

# Mastopexia e aumento das mamas com proteção e suporte inferior da prótese com retalho de pedículo inferior

*Mastopexy and breast augmentation with protection and inferior support of the prosthesis with inferior pedicle flap*

JOÃO RICARDO BASSO

MANSUR<sup>1</sup>

ANTONIO ROBERTO BOZOLA<sup>2</sup>

## RESUMO

Os autores marcam o meridiano mamário, o sulco mamário, a intersecção entre essas linhas (ponto I), a projeção dele sobre a mama (ponto A) e outros dois pontos intermediários A1 e A2, quantificando a ressecção da pele em dois fusos entre A1 e A2 e A2 e I determinados por pinçamento bidigital. Utilizam a tática do retalho mamário vertical de pedículo inferior deslizado para baixo em V-Y durante o fechamento das incisões, após a introdução da prótese e aumento da projeção da mama, a fim de oferecer proteção e maior suporte à prótese e eliminar a sensação de palpação da mesma no sulco mamário. A técnica ainda evita o deslizamento da prótese abaixo do sulco e o consequente esvaziamento do colo. Obtiveram bons resultados em 56 pacientes operadas.

**Descritores:** Mamoplastia. Próteses e implantes. Mama/cirurgia.

## SUMMARY

The authors mark the mammary meridian, the sub mammary fold, the intersection between these lines (point I), its projection on mamma (point A) and two others intermediaries points A1 and A2, quantifying the skin resection in two spindles between A1 and A2 and between A2 and I by bidigital impingement. They use a vertical mammary flap with inferior pedicle, slid downward in V-Y during the closure of the incisions, after the introduction of the prosthesis and increase of the projection of mamma, offering protection and higher support to the prosthesis, and avoiding the palpation feeling in the mammary groove. The technique still excludes the sliding of the prosthesis below the groove and the consequent emptying of the lap. The authors obtained good results in 56 patients operated.

**Descriptors:** Mammoplasty. Protheses and implants. Breast/surgery.

Trabalho realizado no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP com a colaboração do CEPlástica - Centro de Estudos em Cirurgia Plástica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP.

Este artigo foi submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 30/1/2009

Artigo aceito: 22/6/2009

1. Membro titular da SBCP; Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

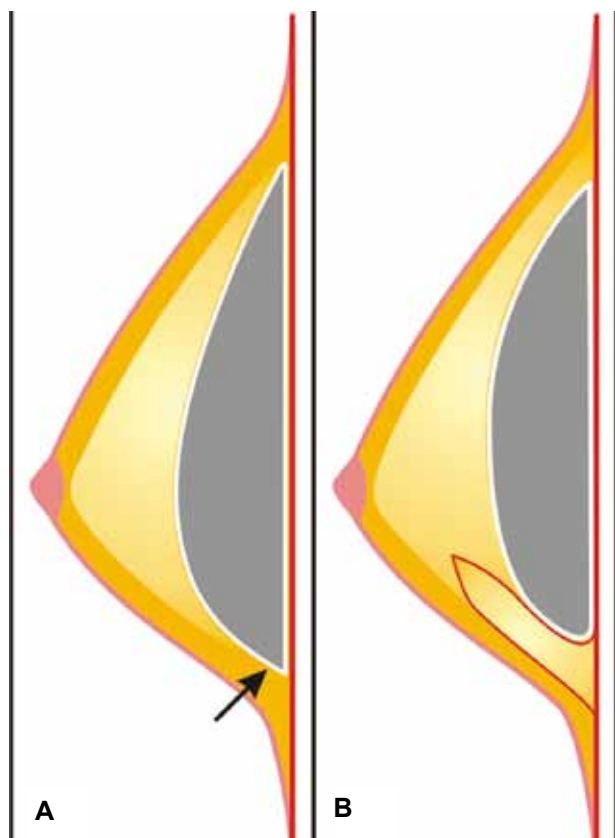
2. Professor Doutor em Cirurgia Plástica pela UNIFESP; Membro titular da SBCP; Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

## INTRODUÇÃO

Na atualidade, as pacientes brasileiras desejam mamas maiores do que há 10 anos e quando apresentam pouco volume associado a média ou grande flacidez, a maioria delas não deseja apenas o aumento de volume, mas também a correção da flacidez.

