

CONDUTA PESSOAL EM MAMAPLASTIA REDUTORA

Personal procedures for breast reduction

IVALDO A. D' ASSUMPÇÃO¹

RESUMO

O autor mostra sua evolução no tratamento das hipertrofias mamárias, propondo um programa de duas técnicas para esse desiderato. Para as grandes hipertrofias com ptose e flacidez, onde haverá pouca possibilidade de retração cutânea, indica uma cirurgia em T invertido, por ele estabelecida a partir da técnica de Skoog. Para hipertrofias médias e pequenas, onde a pele tenha boa elasticidade, indica uma cirurgia com cicatriz final em L, porém com amplas ressecções subcutâneas, proporcionando reduções satisfatórias, sem a cicatriz medial mais visível. Apresenta detalhes e resultados das duas técnicas, tomando como referência seus últimos 200 casos operados.

Descritores: Mamoplastia, métodos. Mama, cirurgia. Cirurgia plástica.

SUMMARY

The author presents his evolution in the treatment of breast hypertrophy, proposing a program of two techniques for this desideratum. For the great hypertrophies with ptosis and flacity, where there will be little possibility of cutaneous retraction, he indicates a surgery in inverted T, described by him from the Skoog technique. And, for medium and small hypertrophies, where the skin has a good elasticity, he indicates a surgery with final scar in L, however with wide subcutaneous resections, providing satisfactory reductions, without the more visible medial scar. He presents his two techniques, and results, based in the last 200 patients operated.

Descriptors: Mammoplasty, methods. Breast, surgery. Surgery, plastic.

INTRODUÇÃO

A nosso ver, não existe técnica única e ideal para todas as reduções mamárias. Cada caso é um caso e cada paciente apresenta características pessoais que pedem uma técnica específica ou, quando nada, uma tática personalizada.

Contudo, como regra geral, podemos estabelecer um programa aplicável a quase todas as pacientes, especialmente no que diz respeito à técnica utilizada. Variações táticas permitirão a adequação a cada caso. O fundamental é ter um roteiro de procedimentos para que o cirurgião fique bem familiarizado com ele e com suas variações, obtendo, então, maior experiência e melhor aplicabilidade dos diferentes procedimentos.

A preocupação em reduzir o tamanho das incisões nos motiva, porém sem fixação compulsiva. Ainda acreditamos que é preferível uma forma adequada, com qualidade de cicatriz superior, ainda que mais extensa, do que formas inestéticas e cicatrizes pequenas, porém de má qualidade. Nossa experiência, em mais de 40 anos, confirma essa posição. Da clássica mamoplastia em T invertido, seguindo a técnica de Strömbeck¹, passamos pela técnica de Pitanguy² e depois Skoog³. Hoje alternamos entre aquela que publicamos em 1981⁴, inicialmente como uma variação da técnica de Skoog, porém depois bastante diferenciada, constituindo-se praticamente em uma nova técnica^{5,6}, e a mamoplastia em L⁷⁻¹⁰, eliminando a incisão horizontal-medial e fazendo ressecções subcutâneas, como preconizado por Lejour¹¹ e Taranto¹², à qual incorporamos diversas táticas pessoais.

1. Titular-Sênior da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Membro da Academia Mineira de Medicina, Cirurgião Plástico e Coordenador da Comissão de Ética do Hospital Pace – Belo Horizonte.

Correspondência para: Evaldo A. D' Assumpção
Rua Marquês de Maricá, 284, Belo Horizonte, MG, Brasil – CEP: 30350-070 – Tel: 0xx31 3296-7420 – Fax: 0xx31 3296-2988
E-mail: cirplast.evaldo@terra.com.br – Sítio eletrônico: www.cirplastanatos.med.br

O objetivo desse trabalho é apresentar essas duas técnicas, suas respectivas indicações e resultados.

MÉTODO

Nosso levantamento se restringiu às últimas 200 pacientes submetidas a mamoplastias, considerando-se as últimas 100 em que fizemos a redução em T invertido (Quadro 1) e as últimas 100 em que fizemos a redução em L (Quadro 2).

Mamoplastia em T invertido

Sua indicação se faz nas seguintes condições:

1. Pacientes com hipertrofia, ptose e flacidez de média a acentuada, nas quais a pele não apresenta elasticidade ou turgor aceitáveis para se esperar uma boa retração, que permita ressecção exclusivamente subcutânea. Consideramos ptose média, quando a distância fúrculo-papilar excede a 24 cm, ou seja, 5 cm a mais do que a distância desejada para a maioria das pacientes, que é de 19 a 20cm.
2. Pacientes com hipertrofias acentuadas, manequim 50 ou superior, independentemente da qualidade da pele.

Técnica cirúrgica

A marcação é feita no dia anterior, no consultório, para se evitar possíveis constrangimentos para a paciente, quando esta é realizada na sala de operação, com o trânsito do pessoal da equipe cirúrgica. A marcação é clássica (Figura 1), sendo o novo ponto da papila, a projeção do sulco inframamário; na maioria das nossas pacientes, em torno de 19cm.

Usamos o molde de WISE com algumas modificações que fizemos, as quais podem ser observadas na Figura 2. Na cirurgia (Figuras 3 a 6), o retalho que transpõe o complexo aréolo-papilar (CAP) tem espessura total, com derma, subderma, tecido glandular e adiposo, ao contrário do de Skoog, que é bastante delgado, não permitindo aleitamento posterior. Tam-

bém diferentemente desse, sua base é medial e mais larga, com melhor vascularização. Na extremidade do retalho lateral, é feito um pequeno retalho desepidermizado para ser suturado ao leito dérmico do retalho medial, deixando, entretanto, uma superfície dérmica de aproximadamente 15mm de largura entre os dois. Faz-se um outro retalho dérmico com base no sulco submamário em sua porção média, o qual será suturado sobre o leito dérmico deixado na união dos retalhos medial e lateral. Forma-se, assim, uma cinta dérmica que irá sustentar a mama, impedindo o seu deslizamento tardio na parede torácica. Reforçando essa sustentação, a ponta distal do retalho triangular inferior é ancorada no pólo inferior da nova aréola, proporcionando uma trava extra contra o deslizamento. As ressecções são realizadas seguindo-se a projeção dos retalhos. O descolamento da mama deve ser amplo.

