

Mastopexia com retalho de pedículo superior e implante de silicone

Mastopexy with superior pedicle flap and silicone implant

ROGÉRIO S. GOMES¹

RESUMO

Introdução: A correção da ptose mamária é feita com aumento do volume mamário por meio de implantes de silicone, ou retirada do excesso de pele e levantamento (mastopexia), ou a associação destas duas. Vários procedimentos são descritos baseados nestes conceitos. A mastopexia associada com implante de silicone é considerada um procedimento mais complexo do que as mastopexias sem implante, pelos resultados variáveis, recidivas e complicações relacionadas. **Objetivo:** Apresentar e avaliar a adaptação da técnica de mastopexia com retalho de pedículo superior associada a implante mamário de silicone para correção de ptoses mamárias. **Método:** Foram operados 68 pacientes com ptose mamária pela técnica de mastopexia com retalho de pedículo superior associado a implante mamário. **Resultados:** Sessenta e três (92,64%) casos obtiveram bom resultado. Recidiva de ptose ocorreu em 5 (7,35%) pacientes. **Conclusão:** Em casos de ptose mamária, a mastopexia com retalho de pedículo superior associada a implante mamário produz bons resultados, com baixo índice de recidiva e poucas complicações a curto e médio prazo.

Descritores: Mamoplastia. Implantes de mama. Retalhos cirúrgicos.

SUMMARY

Introduction: Surgical correction of breast ptosis consist of increasing breast volume, reducing the skin envelope with breast lifting (mastopexy) or combination of both. A variety of procedures have been described with this in mind. Mastopexy plus augmentation is considered a more complex procedure than mastopexy isolated for the variable results, ptosis relapse and associated complications. **Objective:** To present and to analyse the superior pedicle flap mastopexy technique associated with silicone implants adapted for breast ptosis. **Methods:** Sixty-eight patients with breast ptosis were operated by superior pedicle flap mastopexy technique associated with silicone implants. **Results:** Sixty-three (92.64%) cases presented good results. Ptosis relapse happens in 5 (7.35%) patients. **Conclusion:** The superior pedicle flap mastopexy technique associated with silicone implants had good results for patients with hipomastia and glandular ptosis or true ptosis grades II or III. We had low rate of ptosis relapse and few complications in the short and medium term.

Descriptors: Mammoplasty. Breast implants. Surgical flaps.

Trabalho realizado
na Casa de Saúde
São Sebastião,
Florianópolis, SC.
Trabalho Vencedor
do Prêmio Georges
Ariê/Importmedic 2008.

Artigo recebido: 08/09/2008
Artigo aceito: 03/11/2008

1. Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica Estética e Reconstructiva; Membro da *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*.

INTRODUÇÃO

A ptose mamária é a discrepância entre o volume mamário e o seu envelope cutâneo¹. A correção é cirúrgica, com aumento do volume mamário por meio de implantes de silicone, retirada do excesso de pele e levantamento, ou a associação destas duas¹, que é considerado um procedimento mais complexo do que as mastopexias sem implante².

A classificação de Regnault para ptose mamária¹⁻³ (Tabela 1) é utilizada como referência por alguns autores^{1,3} e apresenta 3 graus, baseando-se na posição da aréola em relação ao sulco mamário, pele e glândula mamária. Também define ptose parcial (ou ptose glandular) e pseudoptose (hipoplasia mamária pós-gestacional ou perda de peso).

Na nossa prática diária, utilizamos a técnica do retalho de pedículo superior, descrita por Liacyr Ribeiro⁴, associada a implante de silicone em todas as situações de ptose mamária, utilizando a classificação de Regnault⁵ para definir ressecções e posicionamento das aréolas.

O objetivo desse trabalho é mostrar e avaliar o uso da técnica do retalho de pedículo superior, associada a implante de silicone subglandular.

MÉTODO

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da Casa de Saúde São Sebastião. Foram operadas 68 mulheres com ptose mamária, no período de janeiro de 2004 a maio de 2008.

A marcação foi feita em posição ortostática, definindo a linha média, os meridianos e os sulcos mamários. Em seguida, foram marcados o sulco mamário e o ponto A, que corresponde à projeção do sulco mamário na mama, bilateralmente. A seguir, foram marcados os pontos B e C, por pinçamento digital e o ponto D, 2-3 cm acima do sulco mamário marcado. Após isso, unimos os pontos, com o cuidado de deixar uma pequena entrada a 4-5cm abaixo do ponto A (Figura 1), para definir a aréola e diminuir a tensão no fechamento, semelhante à marcação de Gerardo Peixoto⁶.

