

Mastopexia Associada à Inclusão de Prótese Mamária

Fábio Rosa Carramaschi¹
Maria Paula Tanaka²

- 1] Prof. Livre Docente pela FMUSP e Membro Titular da SBCP.
2] Membro Associado da SBCP.

Endereço para correspondência:

Fábio Rosa Carramaschi

R. Viradouro, 63 Cj. 112
São Paulo - SP
04538-110

Fone: (11) 3168-3355 - Fax: (11) 3168-6583
e-mail: fc.plastic@terra.com.br

Descritores: Hipomastia; ptose mamária; prótese mamária; mastopexia periareolar.

RESUMO

Os autores descrevem a associação de mastopexia e inclusão de prótese de silicone em 17 pacientes.

A principal indicação reside nas hipomastias com ptoses pequenas ou moderadas, com pele de boa textura.

Descreveram a técnica cirúrgica dando ênfase às vias de acesso. Fizeram uma revisão sobre as vantagens e desvantagens dessa associação e concluíram que, apesar da possibilidade de retoque na cicatriz da mastopexia periareolar, os resultados em geral são muito gratificantes.

INTRODUÇÃO

A inclusão de prótese mamária em geral mostra bom resultado, independente da via de acesso, plano de dissecação e das características da prótese. No entanto, quando existe ptose, além da hipomastia, os resultados tornam-se menos previsíveis.

É muito comum a associação de hipomastia e ptose mamária, especialmente nas hipomastias por involução gravídica, após mastoplastia redutora e também nas mamas denominadas por Rees⁽¹⁾ de tuberosas. Para es-

ses casos, a mastoplastia de aumento com prótese de silicone não traz isoladamente resultado estético favorável e pode, ao contrário, acentuar a ptose, enquanto a mastopexia isolada possibilita o posicionamento adequado do complexo aréolo-papilar, porém mantém o cone mamário relativamente pequeno.

Gonçalves-Ulloa⁽²⁾, em 1960, mencionou pela primeira vez o uso de material aloplástico associado a mastopexia. Ao contrário, Goulian e Conway⁽³⁾, em

1969, recomendaram a mastopexia num primeiro tempo e depois a inclusão do implante de silicone para os casos de hipomastia associada a ptose.

O objetivo deste trabalho é exclusivamente mostrar as vantagens e desvantagens da mastopexia associada à inclusão de prótese de silicone para a hipomastia associada à ptose discreta.

CASUÍSTICA

No período de novembro de 1998 a agosto de 2000, 17 pacientes foram submetidas a mastopexia e inclusão de implante mamário de silicone gel para correção de hipomastia associada a ptose mamária, o período médio de avaliação foi de 14 meses, com variação de 7 a 26 meses. A idade das pacientes variou de 18 a 51 anos, com média de 35 anos.

As causas mais frequentes do pequeno volume mamário associado a ptose foram: involução pós-gravídica com flacidez cutânea, seqüela de mastoplastia redutora e mama tuberosa.

A conduta cirúrgica empregada foi basicamente uma mastopexia associada à inclusão de prótese de silicone, em tempo único, utilizando como via de acesso a região já desepitelizada pela mastopexia (Figs. 1 e 2).

A técnica mais utilizada foi a mastopexia periareolar em 10 casos (58,8%) e mastopexia através de cicatriz vertical ou em âncora em 7 casos (41,2%). Nos casos de cicatriz em âncora, a técnica utilizada foi semelhante à descrita por Peixoto⁽⁴⁾, porém sem a ressecção de glândula.

Na técnica periareolar marcamos um círculo ao redor da aréola, que deve ter diâmetro maior que 3 cm, e em seguida é feita a decorticação periareolar. O descolamento do tecido glandular do hemisfério inferior é seguido por inclusão da prótese em plano retromuscular ou retroglandular, conforme a maior ou menor cobertura da prótese. A pexia do tecido glandular é realizada com fio absorvível (vicryl 3.0) e o reposicionamento do complexo, por meio da ressecção do excesso de pele periareolar. Feita a drenagem a vácuo com saída na porção

lateral do sulco inframamário, segue-se o fechamento através de sutura em bolsa com fio absorvível (vicryl 2.0) para melhor acomodar o excesso de pele.

A mastopexia com cicatriz vertical ou em âncora fica reservada para os casos em que a flacidez cutânea não permite acomodação periareolar razoável.