A eletrohemostasia criteriosa dispensa drenagem, a qual praticamente nunca utilizamos.

A montagem é feita com Monocryl 3-0 unindo os pilares, com a mama tracionada para frente por um gancho forte, colocado no ponto superior do novo sítio do CAP. Pontos de Vicryl 4-0 são dados nos planos dérmicos e a pele é fechada com cola de cianoacrilato. Após oito dias de pós-operatório, indicamos, por três meses, alternância de uma semana de cobertura das cicatrizes com fita cirúrgica microporosa, com outra semana só de massagens com gel de silicone, 3 a 4 vezes ao dia.

Mamoplastia redutora em L

Sua indicação se faz especialmente para pacientes entre 15 e 25 anos, com hipertrofia virginal e pele com boa elasticidade. Se o seu manequim excede 48, só faremos essa indicação depois de rigorosa avaliação da elasticidade cutânea e da distância entre a borda areolar inferior e o sulco submamário, que não pode ser superior a 10cm.

Quadro 1 – Grupo submetido a mamoplastia em T invertido.

Número de pacientes: 100		
Idade: Máxima: 54 anos	Minima: 15 anos	Média: 34 anos
Quantidade de tecido retirado de cada lado:		
Máximo: 1.880g	Mínimo: 180g	Média: 569,50g

Quadro 2 – Grupo submetido a mamoplastia redutora em L.

Número de pacientes: 100		
Idade: Máxima: 40 anos	Minima: 16 anos	Média: 28,65 anos
Quantidade de tecido retirado de cada lado:		
Máximo: 500g	Mínimo: 50g	Média: 268,12g

Figura 1 – Marcação para mamoplastia em T invertido. A determinação do ponto A, referente à nova posição da papila, correspondendo à projeção do sulco submamário, é feita de modo clássico. Geralmente, fica entre 18 e 20cm da fúrcula esternal. O molde é colocado 1,5cm acima deste ponto, na linha que divide a mama ao meio. Na parte medial, fica o retalho com base alargada para lhe dar melhor vascularização. Na parte lateral, o retalho dérmico que irá formar a cinta dérmica de sustentação da mama. Com base no sulco submamário, é marcado o retalho dermo-adiposo delgado, de 4,5cm de comprimento, que completará a sustentação da mama contra seu deslizamento tardio.

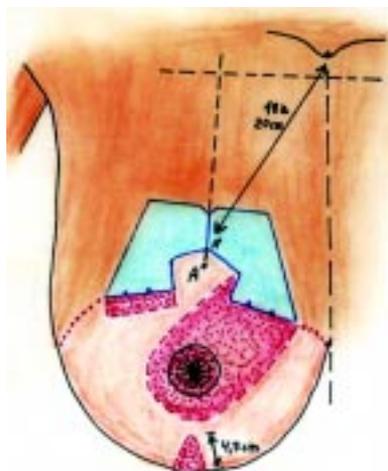


Figura 2 – Molde de Wise, modificado para as marcações pré-operatórias. A abertura correspondente à nova aréola tem linhas mais retas, que proporcionam resultados mais anatômicos. Os ângulos destas linhas correspondem aos pontos cardeais da aréola. Por baixo, o formato para mamoplastia em T invertido, com abertura de 4,5cm. Superpondo-o, a modificação para mamoplastia em L, com abertura alargada para 7cm.

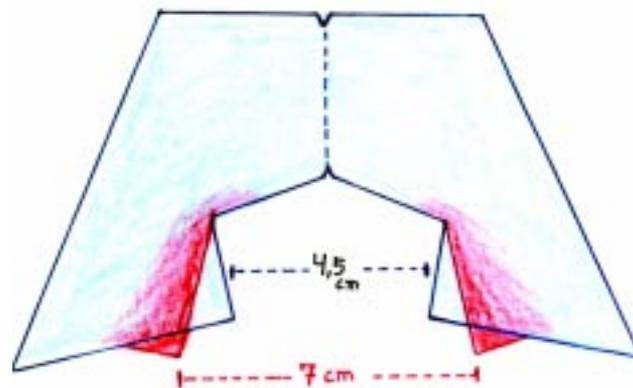


Figura 3 – Esquemática da cirurgia:

No primeiro esquema, observa-se que removido o tecido em excesso, tem-se o retalho de espessura total e base medial alargada que irá transportar o CAP e do outro lado e abaixo, os retalhos dérmicos. No esquema seguinte, um ponto irá unir o pólo superior da mama ao ponto das 3 horas da aréola, produzindo uma pequena rotação do mesmo que favorece seu exato posicionamento. Mantendo uma tração deste ponto para frente, os pilares lateral e medial da mama se encontram naturalmente e são unidos com pontos de Monocryl 3-0, permitindo a modelagem adequada do cone mamário.

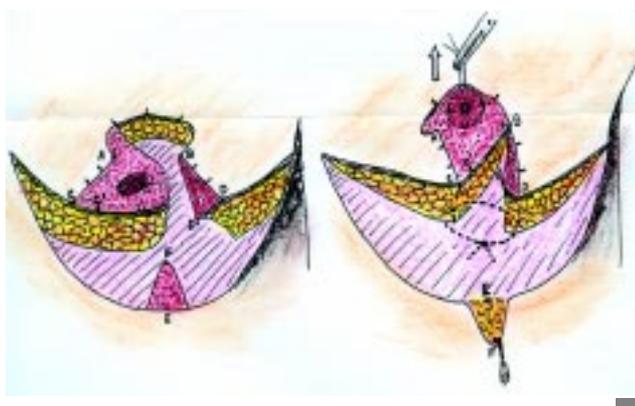


Figura 4 – Nesta seqüência, observa-se o CAP já em sua nova posição e os pontos C' e D', na parte inferior dos retalhos dérmicos, sendo unidos por um ponto na base interna do retalho dérmico inferior.