A pexia por si só ou somente a inclusão de próteses não seriam suficientes para solucionar a ausência de volume associada à flacidez. Quando se realiza ressecção de pele e inclusão de próteses, estas projetam o volume mamário no sentido pósterio-anterior e a proteção delas na área do sulco mamário é formada apenas por pele e subcutâneo (Figura 1A). As pacientes, às vezes, relatam palpar o rebordo inferior da prótese, gerando preocupações e insatisfações. Nas técnicas descritas<sup>1-4</sup> se resseca a pele verticalmente, incisa-se a glândula no mesmo sentido, confecciona-se a loja, introduzindo-a e suturando por planos. Estas técnicas não oferecem proteção à prótese na região do sulco mamário.

Os autores propõem tática cirúrgica que oferece proteção de tecido mais espesso às próteses no sulco mamário (Figura 1B),



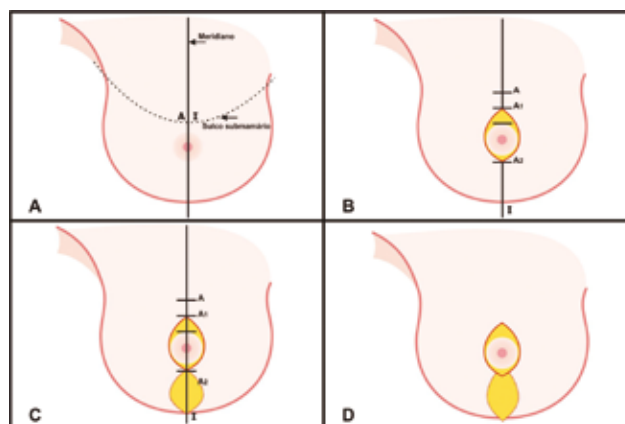
**Figura 1 – A:** Próteses retromamárias com cobertura insuficiente no sulco. **B:** Aumento da espessura do subcutâneo no sulco submamário com retalho de pedículo inferior.

a qual evita sua palpação e propicia maior conforto físico e psíquico. Também proporciona prevenção do deslizamento da prótese abaixo do sulco inframamário e consequente esvaziamento do colo; bom resultado estético com cicatrizes periareolares mais verticais<sup>5,6</sup>, podendo eventualmente concluí-la com T invertido no sulco mamário<sup>7</sup>, com o ramo horizontal da cicatriz de extensão variável em acordo com o grau de flacidez.

## MÉTODO

Foram operadas 56 pacientes no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2008, com idade variável entre 17 e 64 anos, que apresentavam pouco volume mamário associado à flacidez e cujos diagnósticos determinavam a necessidade de inclusão de próteses mamárias. Utilizaram-se próteses com volume variável entre 175 ml e 305 ml, de silicone revestido com espuma de poliuretano, forma redonda, perfil alto. Fios inabsorvíveis (nylon monofilamentar 3-0, 4-0 e 5-0) foram empregados em todas as suturas, tanto glandulares quanto subcutâneas, intradérmicas, de pele e também na fixação do retalho ao seu sítio.