A anestesia utilizada em todos os casos foi local (lidocaína em solução a 0,25% e epinefrina 1:290.000), com sedação (midazolam e propofol).

Com a paciente em decúbito dorsal e discreta elevação dorsal (10-20°), iniciou-se o procedimento com o preparo de um retalho de base superior com descolamento súpero-

medial, sobre a fáscia do músculo peitoral, e pequeno descolamento lateral (Figura 2).

Quando necessária redução de volume mamário, esta foi realizada iniciando-se pela extremidade inferior do retalho e progredindo superiormente até o ponto desejado, ressecando-se mais lateral, medial ou centralmente, conforme o local predominante do excesso de tecido mamário e o grau de ptose (Figura 3).

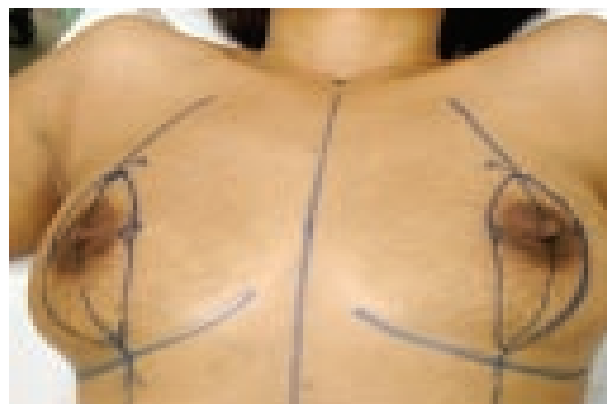


Figura 1 - Marcação de pele.



Figura 2 - Preparo do retalho pedículo superior e descolamento do plano muscular.

Tabela 1 - Classificação de Regnault para ptose mamária.

Ptose Completa ou Verdadeira	Grau I	Aréola na altura do sulco mamário e acima do contorno da glândula
	Grau II	Aréola abaixo do sulco mamário e acima do contorno da glândula
	Grau III	Aréola abaixo do sulco mamário e do contorno da glândula
Ptose Parcial	Aréola acima do sulco mamário e ptose da glândula	
Pseudoptose	Aréola acima do sulco mamário. Pele frouxa por hipoplasia (por exemplo, perda de peso acentuada, pós-gestacional)	

Após hemostasia, foi realizada a medialização da vertente lateral por meio de suturas com fio de nylon 2.0, até projeção do meridiano mamário no músculo peitoral, geralmente 4 a 5 pontos (Figura 4).

Em seguida, foi colocado o implante de silicone texturizado de perfil alto de tamanho ajustado conforme o caso, sobre o músculo peitoral maior (Figura 5).

O retalho de base superior, quando longo, não deslocando a aréola inferiormente, foi fixado com suturas de fio nylon 2.0 no músculo peitoral maior, mantendo a prótese no pólo superior (Figura 6). Quando o retalho era curto, deslocando a aréola inferiormente, foi posicionado atrás das vertentes laterais, sem suturas.

As vertentes laterais foram aproximadas no plano glandular com suturas de nylon 2.0, de cima para baixo, geralmente 4 a 6 pontos, bloqueando completamente o implante de silicone.

Nos casos em que havia pele residual, esse excesso foi definido por pinçamento digital e marcação com azul de metileno para ressecção (Figura 7). Nos casos em que a cicatriz vertical era longa (acima de 7 cm de comprimento), foi realizada compensação com cicatriz horizontal.

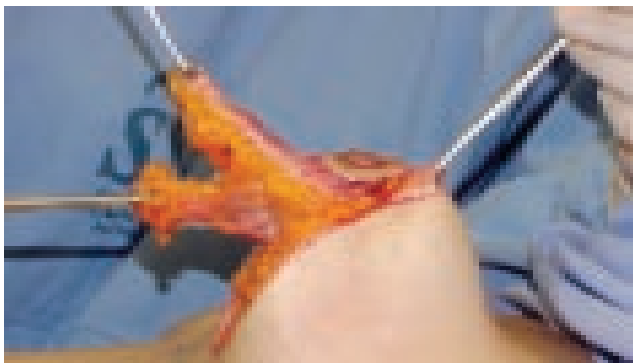


Figura 3 - Ressecção do excesso de tecido a partir da extremidade do retalho de pedículo inferior, realizado nos casos em que havia indicação.