Em seguida, a extremidade superior deste retalho é fixada ao ponto areolar das 6 horas, sobre o leito dérmico dos dois retalhos anteriores. E, finalmente, a pele é fechada sobre este retalho com pontos subdérmicos de Monocryl 4-0.



Figura 5 – A: peça que será removida em monobloco e retalho de transposição do CAP, de base medial.
B: os pontos que iniciam a montagem do cone mamário. C: união do retalho dérmico inferior à aréola.
D: a nova mama já montada e os pontos subdérmicos sendo iniciados.

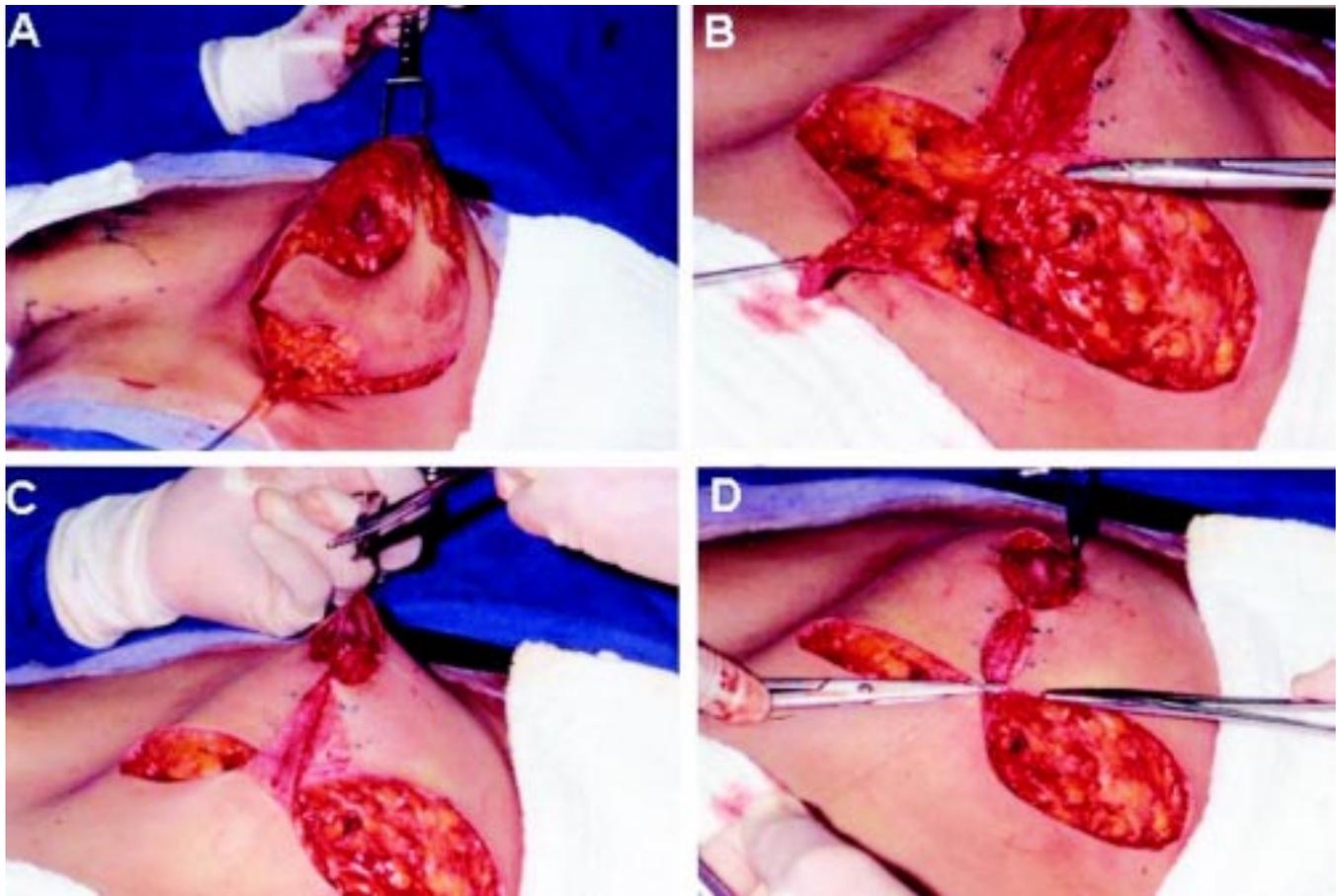


Figura 6 – Completada a montagem da nova mama, pode-se compará-la com o lado oposto.



Técnica cirúrgica

A marcação (Figura 7) é feita como descrita anteriormente, porém o molde utilizado foi idealizado por nós (Figura 2), onde o espaço para a nova aréola é maior que o do molde de Wise, permitindo retirada de maior quantidade de pele.

Antes de utilizar o molde, marca-se o sulco submamário em toda a sua extensão. Após a marcação com o molde, a curva do L será feita de tal modo que sua borda inferior fique de 3 a 4cm acima do sulco submamário, demarcando a nova posição do sulco, depois da redução da mama (Figura 7). Esse é o grande momento da marcação, pois permite determinar uma incisão vertical com um máximo de 5,5cm, o que evita um futuro pólo mamário inferior, muito grande e bojudo. Demarcado o traçado do L a partir dos pontos considerados inferiores, da incisão vertical, geralmente a 4,5 ou 5,5 cm do novo pólo inferior da aréola, traçam-se linhas que vão até as extremidades da linha demarcatória do

Figura 7 – Marcação para mamoplastia redutora em L. Na primeira figura, a marcação com retalho de base superior, destinada a mamas nas quais se fará menor redução. Na figura ao lado, a marcação para reduções maiores, onde o retalho terá base medial, exatamente como aquele utilizado em T invertido. Onde o L foi marcado, haverá remoção total do tecido fora do retalho e, nas áreas em amarelo, a ressecção será toda subcutânea, preservando-se a pele que irá retrair em poucos dias.