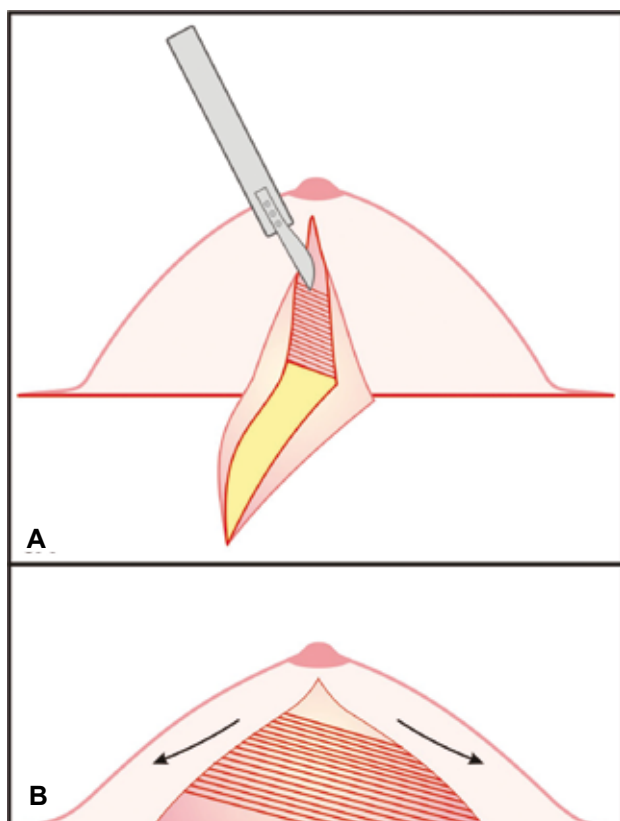
Marcação da Pele: com a paciente de pé marca-se o meridiano da mama e o sulco submamário (Figura 2A). A intersecção dessas duas marcações localiza o ponto I. A seguir, marca-se a projeção do ponto I sobre a mama no meridiano (ponto A)<sup>8</sup> (Figura 2A). A medida do ponto A até o rebordo da futura aréola (esta geralmente com raio de 2 cm) é dividida à metade (ponto A1) (Figura 2B). Ainda no meridiano mamário marca-se o ponto A2 no bordo da parte mais baixa da futura aréola (Figura 2B). Finalmente, marca-se a



**Figura 2 – A:** marcação do meridiano mamário, sulco mamário e ponto I e sua projeção sobre a mama (ponto A). **B:** marcação do ponto A1 na metade da distância entre o ponto A e o bordo superior da futura aréola e do ponto A2 no bordo inferior da futura aréola. **C:** marcação de um fusos superior entre A1 e A2 e entre A2 e I. **D:** marcação de ressecção de pele concluída.

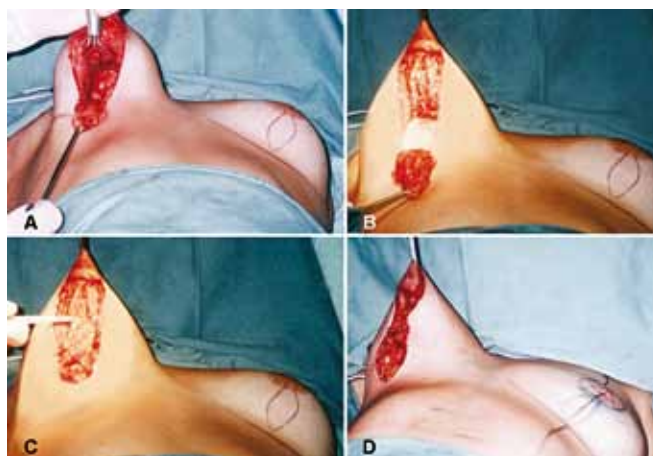
base da mama onde será feito o descolamento da loja para a inclusão da prótese. Com a paciente em decúbito dorsal horizontal, por manobra bidigital, pinçam-se os excessos de pele, marcando um fuso vertical do ponto I ao A2 e outro de A2 a A1, este margeando a futura aréola (Figura 2C). A largura da marcação do fuso inferior de I a A2 é reduzida a apenas 2/3, prevenindo-se a distensão da pele provocada pela inclusão do implante (Figura 2D). Se a ptose é grande, o fuso é marcado diretamente desde A1 até o ponto I.

**Cirurgia:** Marca-se a futura aréola (raio de 2 cm), desepidermiza-se o fuso de A1 até A2, contornando-a. Resseca-se a pele do fuso de A2 ao ponto I. Com uma pinça Kocher fixada no ponto A1, traciona-se a mama no sentido vertical, e outra pinça Kocher é fixada no tecido mamário logo abaixo da aréola no sentido horizontal para baixo, paralelo ao tórax. Sob tração se faz incisões verticais nos bordos das incisões de pele em direção ao interior da mama desde a região subareolar até a fáscia peitoral, obtendo-se um retalho de pedículo inferior<sup>9,10</sup> da largura da marcação inicial de pele, sem a redução de 1/3 (Figura 3A). Confecciona-se a loja retromamária e incisa-se parcial e verticalmente a base mamária acima da área de obtenção do retalho, fazendo desabar o tecido mamário para melhor acomodação sobre o implante (Figura 3B).



