

Mamoplastia redutora com pedículo medial: modificação na técnica de Skoog

Reduction mammoplasty by medial pedicle: Skoog technique modification

LENISE MARIA SPADONI
PACHECO¹
ANTONIO TRINDADE
PACHECO¹
KATIA TORRES BATISTA¹

RESUMO

Introdução: A mamoplastia redutora oferece a solução para correção de problemas funcionais e estéticos ocasionados por mamas volumosas e/ou ptosadas. As técnicas apresentadas na literatura têm diferentes opções de pedículos vasculares, visando principalmente a manutenção da sensibilidade do complexo aréolo-papilar. **Objetivo:** Relatar a experiência com a mamoplastia redutora de pedículo medial, uma modificação na técnica de Skoog com o uso do pedículo lateral. **Método:** Descreveu-se a técnica e avaliou-se os resultados de 87 casos operados, quanto a idade, grau de hipertrofia mamária, satisfação das pacientes, e complicações. **Resultados:** No período de 2001 a 2006, foram operados 87 pacientes do sexo feminino, com idade entre 19 e 68 anos, devido a ptose, hipertrofia, gigantomastia e/ou assimetria. Foram anotadas 23 intercorrências e 62 pacientes demonstraram-se satisfeitas com o procedimento cirúrgico. **Conclusão:** Pode-se constatar que o pedículo areolar medial foi adequado para a realização da mamoplastia e elevação da aréola, tanto quanto o pedículo lateral, como foi descrito na técnica de Skoog. Embora tenham sido observadas complicações quanto a cicatrizes, foi possível resultados satisfatórios em 62% dos casos e redução dos sintomas em 80% dos casos.

Descritores: Mamoplastia. Cirurgia plástica. Mama/cirurgia.

SUMMARY

Introduction: Mammoplasty reduction offers a solution to correct aesthetic and functional problems caused by large breasts and/or ptosis. The techniques have described different options for vascular pedicle for to keep the sensitivity of the papillary-areolar complex. **Objective:** We describe the experience with the medial pedicle reduction mammoplasty as Skoog modified technique. **Methods:** We evaluates the results of 87 operated cases, in age, breast hypertrophy, satisfaction, and complications. **Results:** Between 2001 to 2006, we operated 87 female patients, aged 19 to 68 years due to ptosis, hypertrophy, large breasts or asymmetry. We recorded 23 complications and 62 patients were satisfied with the surgical procedure. **Conclusion:** It is evident that the medial areolar pedicle was adequate to perform the mammoplasty and areola lifting, as much as the lateral pedicle as described by Skoog. Although it has seen complications as the scars was possible we observed satisfactory results in 62% and reduction of symptoms in 80% of cases.

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

Trabalho realizado em clínica privada, Brasília, DF.

Trabalho apresentado no 45º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica para ascensão a Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Brasília/DF.

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

Artigo recebido: 29/7/2009
Artigo aceito: 18/9/2009

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Cirurgião Plástico.

INTRODUÇÃO

A mamoplastia redutora é realizada principalmente devido à disfunção e à aparência inestética das mamas volumosas e ptosadas. Objetiva-se com a cirurgia reduzir o tamanho das mamas, mantendo a simetria, com o mínimo de complicações. Dentre as principais complicações observadas estão as alterações de sensibilidade do complexo aréolo-papilar, cicatrizes inestéticas e a mastodínia pós-operatória¹⁻⁴. Os sintomas apresentados no pré-operatório e os aspectos psicossociais são também importantes na indicação de cirurgia para redução de mamas muito volumosas⁵. A maior dificuldade nas mamas muito volumosas é manter o pedículo que vasculariza o complexo aréolo-papilar.

Atualmente as opções de cicatrizes são: em “L”, em “T” invertido, periareolar; e as de pedículos vasculares são superior, súpero-medial, inferior, central, a combinação dos mesmos ou nenhum, quando se realiza o enxerto do complexo aréolo-papilar^{1,2}.

