



Retalho bolsa de Chassaignac: proteção e sustentação nas mamoplastias redutoras com implante

Chassaignac bursa flap: protection and support in reduction mammoplasties with implant

CESAR KELLY VILLAFUERTE VELEZ ^{1*}

LUANA KELLY MARQUES VILLAFUERTE ²

PALOMA RESTREPO VILLAFUERTE ³

■ RESUMO

Introdução: As macromastias com substituição gordurosa, grande flacidez e ptose severa, constituem um grupo específico de difícil tratamento, muitos deles sem resultados perduráveis a longo prazo. Os autores apresentam a técnica denominada retalho bolsa de Chassaignac, indicada para casos selecionados.

Métodos: Aplicada em 41 pacientes (2013-2019), a tática permite a criação de 2 espaços independentes, um para a retirada do parênquima mamário e outro isolado, pré-muscular, que consiste em um retalho composto, de pedículo semicircular, superior, medial e lateral, em forma de cúpula, que protege o implante na área retromamária de Chassaignac. **Resultados:** As pacientes evoluíram sem complicações, com manutenção do polo superior, uma redistribuição harmônica simétrica das mamas, sem ptoses recidivantes. **Conclusão:** O retalho em bolsa se mostrou factível, permitindo segurança no transoperatório e sustentação perdurável do implante.

Descritores: Mamoplastia; Redução aberta; Implante mamário; Hipertrofia; Retalhos cirúrgicos.

■ ABSTRACT

Introduction: Macromastias with fatty substitution, great flaccidity, and severe ptosis, constitute a specific group of difficult treatment, many without long-term results. The authors present the technique called Chassaignac bursa flap, indicated for selected cases. **Methods:** When applied to 41 patients (2013-2019), the tactic allowed the creation of two independent spaces, one for the removal of the mammary parenchyma and the other isolated, pre-muscular, a flap composed by pedicles semicircular, superior, medial and lateral, dome-shaped, which protect the implant in the Chassaignac retromammary area. **Results:** The patients evolved without complications, with the maintenance of the upper pole, a symmetrical harmonic redistribution of the breasts, without recurrent ptosis. **Conclusion:** The bag flap proved feasible, allowing for safety during the operation and a lasting implant support.

Keywords: Mammoplasty; Open reduction; Breast implant; Hypertrophy; Surgical flaps.

Instituição: Hospital Municipal da Mulher,
Feira de Santana, BA, Brasil.

Artigo submetido: 5/6/2020.
Artigo aceito: 8/8/2020.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0058

¹ Hospital Municipal da Mulher, Departamento de Cirurgia Plástica, Feira de Santana, BA, Brasil.

² Universidade Salvador, Faculdade de Medicina, Salvador, BA, Brasil.

³ Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina, Rosário, Santa Fé, Argentina.

INTRODUÇÃO

Após da publicação de Sánchez et al., em 2008¹, acerca da mamoplastia redutora com implante de silicone, um grande contingente de pacientes começou a solicitar sua realização e alguns especialistas a incorporaram em seu arsenal cirúrgico, para casos especificamente selecionados dentro do universo das hipertrofias mamárias. Por outro lado, a maioria das publicações que combinam mamoplastias e implantes possuem atenção focal no tratamento das hipomastias e da ptose mamária, tema no qual muitos autores têm descrito técnicas, com diversas táticas, para localização e proteção do implante, como Soares et al., em 2011², em duplo plano; Sánchez et al., 2008¹, Mansur e Bozola, em 2009³, com pedículo inferior; Gomes, em 2008⁴, com pedículo superior; Graf et al., em 2003⁵, com implante subfascial, entre outros; porém, poucas são as publicações em relação ao tratamento combinado nas macromastias.

