mama em T invertido⁵. Acreditamos que é a ressecção em cunha inferior do tecido mamário redundante que contribuiu para a ptose de mama e subsequente sutura dos pilares mediais e laterais que resultam em cone da mama e são responsáveis pela forma a longo prazo.

Três medidas devem ser avaliadas em cada visita pós-operatório: a menor distância entre a borda inferior da clavícula e a posição pós-operatória planejada da borda superior do CAP; a menor distância entre a borda inferior da clavícula e o mamilo; e a distância entre o sulco inframamário e a borda inferior do CAP⁶. Comparado com as marcações da pele no pré-operatório, o CAP foi localizado significativamente mais alto tanto no acompanhamento a curto prazo quanto no acompanhamento a longo prazo. Podemos atribuir o movimento superior do complexo areolopapilar à excisão de tecido mamário dos polos central e inferior, o que reduz a força exercida pelo tecido mamário remanescente, incluindo o CAP, e permite o recolhimento elástico da pele do polo superior.

Além disso, a sutura dos pilares medial e lateral produz remodelagem da mama e empurra o mamilo superiormente. Após 3 anos, a distância entre o sulco inframamário inferior e a borda inferior do CAP foi significativamente menor, confirmando que não ocorre pseudoptose após mamoplastia de redução com abordagem vertical⁷.

CONCLUSÃO

A técnica de mamoplastia redutora com abordagem vertical apresenta boa aplicabilidade, tanto em mamas de volume expressivo, bem como para correção de mamas com volumes menores. O presente estudo ressalta a importância do diagnóstico pré-operatório para a adequada indicação e abordagem cirúrgica. A manutenção do preenchimento do colo mamário por mais tempo pode ser atribuída à utilização do pedículo inferior (pedículo de Liacyr tipo I).

REFERÊNCIAS

1. Robbins TH. A reduction mammoplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast Reconstr Surg.* 1977 Jan;59(1):64-7. PMID: 831241 DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-197701000-00011>
2. Courtiss EH, Goldwyn RM. Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique. An alternative to free nipple and areola grafting for severe macromastia or extreme ptosis. *Plast Reconstr Surg.* 1977 Apr;59(4):500-7. PMID: 847026 DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-197704000-00004>
3. Georgiade NG, Serafin D, Morris R, Georgiade G. Reduction mammoplasty utilizing an inferior pedicle nipple-areolar flap. *Ann Plast Surg.* 1979 Sep;3(3):211-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006637-197909000-00003>
4. 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.
5. Bezerra FJE, Moura RMG, Silva Júnior VV. Mamoplastia redutora e simetrização de mama oposta em reconstrução mamária utilizando a técnica de pedículo inferior. *Rev Bras Cir Plást.* 2007;22(1):52-9.
6. Wallace WH, Thompson WO, Smith RA, Barraza KR, Davidson SF, Thompson JTH. Reduction mammoplasty using the inferior pedicle technique. *Ann Plast Surg.* 1998 Mar;40(3):235-40. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006637-199803000-00007>
7. Arié G. Una nueva técnica de mastoplastia. *Rev Latinoam Cir Plast.* 1957;3(1):23-31.

*Endereço Autor:

Thiago Melo de Souza

Rua Campos Velho, Bairro Cristal, Porto Alegre, RS, Brasil.

CEP 90820-000

E-mail: thiagosouza.md@gmail.com