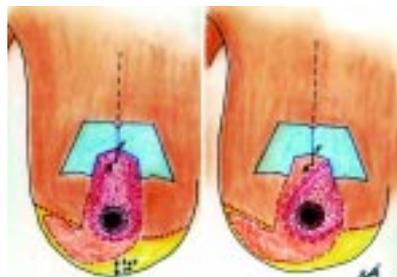


Figura 8 – A marcação em L corresponde à pele que será removida. A marcação em T invertido corresponde às áreas onde o tecido será removido subcutaneamente, até o plano aponeurótico-muscular.



Figura 9 – A: Realização, com bisturi, da separação subcutânea do tecido que será removido na parte medial. B: a remoção, com tesoura, da porção lateral, também subcutaneamente.



Figura 10 – A: Tecido que será removido, mostrando tanto a parte retirada subcutaneamente, como a parte anexa à pele do L. B: Após a remoção, o levantamento da mama que produz a união dos pilares medial e lateral, que são unidos, dando nova forma à mama.



sulco submamário. Com isso, determinam-se dois triângulos, onde a ressecção de tecido mamário será subcutânea. A parte medial corresponderá a todo o triângulo demarcado, enquanto a parte lateral será representada somente pelo que estiver além das marcas do L, onde a ressecção acompanhará as incisões cutâneas, mas terá também uma ressecção subcutânea (Figura 8). A cirurgia, mostrada na seqüência das Figuras 9 a 13, seguirá o plano determinado pela marcação, com a ressecção subcutânea sendo feita com bisturi ou tesoura, deixando um retalho cutâneo bem fino, com pouco tecido adiposo, para permitir a conveniente retração e acomodação.

O CAP poderá ser transposto de duas formas: nas mamas

menores, em que se deseja um pólo superior mais cheio, através de retalho de pedículo superior. Nas mamas maiores, onde há necessidade de maior redução, inclusive com esvaziamento parcial do pólo superior, com retalho de base medial, que permite maior ressecção e melhor ascensão do CAP, sem distorções (Figura 12). Este retalho é idêntico ao descrito na primeira parte deste trabalho. Os dois pilares que se formam com a tração anterior do pólo superior do CAP são unidos dando uma forma mais cônica e projetada à mama (Figura 10). Uma modelagem cuidadosa, com tiras de fita cirúrgica microporosa, somente no pólo inferior da mama, completa o procedimento e é deixada por uma semana (Figura 13).

Figura 11 – A: Mama já montada, observam-se as regiões onde houve remoção de tecido sob a pele e sua acomodação sobre o espaço vazio. B: Completada a montagem da mama, observa-se que não há pregueamento da pele, mas acomodação.

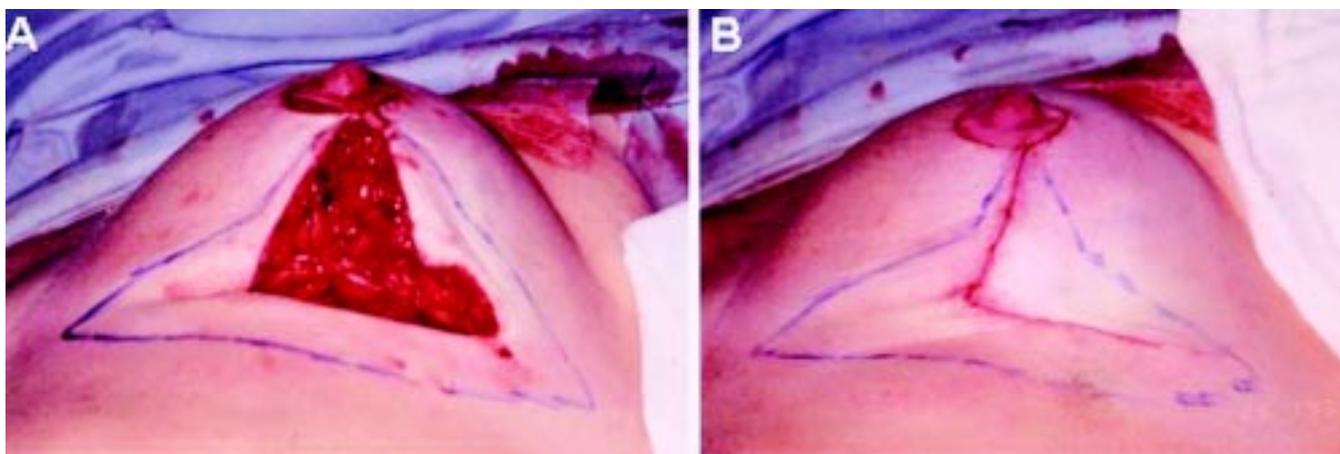


Figura 12 – Cirurgia com retalho de base medial. A: Retalho de espessura total e base alargada, observando-se a pele medial colabada. B: Retalho já foi rodado para sua nova posição e a mama começa a adquirir sua forma natural.