A maioria dos autores marca a mama no transoperatório³⁻⁸, com a paciente semi-sentada ou deitada, com maior tempo cirúrgico e anestésico. Skoog⁹ propôs a marcação prévia ao procedimento anestésico e a realização de pedículo lateral^{1,2}. Historicamente, modificações técnicas foram empregadas para utilização em diferentes tipos de mamas, com segurança, menos cicatrizes e efeitos mais duradouros. Muito embora, muitos dilemas permeiam as discussões e publicações a respeito das mamoplastias.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência e os resultados da mamoplastia redutora em pacientes portadoras de

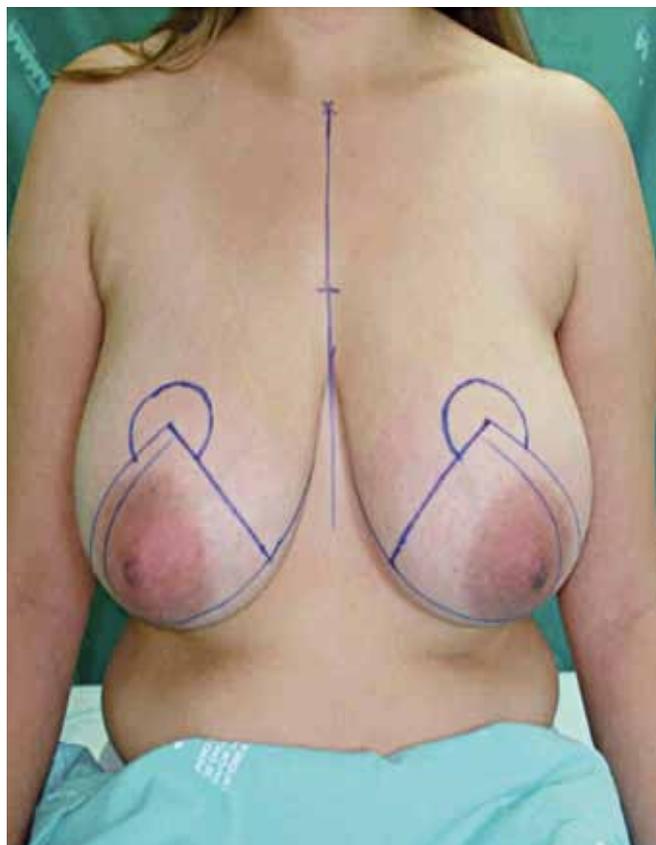


Figura 1 - Marcação pré-operatória da mama: linha médio-esternal traçada da fúrcula esternal ao apêndice xifóide e ponto médio do esterno sobre a linha traçada anteriormente.

gigantomastias, utilizando-se a modificação na técnica de Skoog, com emprego do pedículo medial para o complexo aréolo-papilar.

MÉTODO

Avaliação pré-operatória

Realizada a avaliação clínica, físico-funcional, exames pré-operatórios, incluindo mamografia e ecografia após 35 anos de idade. Obteve-se termo de consentimento livre e esclarecido para procedimento e fotografias.

- **Crítérios de indicação da mamoplastia redutora:** mamas volumosas que necessitassem de redução de 50 g a mais de 1000 g, e ptose, cujo complexo aréolo-papilar estivesse localizado há três ou mais cm abaixo da linha médio-umeral;
- **Crítérios de exclusão:** mamas muito volumosas que apresentassem uma distância da fúrcula esternal ao mamilo maior do que 35 cm;

Tabela 1. Características da população submetida a mamoplastia redutora com a técnica de Skoog⁹ modificada.

| Características | |
|----------------------------|----|
| Idade | |
| Menor de 20 anos | 10 |
| 21 a 40 anos | 57 |
| 41 a 60 anos | 20 |
| Complicações | |
| Epidermólise | 2 |
| Alergia | 4 |
| Lipólise | 1 |
| Alterações cicatriz | 21 |
| Deiscência no ângulo do T | 12 |
| Assimetria | 1 |
| Recorrência da ptose | 4 |
| Revisão na cicatriz | 3 |