RESULTADOS

Os resultados foram considerados satisfatórios em 14 casos (Figs. 3 a 12), sendo que em dois destes o resultado ficara abaixo das expectativas, em virtude do alargamento do diâmetro do complexo aréolo-papilar, e por isso as pacientes foram submetidas a correção cirúrgica, culminando num elevado grau de satisfação, tanto da paciente quanto do cirurgião. Porém, em 3 casos de mastopexia periareolar, a ptose residual foi responsável pela insatisfação das pacientes. Os resultados estão resumidos na tabela.

No tratamento das seqüelas de mastoplastia redutora, a associação de pexia e inclusão de prótese proporcionou volume e forma adequados.

O acompanhamento pós-operatório da mastopexia periareolar mostrou melhora progressiva do pregueamento periareolar e do achatamento do cone mamário nas primeiras semanas, em média 4. No entanto, o CAP pode ter aumento do diâmetro e por vezes exigir reintervenção.

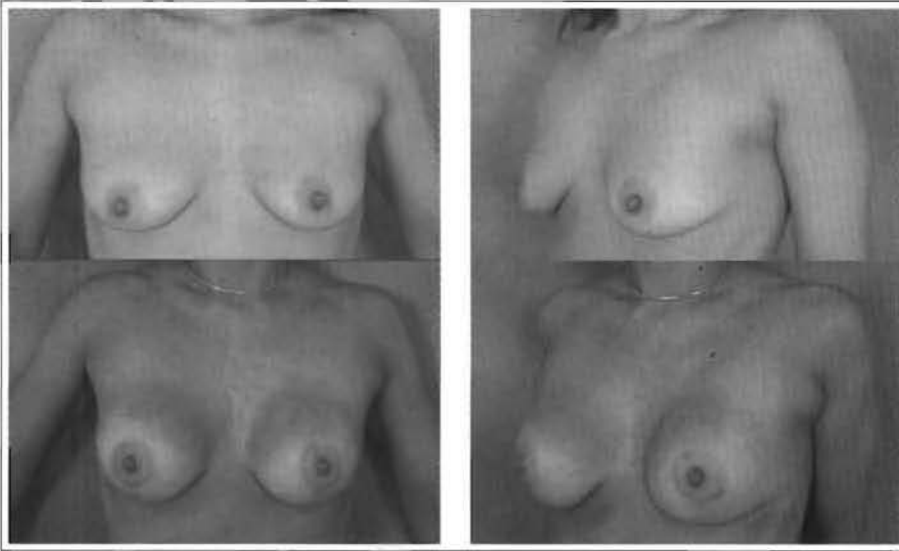
O acesso pela técnica de mastopexia com cicatriz vertical ou em âncora, apesar de a cicatriz ser maior que



Fig. 1 - Decorticação, inclusão da prótese e sutura em bolsa periareolar.



Fig. 2 - Inclusão da prótese através de incisão vertical.



Figs. 3 e 4 – 35 anos, prótese de 180 ml, retroglandular.

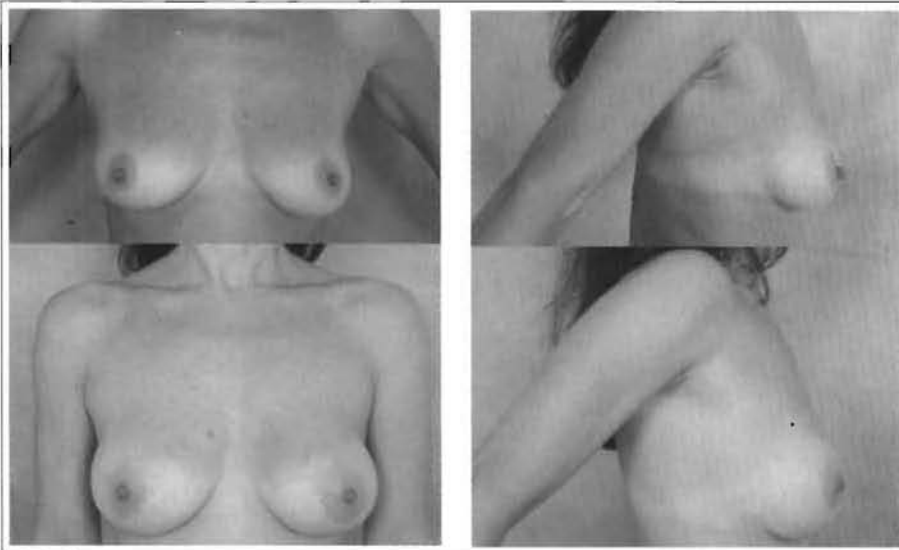


Fig. 5 e 6 – 30 anos, prótese de 200 ml, retroglandular.