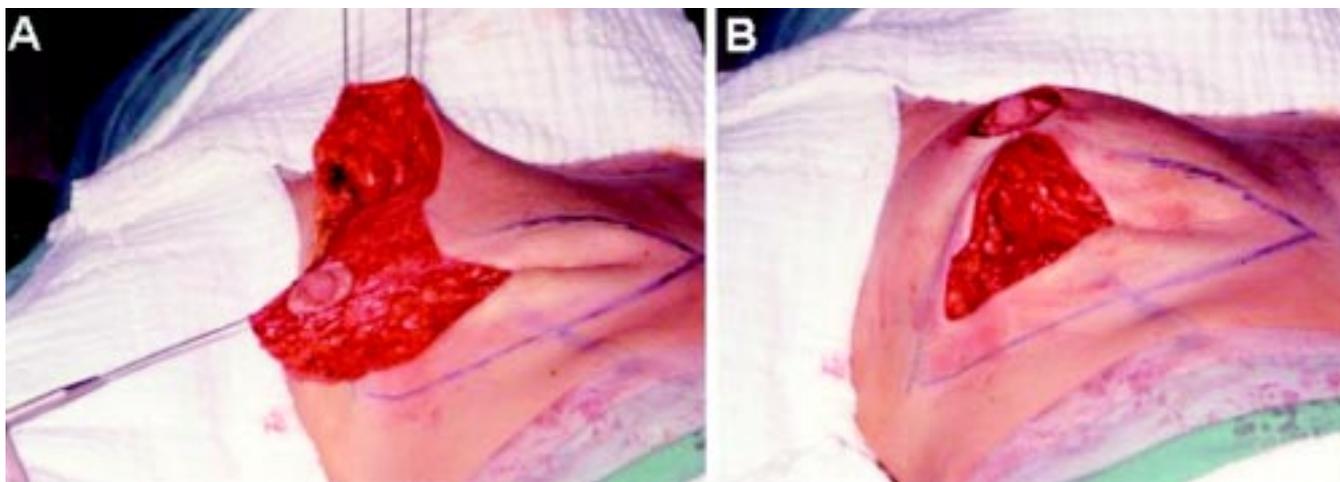
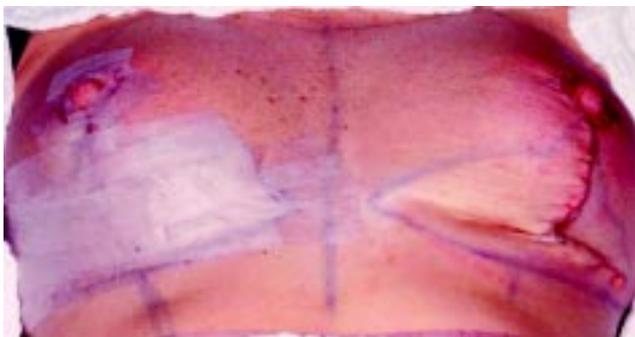


Figura 13 - Concluída a cirurgia, a pele poderá ser fechada com sutura intradérmica de Vicryl 5-0 ou com cola de cianoacrilato. Em seguida, uma modelagem com micropore, mantida por uma semana, favorecerá o acomodamento da pele em sua nova posição.



RESULTADOS

Na avaliação dos resultados, consideramos a opinião do cirurgião e das pacientes. Quando houve divergência nessa avaliação, levamos em conta a opinião da paciente, já que ela deve ser sempre o objetivo final de nosso trabalho. Assim, pela dificuldade de estabelecer parâmetros bem objetivos, consideramos a subjetividade da opinião, já que ela será utilizada sempre pelas pacientes, ao se referirem aos resultados obtidos com uma cirurgia plástica.

Os resultados obtidos estão nos Quadros 3 e 4. As Figuras 14 a 19 mostram pacientes nos quais a técnica em T invertido foi utilizada e, nas Figuras 20 a 25, estão pacientes nos quais foi utilizada a técnica em L.

Figura 14 - Paciente de 17 anos, solteira, submetida a redução em T invertido, retirando-se 430g na mama direita e 440g na mama esquerda. Vista de frente, resultado após 3 meses da cirurgia. A cicatriz, de boa qualidade, ainda está em maturação.

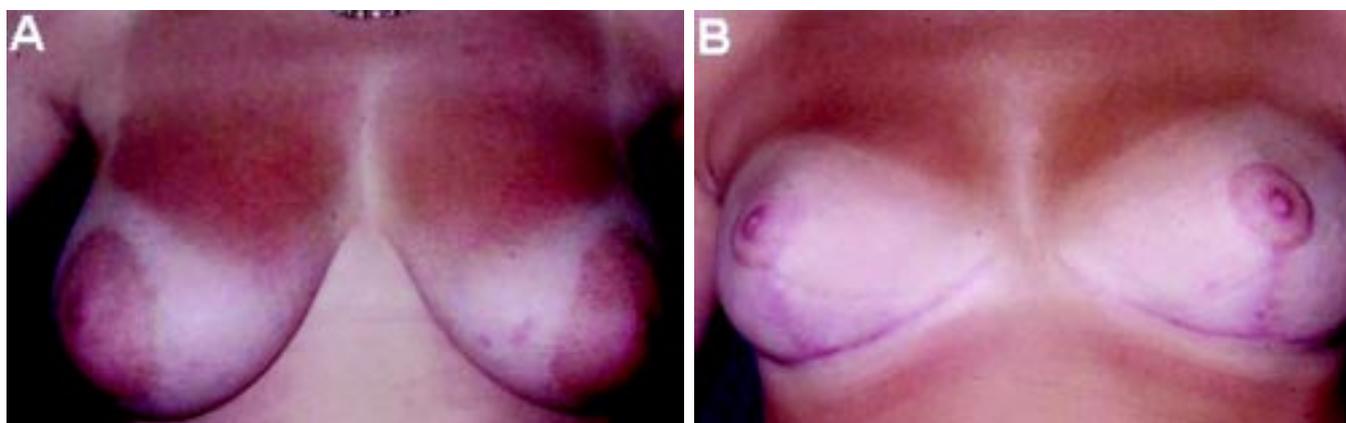


Figura 15 - Mesma paciente, vista em meio-perfil.