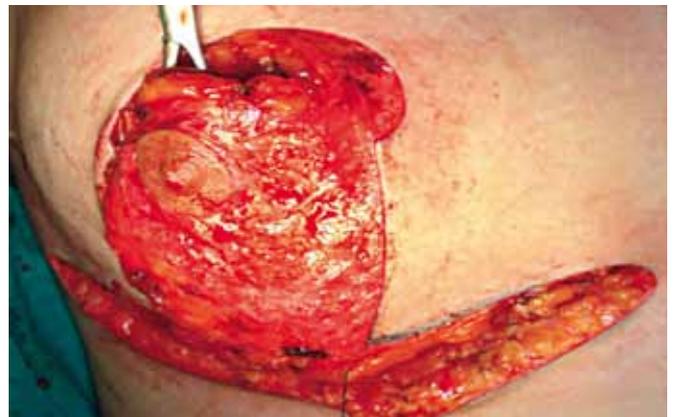
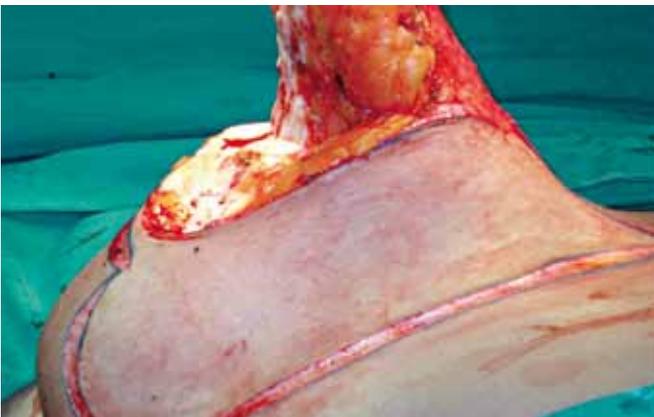


Figura 2 - Sequência de marcação areolar, decorticação do pedículo medial; confecção do pedículo de 2 a 3 cm de espessura; decorticação da neoaréola, distribuição do pedículo e junção dos pilares medial e lateral.

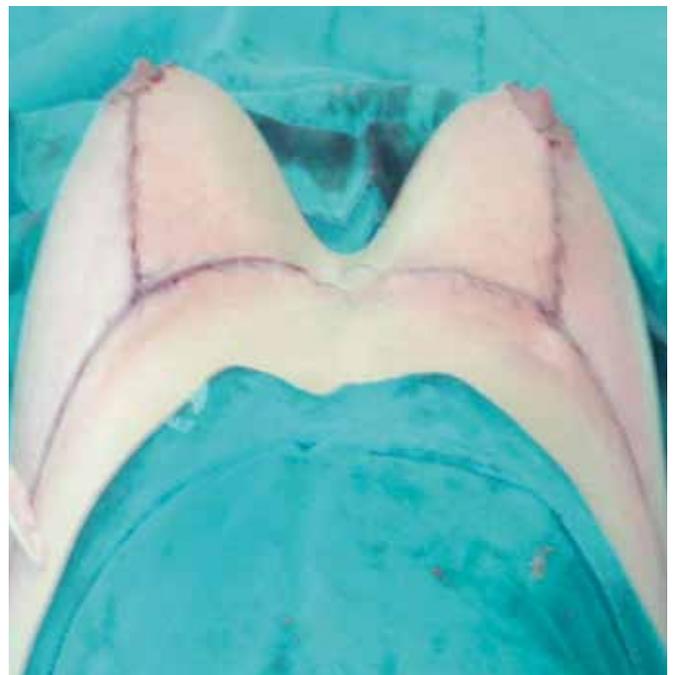


Figura 3 - Montagem com o pedículo distribuído na aréola pré-marcada e após a sutura.