Os desafios e dificuldades desta cirurgia são semelhantes aos do tratamento da ptose e já se iniciam no transoperatório, pois, na maioria das técnicas supraperitóricas, um único espaço cirúrgico é compartilhado por implante, retirada do parênquima e retalhos de ascensão do complexo areolomamilar (CAM), o que aumenta a frequência de complicações imediatas, como hematoma, infecção, deiscência ou extrusão e complicações tardias, como assimetrias e ptose por deslizamento do implante (*bottoming out*) ou por queda do tecido (*waterfall*); as técnicas retromusculares propiciam sustentação da prótese, porém, na evolução tardia, também podem apresentar a deformidade de animação e a dupla bolha⁶ (*double bubble*), consequências esperadas para estruturas de origem embriológica diferente.

Seguindo a descrição anatômica da lâmina Chassaignac e da cápsula posterior da mama, ligamento suspensor de Giralde^{7,8}, idealizamos a possibilidade de construção cirúrgica de um retalho composto como uma cúpula lipo-conectivo-glandular, de pedículo semicircular (superior, medial e lateral), para proteger o espaço areolar frouxo retromamário descolado, isolando o local do implante do resto dos procedimentos cirúrgicos. A tática visa proteger a prótese durante a cirurgia, diminuir riscos no pós-operatório e fornecendo sustentação duradoura ao implante e a própria neo-mama, pela aderência cicatricial no plano de clivagem supradomo, evitando ptoses recorrentes, apagamento do polo superior e assimetrias; aspectos anatômicos ilustrados constam na Figura 1 e denominamos de retalho bolsa de Chassaignac ou Canguru (RBC).

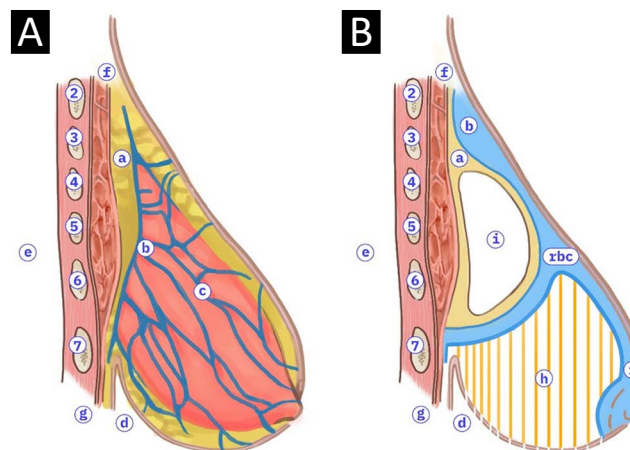


Figura 1. Desenhos sagitais: **A.** Anatomia posterior e ligamentar da mama; **B.** Retalho bolsa canguru: a. Bursa Chassaignac; b. Cápsula Giralde; c. Ligamentos de Cooper; d. Sulco inframamário; e. Costelas; f. Fâscia pré-peitoral; g. Musculatura; h. Área da ressecção mamária; i. Implante no espaço bolsa de Chassaignac, rbc, rc.: retalho do CAM. CAM: Complexo Aerolomamilar

OBJETIVO

Os autores descrevem a confecção cirúrgica de um retalho bolsa, com os tecidos da base mamária, de maneira pré-muscular e pré-fascial, em forma de uma cúpula, o que protege o implante no espaço de Chassaignac, isolando-o e sustentando-o nas mamoplastias redutoras, sendo este aplicado em casos especificamente selecionados.

MÉTODOS

No período 2013 a 2019, foram submetidos 41 pacientes à mamoplastia redutora e RBC, entre 18 a 65 anos, 100% primários, 90% sob anestesia peridural, 10% geral e todos em regime de internação hospitalar por 24 horas. Acompanhados entre 6 meses a 1 ano. A análise da satisfação do paciente foi realizada a cada 6 meses, num simples formulário questionário, com três perguntas objetivas: muito satisfeito, satisfeito e pouco satisfeito. Foram realizadas as análises clínicas e conclusões, registradas nas revisões periódicas, com exame físico e fotografias, avaliadas por médico e enfermeira. O estudo proposto tem sua autorização do Comitê Institucional do Hospital da Mulher (0072020) e seguiu os princípios da Declaração de Helsinque. Os autores não têm conflitos de interesses.