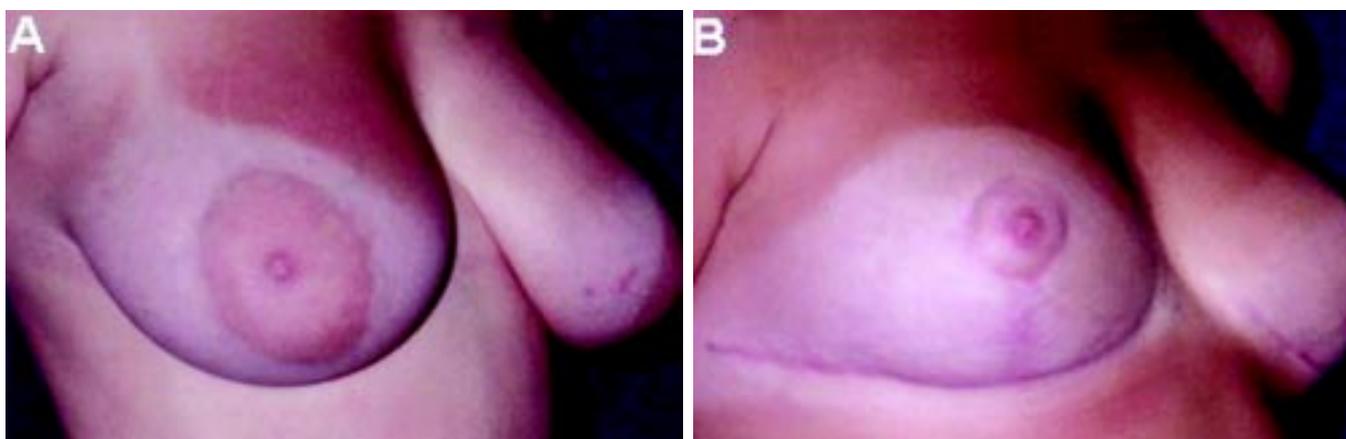


Figura 16 – Paciente de 34 anos, casada, 3 filhos, submetida a redução em T invertido, retirando-se 260g na mama direita e 220g na mama esquerda. Vista de frente, resultado após 3 meses da cirurgia. A cicatriz ainda está em maturação.

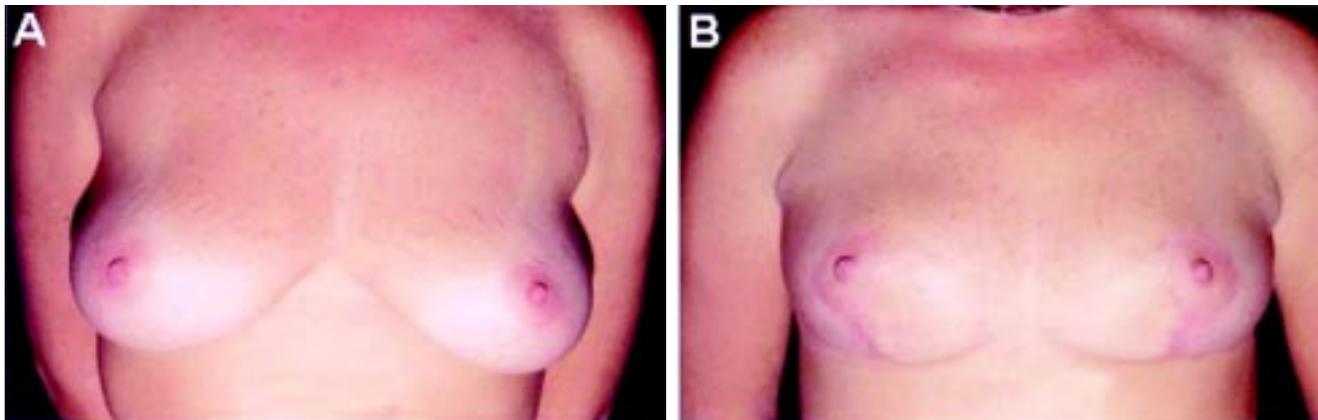


Figura 17 – Mesma paciente, vista em meio-perfil.

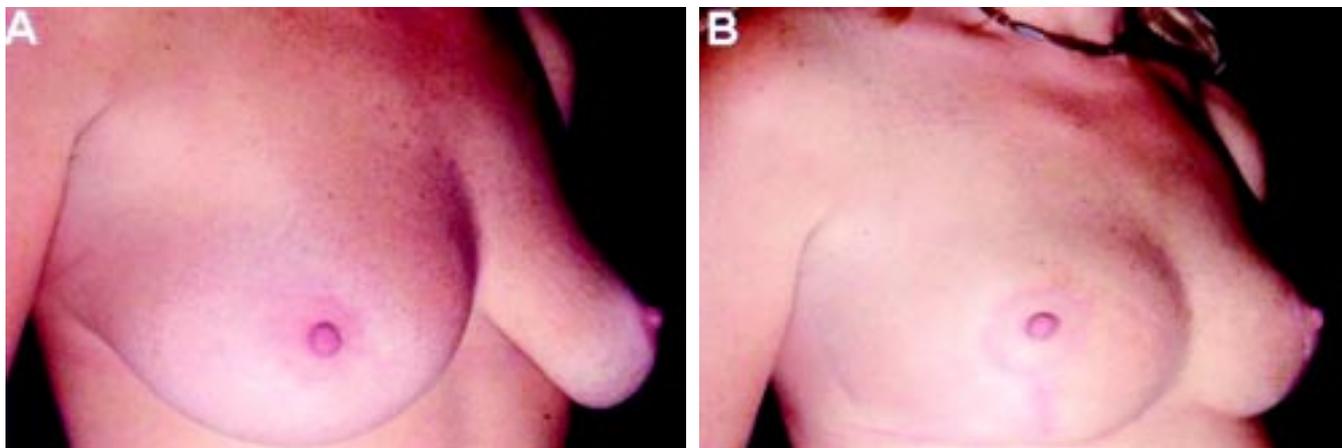


Figura 18 – A mesma paciente anterior, 5 anos depois da cirurgia. Observa-se o quase total apagamento das cicatrizes.



Figura 19 – Vista em meio-perfil, evidenciando-se a manutenção do formato das mamas, sem o seu deslizamento no tórax.