Figura 5 - Posicionamento da prótese sobre o músculo peitoral maior.



Figura 6 - Fixação do retalho no plano muscular; utilizado quando esta fixação não desloca inferiormente a aréola.



Figura 4 - Fixação da vertente lateral no plano muscular, medializando a mama.



Figura 7 - Marcação do excesso de pele adicional.

O fechamento da pele foi feito em 2 planos, com suturas subdérmicas (nylon 3.0 e 4.0) e intradérmicas (poliglecaprone 4.0). Os curativos foram feitos com gases e micropore, ataduras de crepe (mantidas por 48-72h) e sutiã modelador (30 dias).

Os retornos ocorreram após 3-5 dias, 30, 90 e 180 dias. A documentação fotográfica foi feita no pré-operatório, transoperatório e 90 e 180 dias após a operação (Figuras 8 a 11).

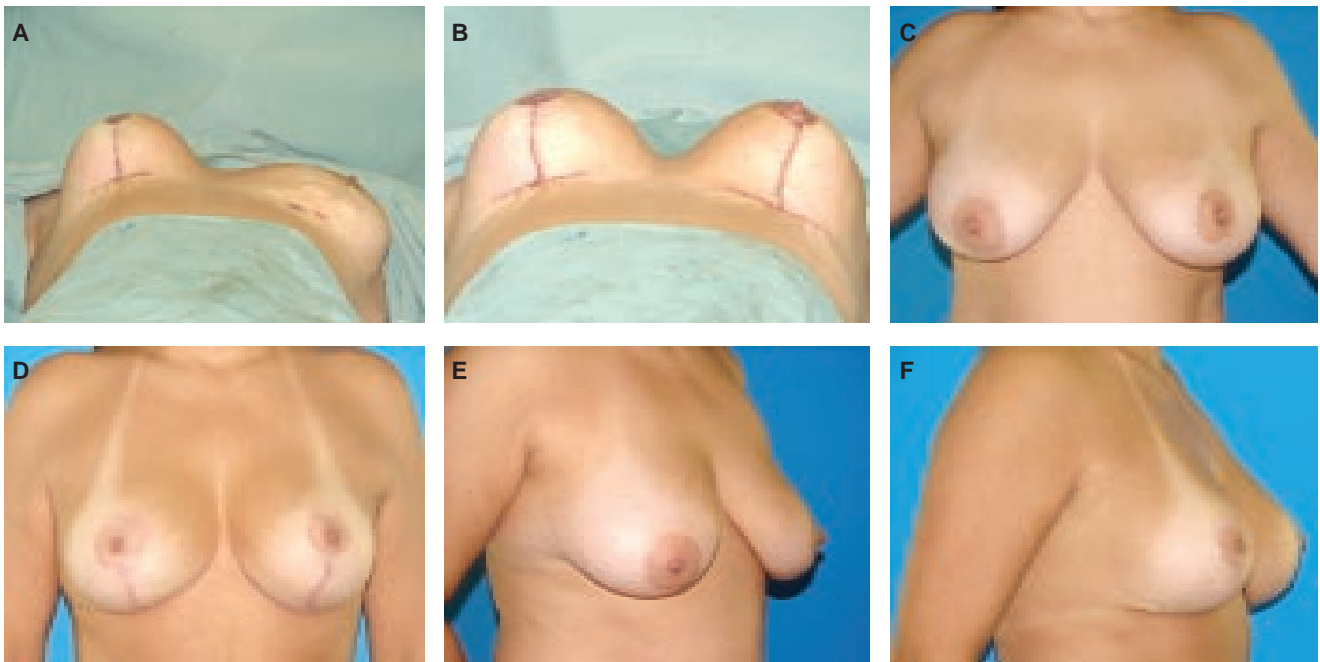


Figura 8 - Caso 1. A: transoperatório, um lado pronto; **B:** transoperatório, dois lados prontos; **C:** pré-operatório, vista frontal; **D:** pós-operatório, vista frontal; **E:** pré-operatório, vista oblíqua; **F:** pós-operatório, vista oblíqua.