Seleção

Hipertrofias mamárias com grande liposubstituição, extrema flacidez, ptose severa ou ausência total do polo superior.

Utilizados implantes redondos, silicone coesivo, perfil alto, texturizados, microtexturizados ou de poliuretano, com baixo volume (175 a 225cc).

Marcação

Paciente em posição ortostática, nas seguintes áreas (Figura 2):

1. No local do implante, demarcação cutânea da área de descolamento, com a ajuda de uma placa circular de 12cm de diâmetro, colocada a 2cm da linha média esternal e 1cm acima do sulco submamário;
2. Na área de ressecção mamária, pela técnica de Pitanguy;
3. Nas áreas de lipoaspiração, lateral e pré-axilar, se necessária (S/N).



Figura 2. Marcação: A. Pitanguy; B. Área do implante; C. Marcação bilateral.

Técnica cirúrgica

Infiltra-se no subcutâneo sob a demarcação com solução de Villafuerte-Vélez et al. (2017)⁹: 250cc soro fisiológico, 1 ampola adrenalina, 1 ampola acetato dexametasona (8mgs). Incisão do desenho epidérmico e lipoaspiração lateral e axilar (S/N). Decorticação do triângulo periareolar e do triângulo inferior medial; neste e um pouco acima da prega inframamária realizou-se uma incisão de 5cm para acesso retromamário, descolando o espaço de Chassaignac, na extensão previamente demarcada. É introduzida uma compressa úmida na loja; prosseguindo com a ressecção mamária, iniciada pela lateral suprafascial, sendo que na área medial se avança esculpindo uma cúpula protetora do bolsão do implante, constituída pela cápsula posterior mamária e que fica indemne na sua área superior e interna; na continuação resseca-se em bloco e em quilha o tecido retroareolar e superior. Também é possível retirar todo o tecido mamário, de superior a inferior, preservando e esculpindo a bolsa protetora distendida pela compressa. Na continuação o retalho de pedículo superomedial, para transposição areolar, retira-se a compressa retromamária e se insere o implante de silicone (Figura 3), fechando a via de entrada com nylon 3-0.

Finalmente é realizada a montagem da mama com suturas dos pilares (S/N), do subcutâneo e reposicionamento do CAM; fios de mononylon 2-0, 3-0, 4-0, 5-0 e ácido poliglicólico 4-0 são empregados. Sequência cirúrgica ilustrada consta na Figura 4. O dreno é colocado pela incisão lateral (sonda nasogástrica 16), o curativo com neomicina pomada, compressas e sutiã cirúrgico. A retirada do dreno e alta

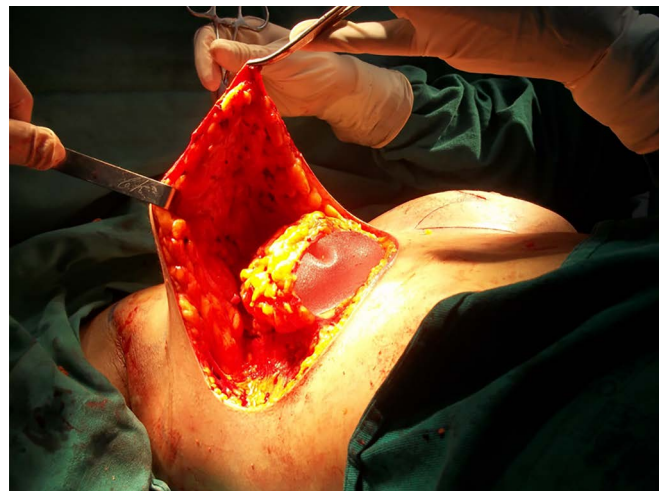


Figura 3. Retalho bolsa canguru, implante no espaço de Chassaignac, pré-peitoral.