Figura 20 – Paciente de 20 anos, solteira, submetida a mamoplastia redutora em L. Retiradas 480g à esquerda e 500g à direita. Resultado após 1 ano e 6 meses. Vista de frente, observa-se a qualidade das cicatrizes e o formato natural das mamas.

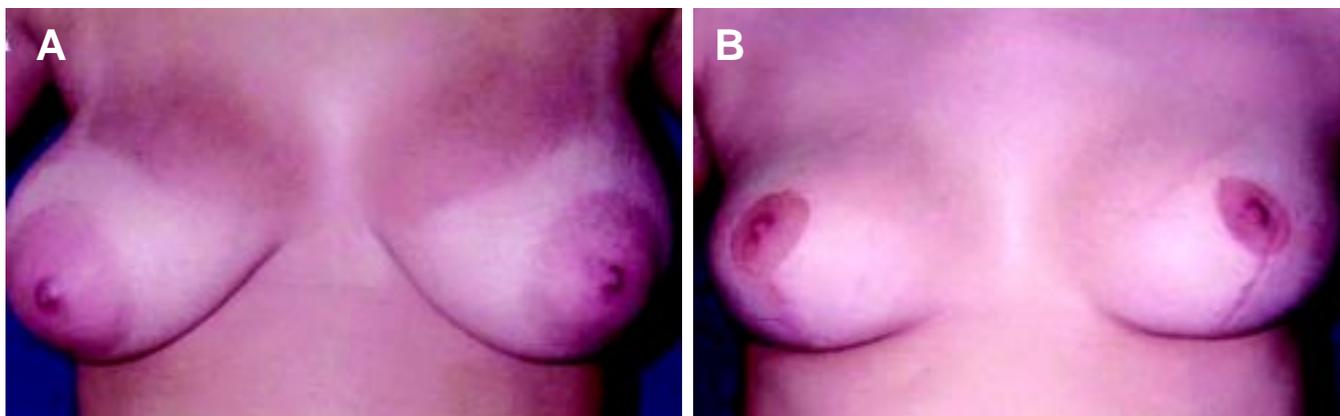


Figura 21 – Vista de perfil da mesma paciente. Observa-se o formato natural, sem deslizamento no tórax.

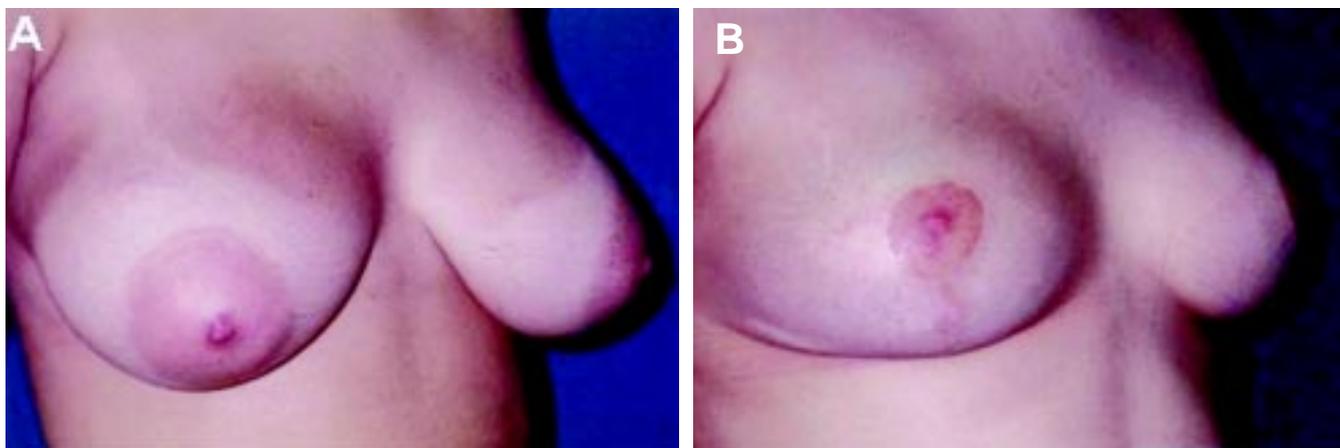


Figura 22 – Visão das cicatrizes. No lado esquerdo, a marca vertical mais evidente é de compressão do sutiã que a paciente estava usando.



Quadro 3 – Grupo das mamoplastias em T invertido – Avaliação do resultado.

Ótimo	46 pacientes	46%
Bom	34 pacientes	34%
Razoável	16 pacientes	16%
Ruim	4 pacientes	4%

Figura 23 – Paciente de 20 anos, solteira, submetida a mamoplastia redutora em L. Foram retiradas 240g à direita e 280g à esquerda. Resultado bastante satisfatório, após 3 meses.

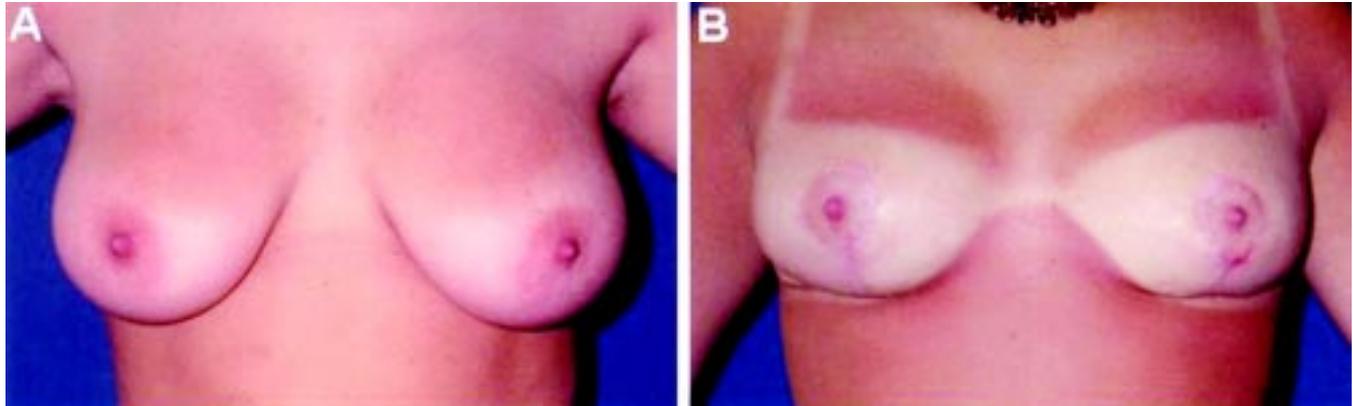


Figura 24 – Vista de perfil, da mesma paciente.