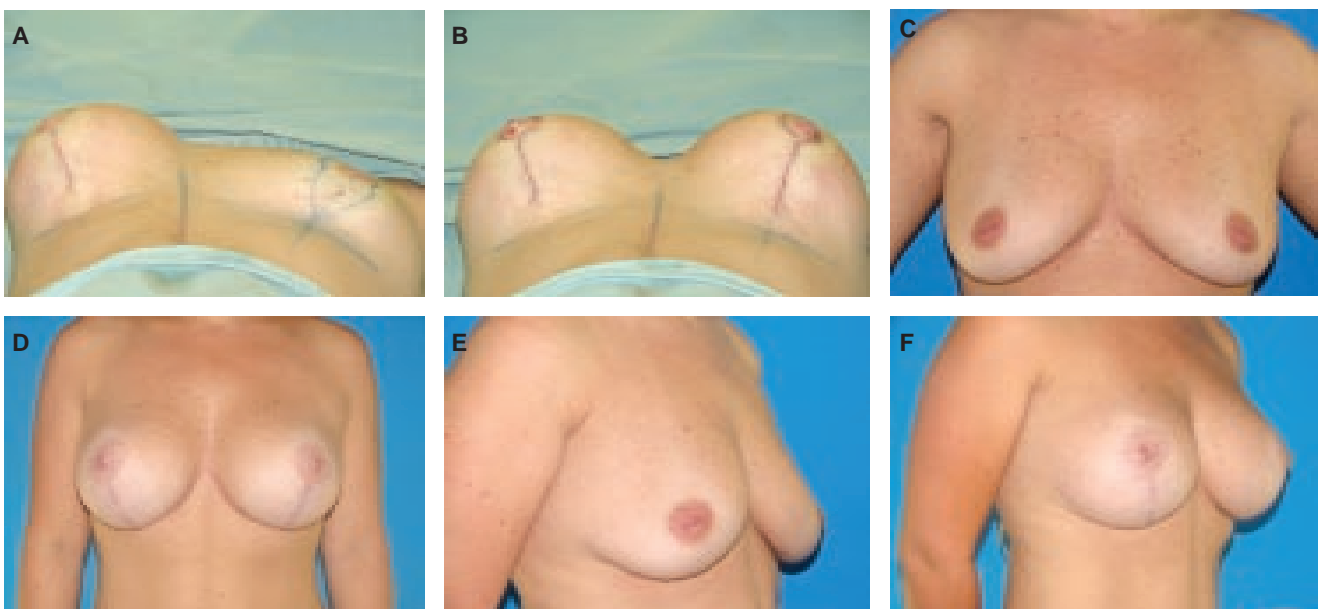


Figura 9 - Caso 2. A: transoperatório, um lado pronto; **B:** transoperatório, um lado pronto; **C:** pré-operatório, vista frontal; **D:** pós-operatório, vista frontal; **E:** pré-operatório, vista oblíqua; **F:** pós-operatório, vista oblíqua.