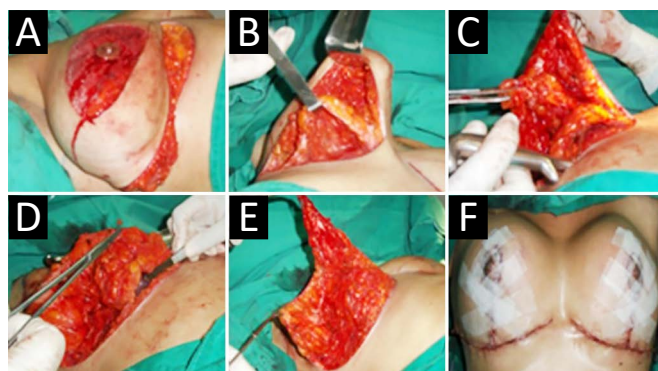


Figura 4. Sequência cirúrgica: A. Decorticação, descolamento da área retromamária do implante; B. Bolsa canguru; C. Excisão do parênquima; D. Implante posicionado e sutura; E. Retalho de transposição do CAM; F. Neo-mama finalizada.

ocorre com 24h, revisão semanal por 1 mês, seguida por mensal.

RESULTADOS

Das 41 pacientes (2013-2019), obtivemos: 1 caso de pequena deiscência cutânea medial (2,43%); 1 caso de cicatriz hipertrófica (2,43%); 2 casos de assimetria leve do CAM (4,87%); nenhum caso de hematoma, necrose, infecção, extrusão ou contratatura; 1 caso de ptose unilateral leve (2,43%); e não houve queixa de parestesia. O resultado estético obteve um excelente grau de satisfação em 97,56% dos casos e a média de retirada mamária foi de 1,640g (Figuras 5, 6 e 7).

DISCUSSÃO

O paradoxo de retirar grandes volumes mamários e, simultaneamente, colocar implantes, tem sua aplicação específica em patologias desafiadoras, uma vez que, para elas, os resultados a médio e longo prazo, com outras técnicas, poderiam ser suscetíveis



Figura 5. Pré e pós-operatório de 1 ano. RBC, implante redondo texturizado 180cc, retirada de 1,194g.



Figura 7. Pré e pós-operatório de 1 ano. RBC, implante redondo poliuretano 205cc, retirada de 1,546g.



Figura 6. Pré e pós-operatório de 1 ano. RBC, implante redondo texturizado 200cc, retirada de 1,772g.

(Figura 8), fato anatômico também perceptível nas mamas com implantação torácica inferior, que acreditamos ser de grande valia no recurso cirúrgico proposto.

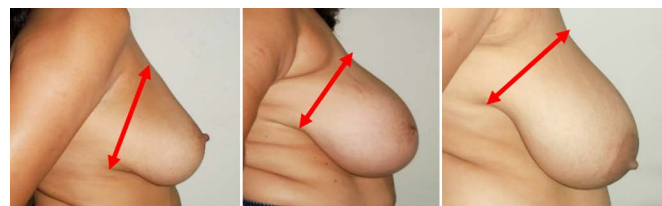


Figura 8. Key point: sulco inferior e base mamária, sempre constantes nos diferentes graus de hipertrofias (*footprint*).

de complicações e insatisfação¹. Após a observação clínica contínua da posição da mama na visão de perfil, concluímos que a base mamária e seu sulco inframamário sempre têm posicionamento constante; o sulco é fixo, a nível da 7ª costela e funciona como um pivô, não desce, mesmo nas grandes hipertrofias ou ptoses, permitindo que a base mamária bascule, porém sem a mesma sobrepassar a aderência submamária

A publicação de Sampaio et al., em 2013¹⁰, nos resgata a importância da anatomia retromamária, propondo a retirada basilar (cápsula mamária de Giraldes) e da bursa de Chassaignac, para maior aderência nas reconstruções mamárias com prótese submuscular. Porém, os autores deste artigo propõem uma nova abordagem, aproveitando estas estruturas anatômicas para confeccionar uma bolsa pré-muscular que proteja o implante e funcione como uma cápsula de barreira e sustentação, evitando deslizamentos inferiores ou laterais. Princípio este semelhante ao publicado por Faria et al., em 2017¹¹, na técnica de *Lockpocket* para mamoplastia/mastopexia com implantes subfascial, proposta excelente nas ptoses com hipertrofias menores, porém limitada nas grandes hipertrofias, onde a fáscia peitoral é atrofica, observação clínica feita após mais de uma década do programa de tratamento das gigantomastias¹².