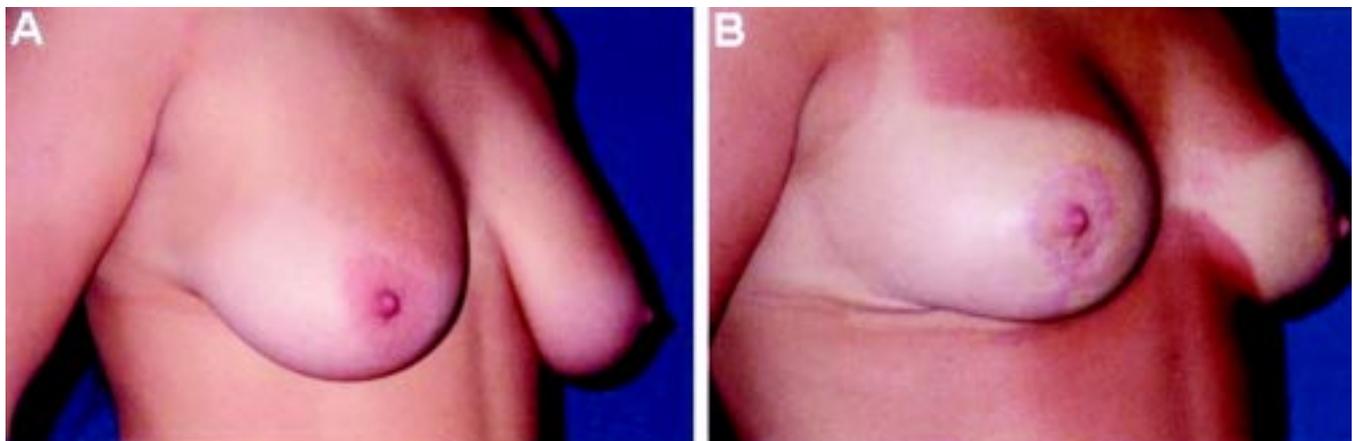


Figura 25 – Detalhe das cicatrizes, já bastante reduzidas.



Quadro 4 – Grupo das mamoplastias em L – Avaliação do resultado.

Ótimo	76 pacientes	76%
Bom	14 pacientes	14%
Razoável	10 pacientes	10%
Ruim	-----	-----

COMENTÁRIOS

Depois de uma longa evolução entre diversas técnicas e táticas para a redução mamária, acreditamos ter encontrado um programa que atende satisfatoriamente a esse desiderato. Temos conseguido resultados que agradam às pacientes e ao cirurgião em 80% das mamaplastias em T invertido e em 90% das mamaplastias em L.

O maior índice de satisfação entre as mamaplastias em L está relacionado à eliminação da cicatriz medial, certamente a de maior exposição com o uso de roupas mais decotadas.

O fato de utilizarmos moldes e marcação prévia não produz estereotipagem das mamas. As marcações dependem de diferentes características das pacientes e, assim, nunca se obtêm resultados iguais. As mamaplastias feitas pela técnica em T invertido apresentam, como vantagem, resultados mais imediatos porque não há um período de acomodação da pele. Seu inconveniente é, sem dúvida, o tamanho das cicatrizes e, sobretudo, a presença de cicatriz medial. Contudo, como elas se apresentam, quase sempre, de boa ou ótima qualidade, não temos maiores problemas.

Na técnica em L, a acomodação da pele leva um pouco mais de tempo, o que não é problema quando a paciente é bem orientada.

Para todas as pacientes damos sempre um livreto com informações detalhadas sobre as cirurgias, sua evolução e possíveis complicações, além de exigir sempre a assinatura de um "consentimento informado" personalizado e bem elaborado.

Acreditamos que, com esse programa, conseguimos uma relativa tranquilidade no tratamento das hipertrofias mamárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Strömbeck JO. Mammoplasty: report of a new technique based on the two pedicle procedure. *Brit J Plast Surg.* 1960;13:79-90.
2. Pitanguy I. Estudo de 245 casos consecutivos de mamaplastia e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir.* 1961;201-20.
3. Skoog T. A technique of breast reduction: transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. *Acta Chir Scand.* 1963;126:453-65.
4. D'Assumpção EA. Mamaplastia redutora: inovações táticas na técnica de Skoog. *Anais Acad Min Med.* 1981;XII: 245-55.
5. D'Assumpção EA. Tactical modifications in the Skoog reduction mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1982;6:179-81.
6. D'Assumpção EA. Mamaplastia redutora: prevenção do deslizamento tardio. *Rev Bras Cir.* 1984;74:135.
7. Hollander E. Die operation der mammahypertrophy und der Hägebrust. *Deutsch Med Wochenschr.* 1924; 50:1400.
8. Horibe K. Mamaplastia reductora: nuevo abordaje del metodo lateral-obliquo. *Rev Lat Am Cir Plast.* 1976; 2:7.
9. Meyer R, Kasselring VK. Reduction mammoplasty with an L-shaped suture line. *Plast Rec Surg.* 1975;55:139.
10. Sepúlveda A. Assimetria mamária: tratamento cirúrgico. *Rev Bras Cir.* 1981;71:11.
11. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction. St.Louis, Missouri: Quality Medical Publishing;1994.
12. Taranto T. Comunicação pessoal;1995.