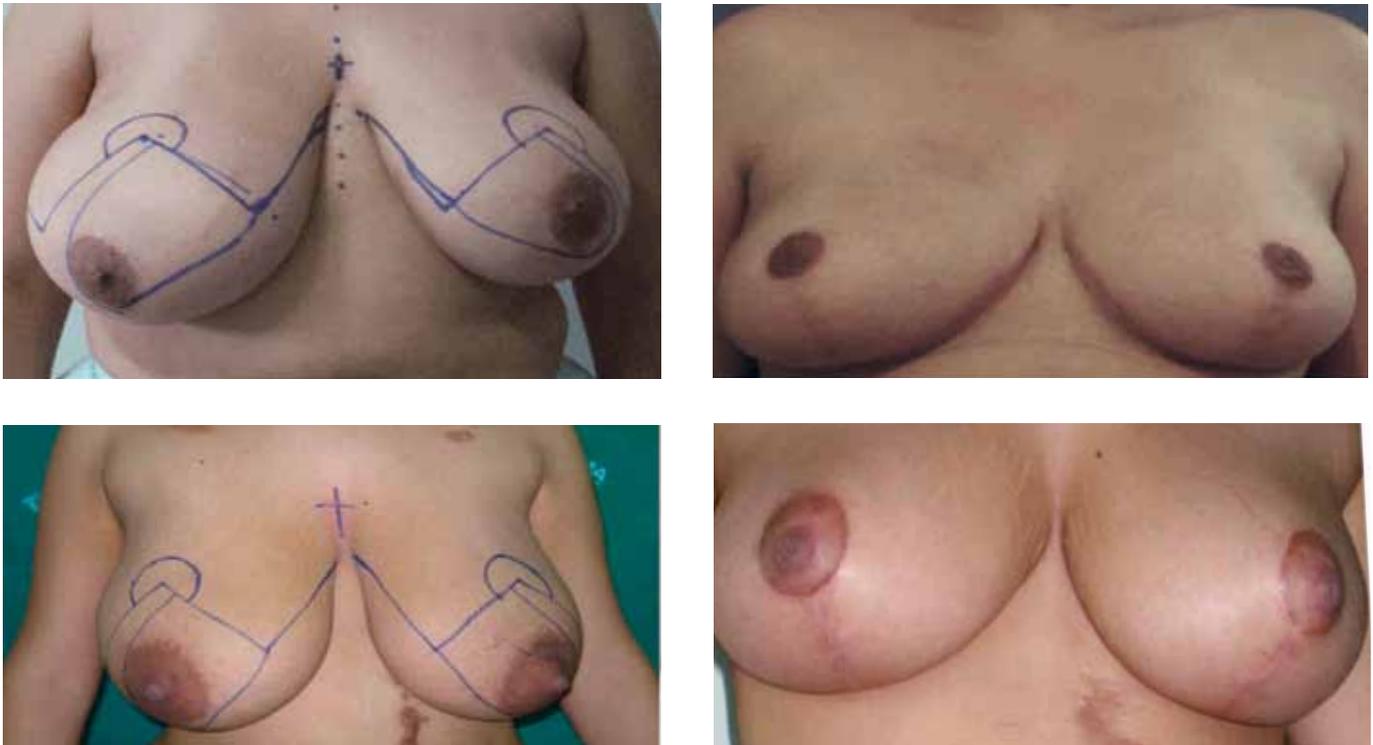


Figura 4 – Casos no pré-operatório e no primeiro ano de pós-operatório.