**Figura 3 - A:** obtenção do retalho de pedículo inferior; **B:** incisão subareolar de tecido mamário para relaxar o cone mamário.

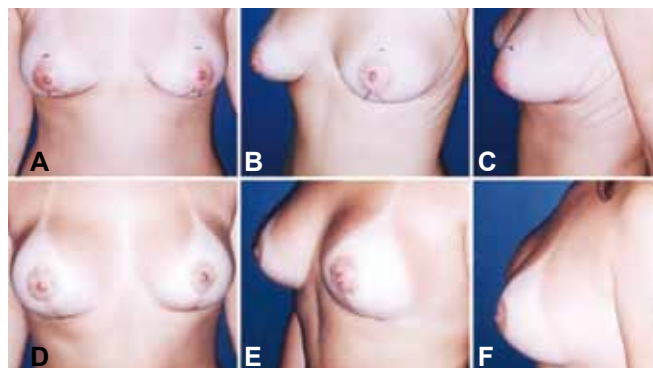
Este é incluído (Figura 4A) e o retalho aposto na abertura do tecido mamário (Figuras 4B e 4C). Inicia-se a sutura da região subareolar em direção ao ponto I, até que o retalho obtido se ajuste ao V invertido da sutura vertical, cobrindo a porção inferior da prótese e protegendo-a. Nesta posição em V-Y ele é suturado (Figura 4D). Conclui-se o fechamento da incisão de A2 ao ponto I, suturando subderma, derma e pele, com eventuais ajustes de pele de acordo com o conteúdo mamário, podendo concluir com cicatrizes em T invertido<sup>11,12</sup>. Finalmente ajusta-se a aréola de A1 a A2, removendo pele periareolar de forma que a papila coincida com o ápice do cone mamário.



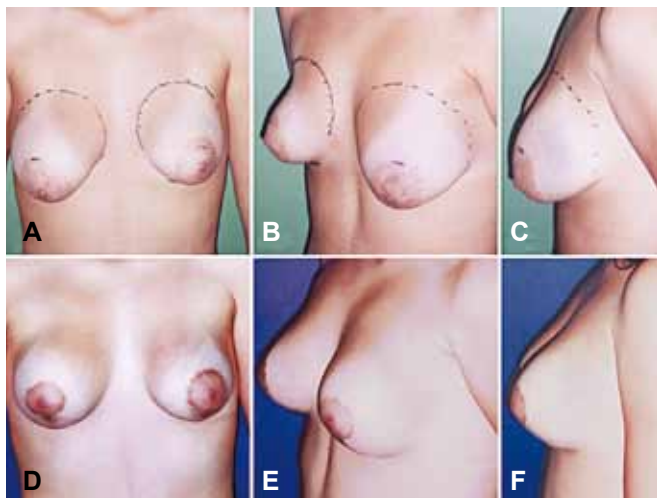
**Figura 4 - A:** loja e retalho confeccionados. **B:** Prótese colocada na loja. **C:** prótese na sua posição e cobertura inferior com o retalho suturado em V-Y. **D:** início da sutura subcutânea derma e pele.

## RESULTADOS

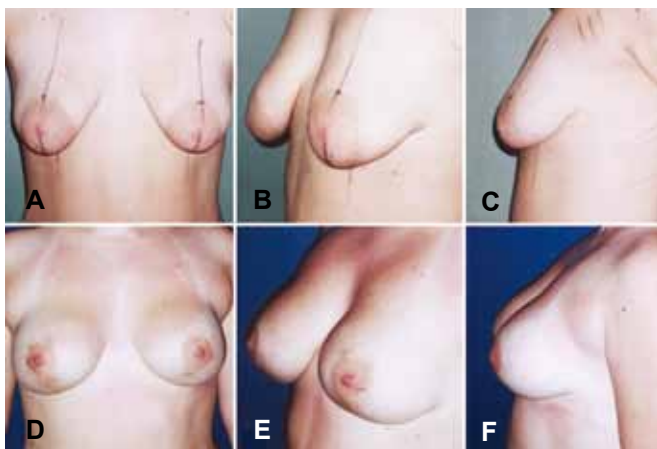
Foram operadas 56 pacientes pelo método descrito com ptose mamária e hipomastia bilaterais, das quais 3 são pacientes de cirurgia pós-bariátrica, e as mesmas foram acompanhadas por 12 meses. Nenhuma paciente se queixou de palpar ou visualizar os rebordos das próteses (Figuras 5 a 8).