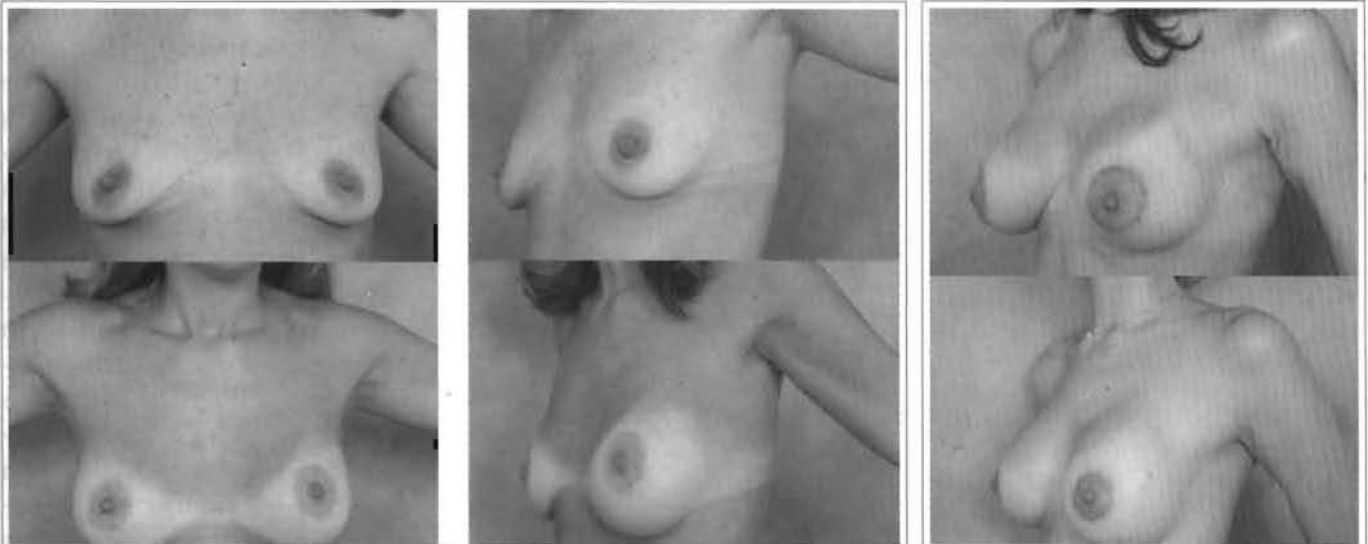


Fig. 7 e 8 – 37 anos, prótese de 240 ml, retroglandular.

Fig. 9 – Alargamento do CAP e correção após 8 meses da inclusão da prótese.

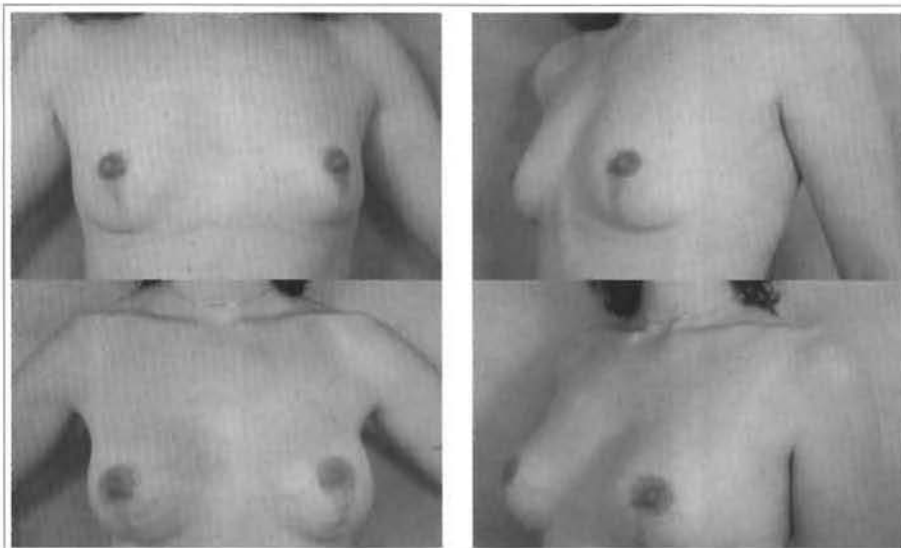


Fig. 10 e 11- 30 anos, prótese de 220 ml, retroglandular.