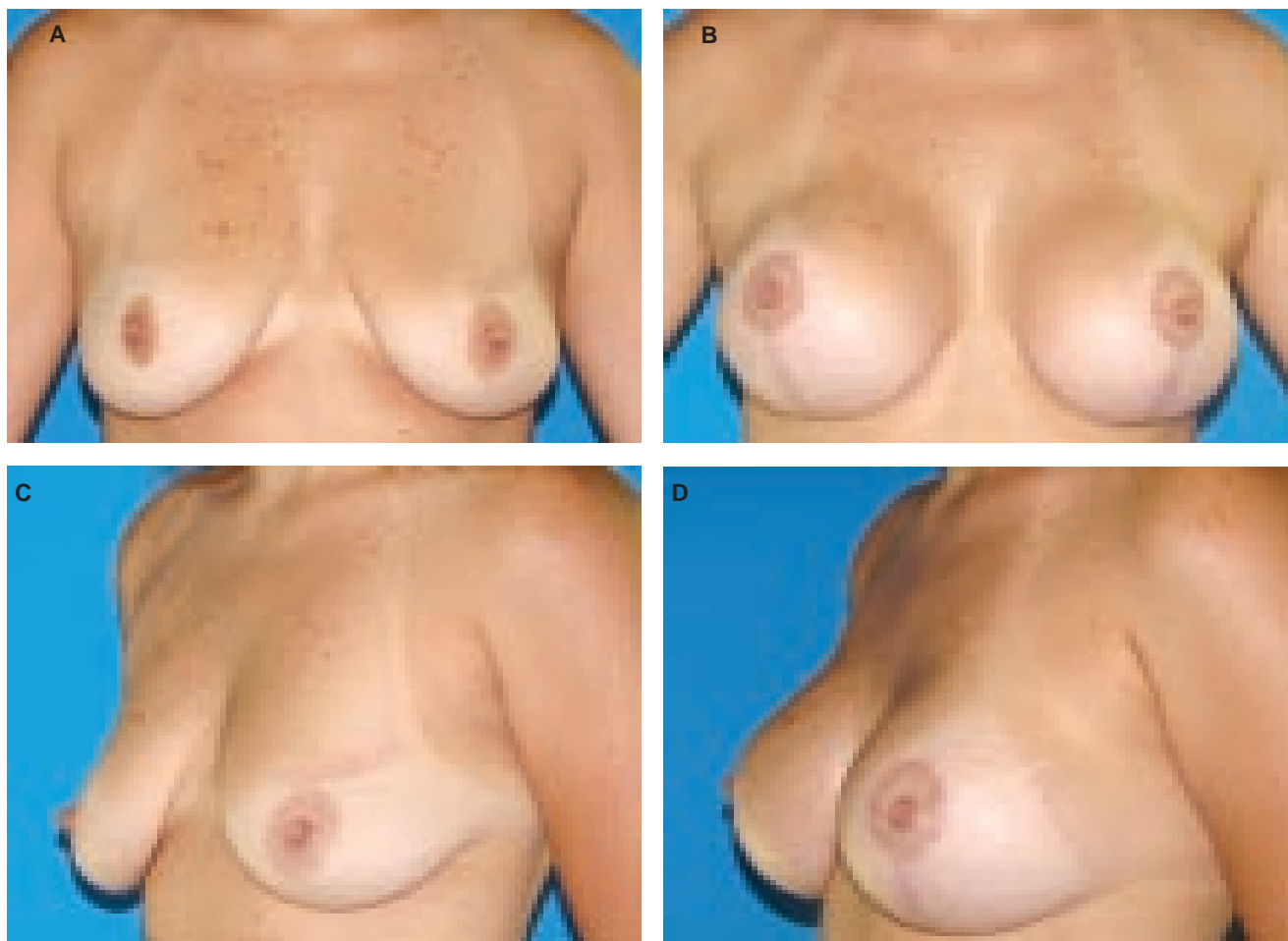


Figura 10 - Caso 3. **A:** pré-operatório, vista frontal; **B:** pós-operatório, vista frontal; **C:** pré-operatório, vista oblíqua; **D:** pós-operatório, vista oblíqua.