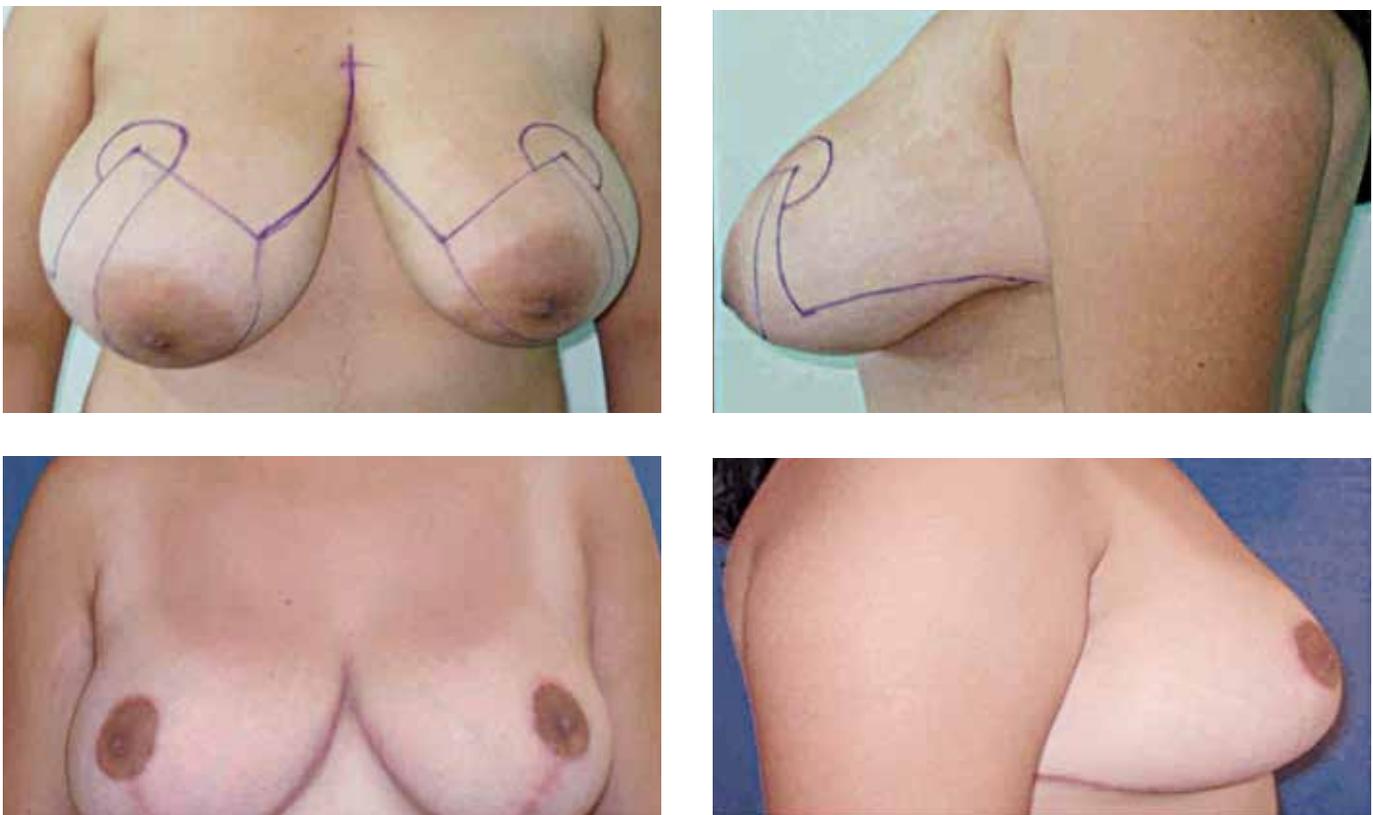


Figura 5 – Vista no pré-operatório e no primeiro ano de pós-operatório.