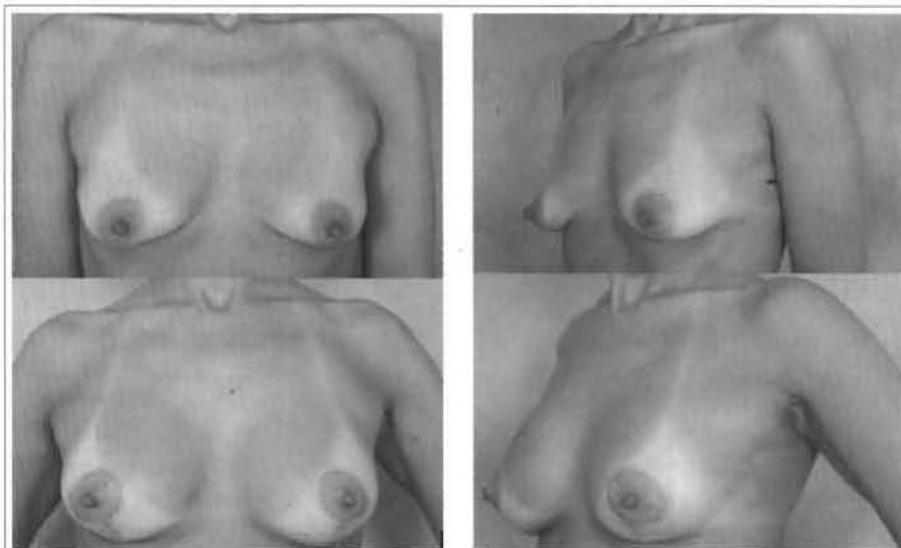


Fig. 12 e 13 - 42 anos, prótese de 180 ml, retroglandular.

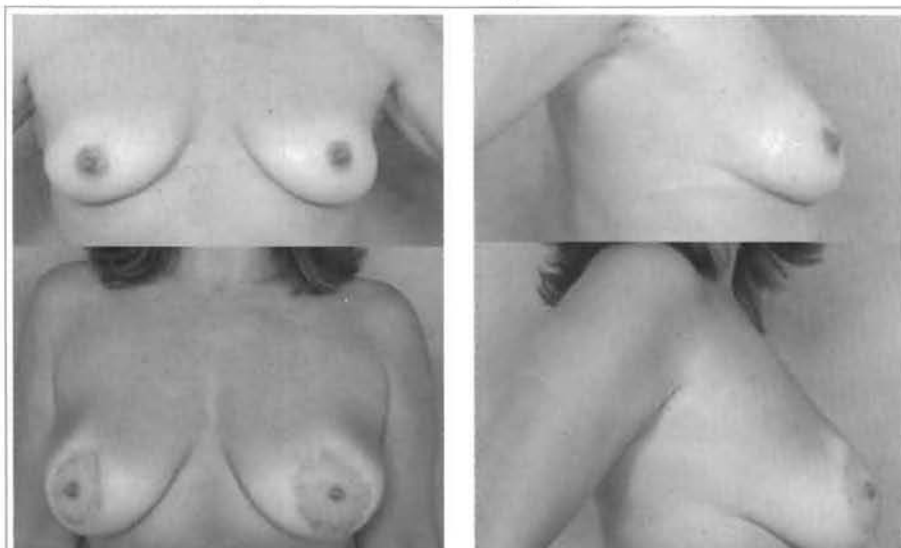


Fig. 14 e 15 - 32 anos, prótese de 180 ml, retroglandular.

a convencional para inclusão de prótese, mostrou-se como técnica mais adequada para os casos com ptose mais acentuada.