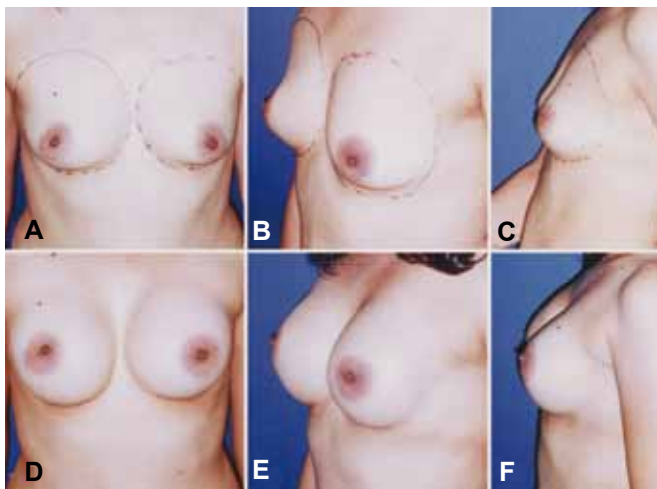
**Figura 5 - A, B e C:** pré-operatório; **D, E e F:** pós-operatório.



**Figura 6 - A, B e C: pré-operatório; D, E e F: pós-operatório.**



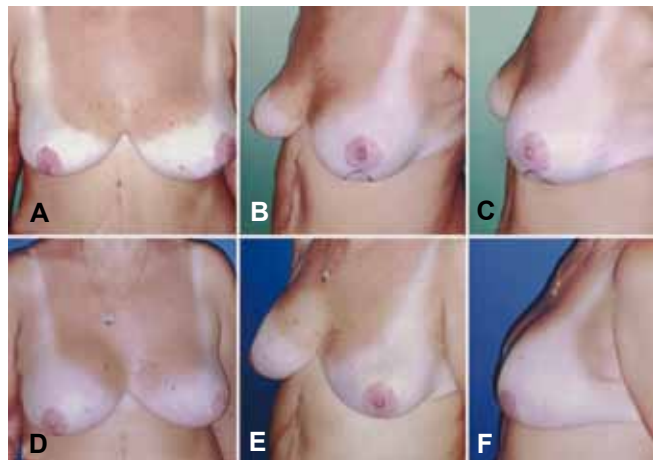
**Figura 7 - A, B e C: pré-operatório; D, E e F: pós-operatório.**



**Figura 8 - A, B e C: pré-operatório; D, E e F: pós-operatório.**

Utilizaram-se sempre próteses de base menores do que a base da mama, para evitar que o rebordo mamário não fique aparente ou palpável nos pólos superiores e laterais. Não houve hematomas e seromas nas pacientes operadas.

Em uma das três pacientes pós-cirurgia bariátrica, houve eliminação dos fios de sutura interna na mama direita, com consequentes fístulas para pele e exposição da prótese por infecção secundária. Ela foi retirada unilateralmente e a paciente foi tratada com antibioticoterapia por 30 dias. Após 6 meses, incluiu-se novo implante na mama direita com a mesma técnica, ressecando a pele também na mama esquerda para simetrização (Figura 9). Não houve contraturas capsulares visíveis ou palpáveis clinicamente<sup>13</sup> dignas de nota em nenhuma paciente no período de seguimento pós-operatório. Como é referida nas inclusões de próteses revestidas de poliuretano, essa complicação é baixa<sup>4</sup>.