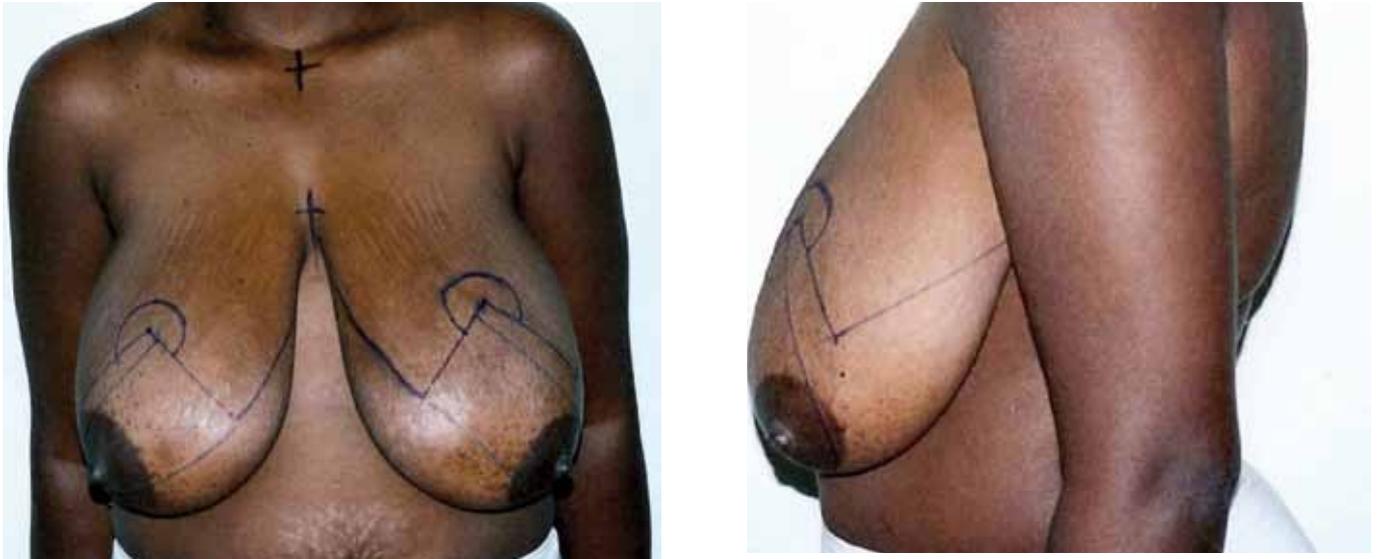


Figura 6 – Pré-operatório de gigantomastia.



Figura 7 – Pós-operatório tardio após mamoplastia redutora.

Marcação: no pré-operatório com a paciente sentada, mediu-se a distância entre a fúrcula esternal (FE) e o mamilo bilateralmente. Marcou-se o ponto A, entre 19 e 22 cm da FE referente à nova projeção central do mamilo. A partir do ponto médio esternal, marcou-se o ponto B, a cerca de 10 a 13 cm, prevendo-se a passagem da artéria mamária interna, delimitando-se a área do pedículo medial; ligaram-se os pontos A ao B com uma reta de 8 ou 9 cm. A partir do ponto B marcou-se o ponto C, com abertura de 9 a 14 cm, nesse momento avaliou-se o quanto se pretendia reduzir da mama. Ligaram-se os pontos A e C com uma reta de 8 a 9 cm (Figuras 1 a 3).

Cirurgia

As cirurgias foram realizadas com as pacientes em decúbito dorsal, sob anestesia peridural alta. Infiltrou-se solução com adrenalina 1:200.000 UI sob o sulco mamário e lateral. Marcou-se com o areolótomo; confeccionou-se o pedículo medial com espessura 2 a 3 cm e manobra de Schwartzman na pele. Incisou-se e ressecou-se o pólo inferior e central da mama. Promoveu-se o descolamento supra-aponeurótico no sentido cranial e posicionou-se o pedículo rodado superiormente. Deseptelizou-se o novo sítio areolar pré-marcado. Com fio de vicryl nº 0, fixou-se o pilar axilar à musculatura peitoral para a projeção lateral da mama, unindo-se os pilares

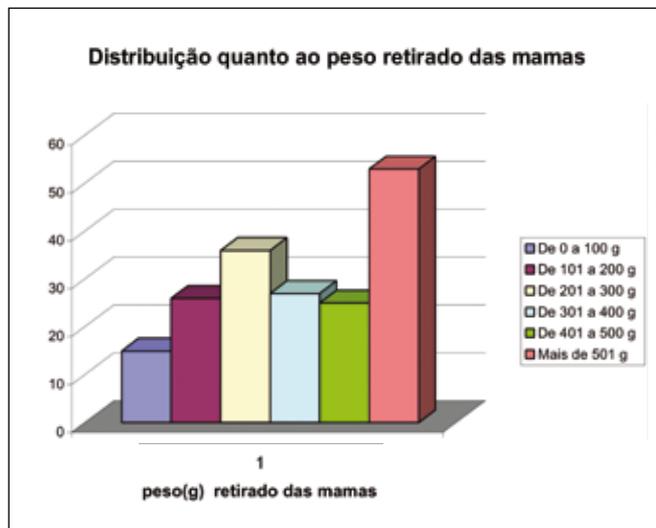


Figura 8 – Distribuição quanto ao peso do tecido mamário retirado das mamas operadas.