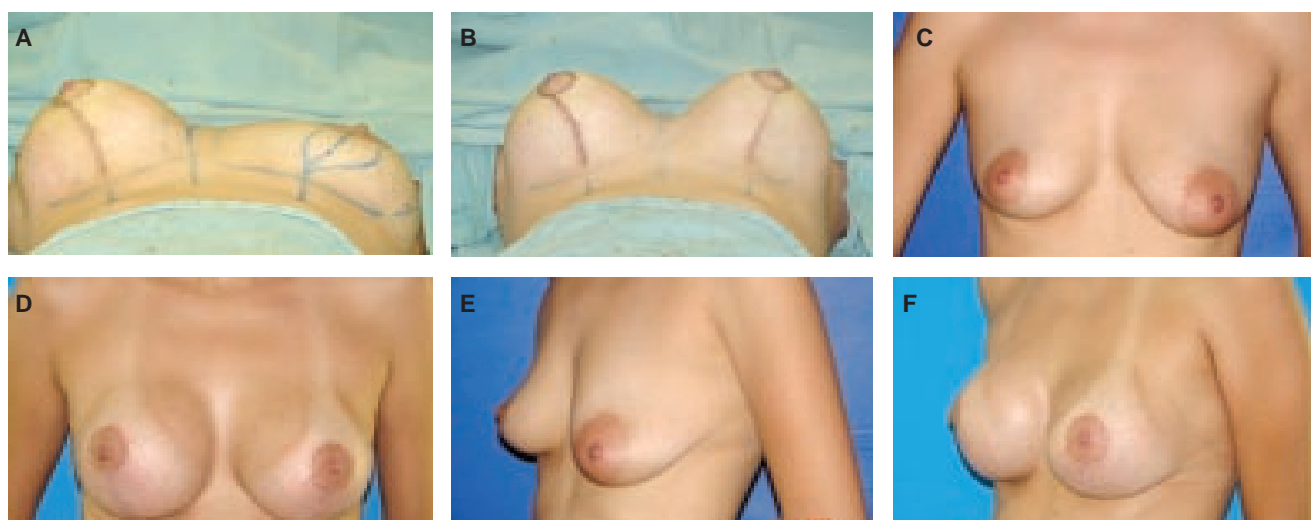


Figura 11 - Caso 4. **A:** transoperatório, um lado pronto. **B:** transoperatório, dois lados prontos. **C:** pré-operatório, vista frontal. **D:** pós-operatório, vista frontal. **E:** pré-operatório, vista oblíqua; **F:** pós-operatório, vista oblíqua.

RESULTADOS

Dos 68 casos operados, 63 (92,64%) apresentaram bons resultados, com correção da ptose e hipomastia de forma adequada. Em todos os casos, o formato do cone mamário ficou adequado, sem achatamentos.

Cinco (7,35%) pacientes apresentaram ptose residual, menor que a pré-operatória. Estas 5 pacientes possuíam estrias radiais e haviam sido orientadas sobre a possibilidade de ptose residual. Três desses casos foram reoperados, com melhora completa da ptose. Os 2 casos restantes consideraram adequada a melhora e não quiseram se submeter a nova intervenção.

Foram observados 8 (17,02%) casos de deiscência parcial de sutura na junção das cicatrizes vertical e horizontal, que necessitaram resutura.

Cicatrizes inestéticas foram identificadas em 6 (8,82%) casos e tratadas com excisão e sutura. Nenhum caso de quelóide foi registrado.

Seromas, hematomas, infecções, extrusão de implante e perda da sensibilidade mamária não foram relatados nos casos avaliados.

Contratura capsular ou rejeição também não ocorreram nesta série, durante o período de avaliação.

DISCUSSÃO

O primeiro relato de mastopexia associada a implante de silicone foi feito por Gonzalez-Ulloa, em 1960, e até hoje, vários artigos têm sido publicados sobre o tema. Alguns desses consideram o assunto polêmico, pelos resultados e complicações possíveis^{7,8}.

Nos trabalhos revisados, as técnicas de mastopexia variaram de simples ressecção de pele periareolar, ou com cicatriz vertical e aproximação direta dos bordos^{2,7,9-12}, passando pelas técnicas de Strömbeck, Regnault, Skoog, Pitanguy, McKissock, e outras já consagradas^{3,12-15} até técnicas mais recentes, como a mastopexia de aumento "tear-drop"¹⁶ e a mastopexia crescente estendida¹⁷.

O posicionamento do implante de silicone é citado no plano subglandular^{9,12,13} ou submuscular^{2,9-11,16,17}. Preferimos o implante posicionado no plano subglandular por reduzir a quantidade de pele a ser retirada e por diminuir a elevação areolar necessária¹⁸. Além disso, permite medializar mais a mama, preenchendo mais o colo mamário.

Complicações relacionadas ao implante, como contraturas capsulares, têm diminuído visivelmente com as barreiras de duplo e triplo lúmen dos implantes atuais^{1,10,14,16}. Não tivemos nenhum registro de contratura capsular mamária desta série de casos, onde utilizamos exclusivamente o plano subglandular.

Entre as complicações mais citadas nos artigos revisados, estão a persistência ou recidiva precoce de

ptose^{1,5,7,9-12,17}, com percentuais maiores que os ocorridos nesta série, quelóides, cicatrizes hipertróficas e hipotróficas^{1,5,7,9,12,14,17}, e achatamento do cone mamário, esta última mais relacionada com abordagens periareolares^{11,14,15,18}. Outras complicações menos citadas são a perda da sensibilidade da aréola, posicionamento da aréola inadequado, infecção, hematomas e seromas^{7,8,16,17}, que não foram observados nos casos avaliados.