**Figura 9 - A, B e C: pré-operatório; D, E e F: pós-operatório.**

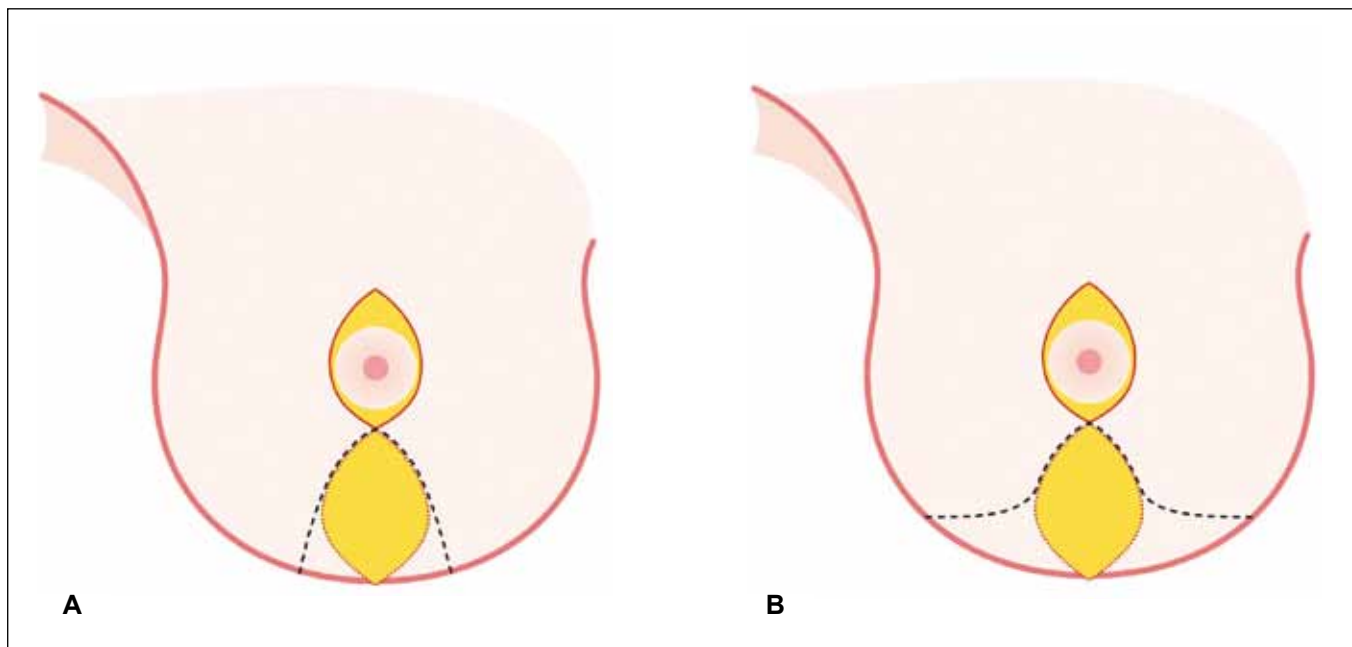
Em três pacientes houve ptose residual e necessidade de nova intervenção cirúrgica para ressecção de pele entre A2 e I e reposicionamento da aréola-papila no ápice do cone mamário, feita sob anestesia local e sedação sem manipulação do implante.

Não foram detectados necrose do retalho do pedículo inferior ou deslizamentos de próteses abaixo do sulco mamário e esvaziamentos de colo em nenhuma das 56 pacientes. Todas consideraram os seus resultados como satisfatórios.

## DISCUSSÃO

Em ptoses maiores, nas quais não foram utilizadas próteses de grandes volumes, o ajuste de pele foi concluído com cicatriz em mini T<sup>7</sup> ou em T invertido clássico<sup>11,12</sup>.

O retalho poderá ser obtido com outro formato diverso do descrito; durante sua obtenção, as incisões verticais param na metade da distância entre a região areolar e o bordo inferior do tecido mamário e inclinam-se para a lateral e



**Figura 10** – **A:** maneira normal de marcação do retalho de pedículo inferior. **B:** outra possibilidade de alargamento da base do retalho de pedículo inferior protegendo mais lateralmente a prótese e não permitindo seu deslizamento inferior.

medial, obliquamente por sob a pele e subcutâneo indo até a aponeurose.

Dessa maneira, o retalho será triangular, com uma ponta vertical em direção à aréola, e as outras duas dirigidas uma para lateral, outra para medial, com suas vertentes inferiores fixas ao quinto ou sexto espaço intercostal (Figura 10).