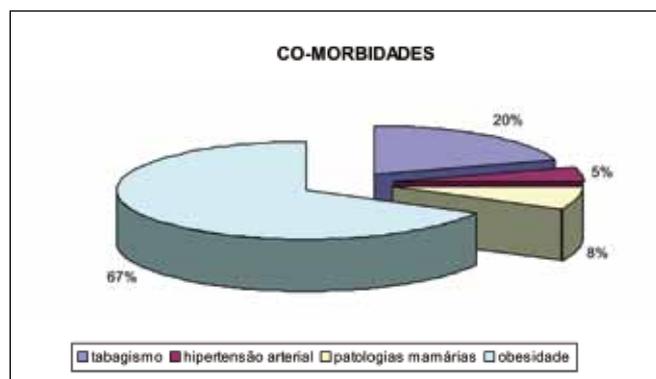


Figura 9 - Distribuição das co-morbidades apresentadas no pré-operatório.

lateral, medial e o centro do sulco mamário. Utilizou-se dreno de Penrose pela incisão. Alta hospitalar foi concedida após 24 h da cirurgia. Retiraram-se os pontos cirúrgicos com 15 dias e o seguimento foi de 30, 60 e 90 dias, seis meses e um ano.

RESULTADOS

Foram avaliados os resultados de 87 pacientes operadas entre 2001 a 2006. A faixa etária variou de 21 a 40 anos, sendo a obesidade considerada como comorbidade principal. A quantidade de tecido mamário foi maior do que 500g (Tabela 1, Figuras 4 e 9). Observaram-se, no pós-operatório, complicações menores em 10 casos, sem repercussão no resultado final. Em 21 casos, observaram-se complicações tardias, um caso de assimetria, quatro de recorrência da ptose após 12 meses, em três com cicatrizes inestéticas (nesses casos realizou-se a revisão na cicatriz após um ano). Sessenta e duas pacientes declararam-se satisfeitas com o resultado estético (Figuras 7 a 9) e 80 com alívio dos sintomas de dor na coluna e sensação de peso das mamas (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A mamoplastia redutora é uma das cirurgias mais comuns na prática do cirurgião plástico¹⁻⁴. Para a escolha do procedimento cirúrgico considera-se a segurança do método, as complicações pós-operatórias imediatas e os resultados tardios, os autores ponderam também a importância da marcação no pré-operatório imediato.

Muitos artigos descreveram diferentes técnicas, baseadas sobretudo na vascularização do complexo aréolo-papilar¹⁰⁻¹⁴. Essas podem ter dois pedículos transversais, a exemplo a técnica descrita por Pitanguy⁸, ou verticais, como na técnica de McKissoc, ou baseado em um pedículo,

Tabela 2. Grau de satisfação pós-mamoplastia redutora técnica de Skoog⁹ modificada.

| Parâmetros avaliados | Normal | Diminuída | Insensível | Dolorosa |
|--|--------|-----------|------------|----------|
| Sensibilidade do CAM | 77 | 10 | 0 | 0 |
| Posição do CAM | 85 | 2 | 0 | 0 |
| Formação de cicatriz no pós-operatório | 10 | 56 | 18 | 3 |
| Mastodínea no pós-operatório | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tamanho da mama | 83 | 0 | 3 | 1 |

na técnica de Skoog ou pedículo medial como descrito pelos autores e Silveira Neto¹⁰. Vale ressaltar que para todas as técnicas é importante a decorticação do pedículo para preservação do plexo subdérmico. Embora a principal vascularização mamária seja proveniente da artéria mamária externa, os autores utilizaram o pedículo medial. Os motivos pelos quais optou-se por esse pedículo foram: segurança, pois é nutrido por ramos da artéria mamária interna e das perfurantes intercostais ântero-mediais; sensibilidade, é inervado por ramos sensitivos oriundos dos nervos intercostais e por considerarem mais fácil a acomodação dos longos pedículos nas gigantomastias com menor risco de necrose do complexo aréolo-papilar (CAP). A necrose do CAP está descrita na literatura na frequência de 85-90% de casos de gigantomastias, e muitas vezes são necessárias enxertias para reconstrução. Nesta casuística, o CAP manteve-se pediculado e somente 11% dos casos apresentaram alteração parcial e provisória da sensibilidade do complexo aréolo-papilar, semelhante aos resultados de Menderes et al.⁵ (13,2%). A principal complicação definitiva foi relacionada à cicatriz em 20 casos. Não foram observados casos de necrose de pedículo, as complicações foram epidermólise em quatro casos e deiscência parcial na junção do T, em doze, deixando-se a cicatrização por segunda intenção. A co-morbidade obesidade observada na maioria das pacientes foi semelhante a apresentada em outras séries⁵, talvez isso explique a incidência de deiscência e do aspecto final das cicatrizes.