Quando necessária redução de volume mamário, isto era feito iniciando pela extremidade inferior do retalho e progredindo superiormente até o ponto desejado, podendo ressecar mais lateral, medial ou centralmente, conforme o local predominante do excesso de tecido mamário e o grau de ptose (classificação de Regnault).

A ressecção do excesso de tecido mamário foi maior nas pacientes que não amamentariam no futuro, permitindo compensar a perda de volume tecidual com volume de prótese. Esta conduta facilita a acomodação dos tecidos e da nova prótese, levando a resultado estético mais agradável, menor possibilidade de ptose e futuras doenças mamárias, pela menor quantidade de tecido mamário.

Associamos medialização da vertente lateral com suturas, conseguindo assim maior preenchimento do colo mamário, melhor sustentação do implante na posição desejada, maior proteção do implante com tecido autógeno (retalho), e também diminuindo a tensão na cicatriz vertical.

A fixação do retalho de base superior no músculo peitoral maior foi realizada somente quando este era longo, não deslocando inferiormente a aréola. Esta fixação e os pontos de aproximação das vertentes laterais promovem uma "cinta de sustentação" para a prótese no pólo superior, com o objetivo de evitar ou retardar a ptose pós-operatória.

CONCLUSÃO

Em casos de hipomastia e ptose glandular ou ptose verdadeira grau II e III de Regnault, a mastopexia com retalho de pedículo superior associada a implante mamário produz bons resultados, com baixo índice de recidiva e poucas complicações a curto e médio prazo.

REFERÊNCIAS

1. Spear SL, Low M, Ducic I. Revision augmentation mastopexy: indications, operations and outcomes. *Ann Plast Surg.* 2003;51(6):540-6.
2. Pinsky MA. Radial plication in concentric mastopexy. *Aesthetic Plast Surg.* 2005;29(5):391-9.
3. Regnault P. The hypoplastic and ptotic breast: a combined operation with prosthetic augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1966;37(1):31-7.
4. Ribeiro L. Redução mamária – pedículo II. In: Ribeiro L, editor. *Cirurgia plástica da mama.* Rio de Janeiro: Medsi; 1989. p.195-201.
5. Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment. *Clin Plast Surg.* 1976;3(2):193-203.

6. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal view. In: Goldwin RM, editor. Reduction mammoplasty. London:Little, Brown; 1990. p.337-62.
7. Spear SL, Pelletiere CV, Menon N. One-stage augmentation combined with mastopexy: aesthetic results and patient satisfaction. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(5):259-67.
8. Spear S. Augmentation/mastopexy: "surgeon, beware". *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(3):905-6.
9. Carramaschi FR, Tanaka MP. Mastopexia associada a inclusão de prótese mamária. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2003;18(1):25-36.
10. Chem RC. Augmentation of the breast with implants. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 1991;6(1,2):23-7.
11. Persoff MM. Vertical mastopexy with expansion augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(1):13-9.
12. Cárdenas-Carmarena L, Ramírez-Macías R. Augmentation/mastopexy: how to select and perform the proper technique. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(1):21-33.
13. Pitanguy I, Carreirão S, Mazzarone F, Fróes LB, Cló TT. Mastopexia associada à inclusão de prótese. *Rev Bras Cir.* 1991;81(2):101-11.
14. Karnes J, Morrison W, Salisbury M, Schaeferle M, Beckham P, Ersek RA. Simultaneous breast augmentation and lift. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24(2):148-54.
15. Baran CN, Peker F, Ortak T, Sensöz O, Baran NK. Unsatisfactory results of periareolar mastopexy with or without augmentation and reduction mammoplasty: enlarged areola with flattened nipple. *Aesthetic Plast Surg.* 2001;25(4):286-9.
16. Ceydeli A, Freund RM. "Tear-drop augmentation mastopexy": a technique to augment superior pole hollow. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(6):425-33.
17. Gruber R, Denkler K, Hvistendahl Y. Extended crescent mastopexy with augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(3):269-76.
18. Spear SL, Giese SY, Ducic I. Concentric mastopexy revisited. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(5):1294-9.

Correspondência para:

Rogério Schützler Gomes
Rua Bocaiúva, 72 - Largo São Sebastião – Florianópolis, SC - CEP 88015-530
E-mail: rogerio@rogeriogomes.com.br