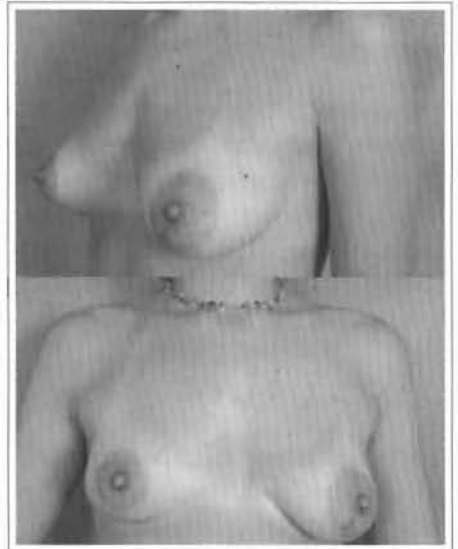
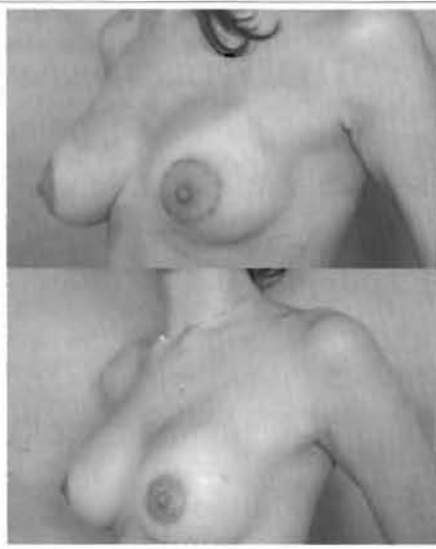
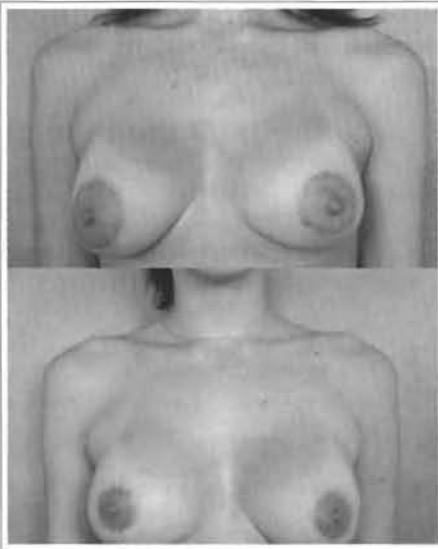
A persistência da ptose pelo excesso de flacidez cutânea ocorreu nos casos em que a inclusão da prótese foi realizada por via periareolar em pacientes que recusaram a cicatriz vertical ou em âncora da mastopexia, tornando a correção no pós-operatório tardio de difícil solução (Figs. 13 e 14).

O retoque do alargamento da aréola foi realizado após 8 meses em média de pós-operatório, sendo a sutura em bolsa realizada com fio inabsorvível. Até 3 meses da reintervenção o resultado tem se mantido satisfatório (Figs. 15 e 16).

DISCUSSÃO

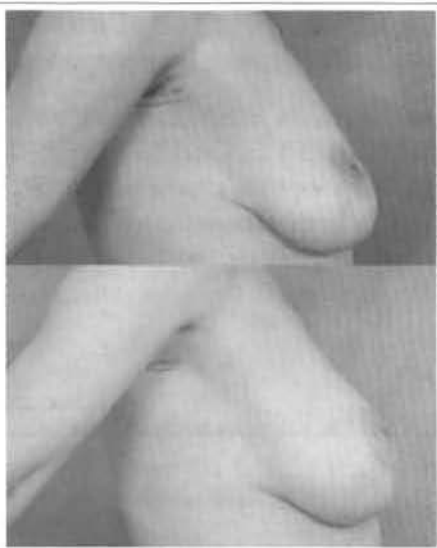
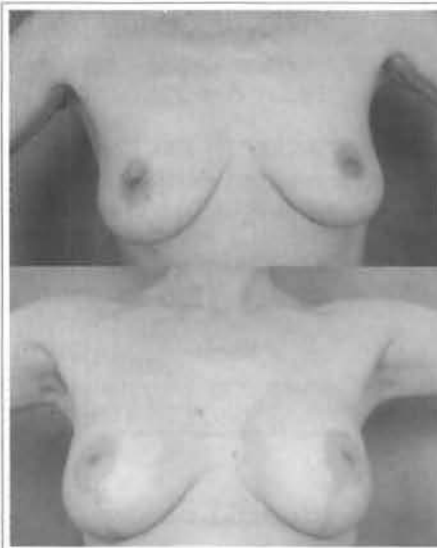
Assim como já observado por Chem⁽⁵⁾, o excesso de pele das ptoses moderadas requerem incisão em T invertido. Na literatura verifica-se que a presença de ptose em mamas que serão submetidas à inclusão de prótese implica a associação de algum tipo de pexia, uma vez que a inclusão de prótese isolada tende a acentuar a ptose^(6, 7, 8, 9).