Com a modificação descrita para mamoplastia foi possível a simetria satisfatória das mamas, mesmo para mamas assimétricas no pré-operatório, retirada de grande quantidade de tecido mamário, preservação da sensibilidade do complexo aréolo-papilar, alto índice de satisfação (70%) e redução dos sintomas (90%) apresentados no pré-operatório. Os autores concordam com outros autores¹⁻⁶, que a mamoplastia redutora é ainda um desafio no que se refere ao aspecto final da cicatriz e a manutenção da forma, sobretudo em pacientes obesas com mamas volumosas.

CONCLUSÃO

Os autores propõem a modificação na técnica de Skoog quanto ao uso do pedículo medial como opção para o tratamento de gigantomastias. Ressaltam que a marcação no

pré-operatório permitiu a redução do tempo de exposição aos riscos anestésicos. Pode-se constatar também que o pedículo areolar medial foi adequado para a realização da mamoplastia e elevação da aréola, tanto quanto o pedículo lateral como foi descrito na técnica de Skoog. Embora tenha sido observadas complicações quanto a cicatrizes, foi possível a obtenção de resultados satisfatórios em 62% dos casos e redução dos sintomas em 80% dos casos.

REFERÊNCIAS

1. Bostwick J. Plastic and reconstructive breast surgery. St. Louis:QMP;1990.
2. Skoog T. Atlas de cirurgia plástica. Barcelona:Salvat. p.332-80.
3. Pitanguy I, Salgado F, Radwansky HN. Reduções mamárias: técnicas pessoais sem descolamento cutâneo. In: JM Mélega, editor. Cirurgia plástica: fundamentos e arte. Cirurgia Estética. Vol. III. Rio de Janeiro: Médica e Científica;2003. p.477-84.
4. Ariê G. Una nueva técnica de mastoplastia. Rev Latinoam Cir Plast. 1957;3:23-31.
5. Menderes A, Mola F, Vayvada M, Barutcu I. Evaluation of results from reduction mammoplasty: relief of symptoms and patient satisfaction. Aesthetic Plast Surg. 2005;29(1):83-7.
6. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. Plast Reconstr Surg. 1972;49(3):245-52.
7. Strömbeck JD. Mammoplasty: report of a new technique base donw the two pedicle procedure. Brit J Plast Surg. 1960;13:79.
8. Pitanguy I. Une nouvelle technique de plastie mammaire. Étude de 245 cas consecutifs et presentation d'une technique personnelle. Ann Chir Plast. 1962;7:199-208.
9. Skoog T. A technique of breast reduction. Transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. Acta Chir Scand. 1963;126:453-65.
10. Cunha RJC, Jaimovich CA, Nogueira AJS, Lins DSMR, Nogueira CF. Reduced mastoplasty: modified Silveira Neto's tactical maneuver for ascension of the nipple-areola complex. Arq Bras Med Nav. 1990;52(3):65.
11. Hefter W, Elvenes OP, Lindholm P. A retrospective quantitative assessment of breast sensation after lateral pedicle mammoplasty. Br J Plast Surg. 2003;56(7):667-73.
12. Graf R, Biggs TM, Steely RL. Breast shape: a technique for better upper pole fullness. Aesthetic Plast Surg. 2000;24(5):348-52.
13. Graf R, Auersvald A, Bernardes A, Biggs TM. Reduction mammoplasty and mastopexy with shorter scar and better shape. Aesthetic Surg J. 2000;20:99-106.
14. Graf R, Biggs TM. In search of better shape in mastopexy and reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg. 2002;110(1):309-22.

Correspondência para:

Lenise Maria Spadoni Pacheco
QND 22 - casa 11 - Taguatinga, DF.
E-mail: lenisespadoni@hotmail.com