Ademais, agrega-se o efeito velcro cicatricial dos tecidos mamários remanescentes, no plano de disseção acima da bolsa canguru, permitindo sua redistribuição firme e aderida, evitando-se também a ptose recidivante mamária.

A utilização do silicone aqui apresentada não é de aumento, e sim recomendada para manter o polo superior, quando são indicados volumes menores das próteses, cumprindo o objetivo principal da redução mamária.

CONCLUSÃO

O fundamento do retalho bolsa de Chassaignac (RBC) tem sua chave anatômica na construção de uma estrutura em cúpula pediculada, como barreira de proteção, que oferece segurança no transoperatório e sustentação do implante e da neo-mama a longo prazo, sendo praticada em casos bem selecionados, os quais combinem a mamoplastia redutora e o implante.

COLABORAÇÕES

CKVV	Redação - Preparação do original
LKMV	Redação - Revisão e Edição
PRV	Redação - Revisão e Edição

REFERÊNCIAS

- Sánchez J, Carvalho AC, Erazo P. Mastopexia com prótese: técnica em "D" espelhado. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(3):200-6.
- Soares AB, Franco FE, 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 Dez;26(4):659-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000400021>
- Mansur JRB, Bozola AR. Mastopexia e aumento das mamas com proteção e suporte inferior da prótese com retalho de pedículo inferior. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(3):304-9.
- Gomes RS. Mastopexia com retalho de pedículo superior e implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(4):241-7.
- Graf RM, Bernardes A, Rippel R, Araujo LR, Damasio RC, Auersvald A. Subfascial breast implant: a new procedure. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Fev;111(2):904-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000041601.59651.15>
- Khavanin N, Jordan SW, Rambachan A, Kim JY. A systematic review of single-stage augmentation-mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2014 Nov;134(5):922-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000000582>
- Bono JEP. Mamoplastia ligamentar. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(3):192-9.
- Procópio LD, Silva DDP, Rosique R. Implante submuscular em duplo bolso para mastopexias de aumento. *Rev Bras Cir Plást.* 2019;34(2):187-95.
- Villafuerte-Vélez CK, Castro-Cabrera AC, Restrepo-Villafuerte C. Corticoterapia profiláctica transquirúrgica de la hiperplasia cicatricial. Estudio clínico-estadístico prospectivo. *Cir Plást Iberolatinoam [Internet].* 2017 Mar; [citado 2020 Abr 25]; 43(1):33-9. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000100005&Ing=es
- Sampaio MM, Fraga M, Ferreira AP, Barros AC. Structured mammoplasty: a new approach for obtaining breast symmetry. *Plast Reconstr Surg.* 2013 Fev;131(2):300e-2e. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e318278d7d9>
- Faria CADC, Moura LG, Almeida CM, Galdino MCA, Santos GC, Pedroso DB, et al. Mammoplasty/mastopexy using implants: the Lockpocket technique. *Rev Bras Cir Plást.* 2017 Jan;32(2):218-24.
- Villafuerte-Vélez CK. PROTG-Programa social de tratamiento de la gigantomastia, Bahía-Brasil. *Cir Plást Iberolatinoam [Internet].* 2018 Set; [citado 2020 Abr 25]; 44(3):341-6. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922018000300020&lng=es

*Autor correspondente:

Cesar Kelly Villafuerte Velez

Avenida João Durval, 3665, Multiplace 305, Feira de Santana, BA, Brasil.

CEP: 44051-900

E-mail: kelly@gd.com.br