Adotamos preferencialmente a técnica de mastopexia com cicatriz vertical ou em âncora ou mastopexia periareolar à semelhança de Fuente e Martin⁽¹⁰⁾. Ambas permitem a correção adequada da ptose com cicatrizes verticais ou em âncora, proporcionando uma excelente via de acesso para a dissecação da loja, especialmente quando assistida por fibra óptica. Nos casos em que o pequeno volume é devido à ressecção excessiva em mastoplastia redutora realizada anteriormente, a técnica de escolha

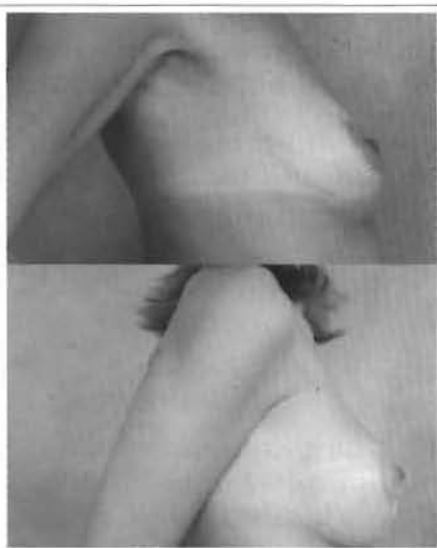


Figs. 16 e 17 – Alargamento do CAP e correção após 8 meses da inclusão da prótese.

Fig. 18 – 26 anos, a corrigir.



Figs. 19 e 20 – 44 anos, prótese de 160 ml, retro glandular.



Figs. 21 e 22 – 35 anos, prótese de 180 ml, retro glandular.

para a mastopexia deve levar em consideração a cicatriz já existente.

A mastopexia proporciona parcialmente a forma e a projeção desejadas, permitindo assim a inclusão de prótese de volume menor (entre 160 e 220 ml). A troca de fio absorvível por inabsorvível na sutura em bolsa periareolar, como descrito por Fuente e Martín⁽¹⁰⁾, tem solucionado o alargamento do CAP no pós-operatório tardio.

CONCLUSÃO

As desvantagens ficam por conta do resultado definitivo ser mais tardio na mastopexia periareolar, em virtude do achatamento do cone mamário e do pregueamento cutâneo periareolar persistirem nas primeiras semanas, além da possibilidade de ptose residual e o aumento do diâmetro do complexo aréolo-papilar, sendo as duas últimas causas de reintervenção.

A implementação simultânea da mastoplastia de aumento e mastopexia é a solução racional para o problema da mama hipoplásica e ptótica, pois proporciona resultado balanceado com menor morbidade e custo, havendo um elevado grau de satisfação e um número reduzido de complicações.

BIBLIOGRAFIA

1. Rees TD, Aston SJ. The tuberous breast. *Clin Plast Surg.* 1976; 3:339-40.

2. Gonzales-Ulloa M. Correction of hypotrophy of the breast by means of exogenous material. *Plast Reconstr Surg.* 1960; 25(1):15-40.
3. Goulian DJr., Conway H. Correction of the moderately ptotic breast. *Plast Reconstr Surg.* 1969; 43(5):478-80.
4. Peixoto G. Reduction mammoplasty. A personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980; 69(2):217-22.
5. Chem RC. Plástica mamária estética de aumento com a utilização de próteses. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 1991; 6(1/2):28-32.
6. Regnault P. The hypoplastic and ptotic breast: a combined operation with prosthetic augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1966; 37(1):31-7.
7. Owaley Jr J. Simultaneous mastopexy and augmentation for correction of the small, ptotic breast. *Ann Plastic Surg.* 1979; 2(3):195-200.
8. Becker H, van Leeuwen JB. The correction of breast ptosis with the expander mammary prosthesis. *Ann Plast Surg.* 1990; 24(6):489-97.
9. Chekkoury IA, Rodier C, Leller P, Wilk A. *Ann Chir Plast Esthetic.* 1991; 36(2):116-9.
10. de la Fuente A, Martín del Yerro JL. Periareolar mastopexy with mammary implants. *Aesth Plast Surg.* 1992; 16(4):337-41.