Assim, todo o rebordo inferior da prótese ficará com proteção mais espessa coberta pelo retalho inferior. O procedimento cirúrgico se conclui com esses retalhos deslizando por sobre o restante do tecido glandular subareolar, justapondo-se a ele, sem criar solução de continuidade; também suturado em V-Y.

A espessura do retalho é suficiente para manter os vasos axiais do quinto espaço intercostal que se direcionam no sentido vertical até a aréola, ou seja, a espessura do subcutâneo que envolve a glândula mamária e mais 0,5 a 1,0 cm da própria glândula. O retalho é descolado até o sulco submamário cuidadosamente, preservando seus vasos axiais e, portanto, sua boa vascularização. Por isso não há necrose. Sua ponta pode ser ressecada ou encaixada entre as vertentes glandulares para não se sobreporem. O apoio do implante no sulco mamário inferior evitou o seu deslizamento abaixo do sulco e o esvaziamento do colo.

Houve necessidade de ressecção de mais pele em 3 pacientes por erro de quantificação da ressecção na primeira cirurgia. Observou-se que as pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica prévia apresentaram ptoses residuais

progressivas e continuadas após um ano, apesar da não modificação da posição da prótese. A ptose se fez pela ponta do cone.

Todos os casos foram operados utilizando-se sedação prévia com midazolam (5mg endovenosa), bloqueio peridural alto (T6) com xilocaína com vasoconstritor (20 ml a 1.25%) mais uma ampola de clonidina. Sob monitoramento adequado e sedação intermitente intra-operatória com acompanhamento por anestesiológista.

## CONCLUSÃO

A tática do retalho mamário vertical de pedículo inferior na cirurgia de implantes mamários oferece vantagens ao proporcionar maior proteção à prótese na região do sulco mamário, eliminando a sensação de desconforto das pacientes à palpação delas e não permitindo o seu deslizamento abaixo do sulco. A execução desta tática não dificulta o ato cirúrgico e permite atingir o desejo da paciente, que é corrigir a flacidez das mamas e aumentar o seu volume.

## REFERÊNCIAS

1. Sperli A. Mastoplastia estética nas ptoses: o limite entre o uso de silicone e a mastopexia. *Cir Est Argentina*. 1977;2-93.
2. Carramaschi FR, Tanaka, MP. Mastopexia associada à inclusão de prótese mamária. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2003;18(1):31-6.

3. Chem RC. Plástica mamária estética de aumento com a utilização de próteses. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 1991;6(1/2):28-32.
4. Becker H, van Leeuwen JB. The correction of breast ptosis with the expander mammary prosthesis. *Ann Plast Surg.* 1990;24(6):489-97.
5. Ariè G. Nova técnica em mamoplastia. *Rev Lat Amer Cir Plast.* 1975;3-28.
6. Bozola AR. Mamoplastia - técnica de Ariè invertida (nota prévia). *Anais da I Jornada Sul Brasileira Cir Plást.* 157-160, Florianópolis, 1984.
7. Peixoto G. Reduction mammaplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(2):217-26.
8. Bozola AR. Breast reduction with short L scar. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85(5):728-38.
9. Ribeiro L, Backer E. Mastoplastia com pedículo de seguridad. *Rev Esp Cir Plast.* 1973;16:223-34.
10. Ribeiro L. Pedicles in mammaplasties. In *Trans Intern Congress of Plast Surg Montreal, Canada, 1982.*
11. Pitanguy I. Mamaplastias: estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir.* 1961;42(4):201-20.
12. Pitanguy I. *Mamoplastia.* Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;1978.
13. Baker JL Jr. In: Owsley JQ, Peterson RA, eds. *Symposium on aesthetic surgery of the breast.* Saint Louis: Mosby; 1978.
14. Bozola AR, Bozola AC, Carrazzoni RM. Inclusão de próteses mamárias de silicone: poliuretano. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2006;21(1):18-22.

---

**Correspondência para :** João Ricardo B. Mansur  
Av. Francisco Vilar Horta, nº 4635 - Residencial Max  
CEP 15500-001 - Votuporanga - SP  
E-mail: clinicamansur@uol.com.br