

MAMOPLASTIA REDUTORA E SIMETRIZAÇÃO DE MAMA OPOSTA EM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA UTILIZANDO A TÉCNICA DE PEDÍCULO INFERIOR

Reduction mammoplasty and breast asymmetry's correction in balance procedure for cancer using inferior pedicle technique

FRANCISCO JOSÉ FONTENELE BEZERRA¹, ROSELY MORAES GONÇALVES DE MOURA², VALDERI VIEIRA DA SILVA JÚNIOR³

RESUMO

Mesmo tendo sido descrita desde meados da década de 70, e ser bastante popular no exterior, principalmente nos Estados Unidos, a técnica de mamoplastia com pedículo inferior ainda é pouco utilizada no Brasil. Há 10 anos, utilizamos a técnica de pedículo inferior, incluindo o complexo aréolo-mamilar, ao fazermos o planejamento de simetriação da mama contralateral, no segundo tempo cirúrgico, após reconstrução mamária por câncer. Desde então, obtivemos resultados confiáveis, tanto na forma quanto nas cicatrizes, assim como adequada viabilidade vascular e sensitiva do complexo aréolo-mamilar. Por meio de uma revisão de literatura, demonstramos a popularidade da técnica no mundo e a necessidade de tê-la em nosso arsenal terapêutico.

Descritores: Mama, cirurgia. Neoplasias mamárias. Mamoplastia.

SUMMARY

Although the pedicle technique has been described since the mid seventies, it remains a very common surgical approach used to breast reduction, especially in North America. However, it is not popular in Brazil. We have used the inferior pedicle technique, including the nipple-areola complex, when we do the contralateral breast's reduction in a balancing procedure for breast cancer for ten years. Since then, this procedure has given us consistent results with good survival and sensitivity of the nipple-areola complex. We have proved the popularity of this technique around the world through a literature revision. Therefore, we have the eagerness to use that procedure in our surgical practice.

Descriptors: Breast, surgery. Breast neoplasms. Mammoplasty.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital do Câncer do Ceará (Instituto do Câncer do Ceará).
2. Membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Cirurgiã Plástica do Hospital do Câncer do Ceará (Instituto do Câncer do Ceará).
3. Médico Residente de Cirurgia Plástica do Instituto Dr. José Frota.

Correspondência para: Francisco José Fontenele Bezerra
Rua Papi Junior, 1222 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CE - CEP 60430-230
Tel: 0xx85 9121-5005 - Fax: 0xx85 3281-2865
E-mail: fonte@hospcancer-icc.org.br / fco.fontenele@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A técnica de mamoplastia redutora utilizando um pedículo inferior incluindo o complexo aréolo-mamilar continua sendo muito utilizada na América do Norte, apesar de pouco difundida no Brasil¹.

Ha inúmeros relatos na literatura mundial comprovando a segurança da técnica, a reprodutibilidade de seus resultados, a inexistência de grandes complicações, mesmo em ressecções maiores, e, principalmente, a vantagem de sua utilização em grandes ptoses, quando se pensa em técnicas de amputação de mama com enxerto livre de aréola, além da importante preservação da sensibilidade do complexo aréolo-mamilar²⁻⁶.

Utilizamos como rotina em nosso serviço, há 10 anos, a técnica do pedículo inferior quando da mamoplastia contralateral após reconstrução mamária, como também em mamoplastias redutoras e mastopexias, alcançando uma adequada simetriação à mama reconstruída e, principalmente, um índice bastante reduzido de complicações.

Com a intenção de desmistificá-la e colocá-la como alternativa a um maior número de cirurgiões plásticos brasileiros, realizamos uma revisão de literatura mundial comprovando a popularidade da técnica em outros países.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Nós usamos a técnica cirúrgica inicialmente descrita por vários autores, desde meados dos anos 70⁷⁻¹⁰, modificada por Georgiade, em 1989, e praticada com algumas pequenas modificações por nós, desde 1997.

A marcação cutânea é feita rotineiramente com a paciente sentada, linhas de orientação desenhadas na fúrcula esternal e região médio clavicular: Ponto A correspondendo à projeção do sulco mamário e acima da aréola, coincidindo com a linha média do braço (Figura 1); e braços dos retalhos AB e AC fazendo ângulo de 90° entre si e estendendo-se de 7 a 9 cm, de acordo com avaliação realizada com pinçamento digital destas linhas (Figura 2).

O excesso de tecido celular subcutâneo, a ser ressecado, é desenhado com cuidado para não se estender por fora dos limites anatômicos da mama.

A cirurgia inicia-se com o paciente em decúbito dorsal, sob anestesia geral, mais infiltração local com solução de lidocaina a 2% com vasoconstritor.

Procede-se à desepitelização do pedículo inferior com extensão de 6 a 10 cm na base e espessura de, no mínimo, 5 a 6 cm, estendendo-se até ultrapassar o complexo aréolo-mamilar em 4 a 5 cm (Figuras 3 e 4).

Os retalhos cutâneos descolados da glândula mamária possuem uma espessura de, no mínimo, 2 cm, e o pólo superior desses retalhos é mantido o mais espesso possível, evitando o achatamento do pólo superior da mama.

Após ressecção dos excessos lateral (principalmente) e medial de glândula mamária, faz-se alguns pontos de fixação do pedículo à fáscia do músculo peitoral maior, evitando-se a lateralização deste pedículo.

São realizadas as suturas unindo os retalhos cutâneos, uma marcação do novo sítio do complexo aréolo-mamilar (CAM) com a emergência do CAM se fazendo naturalmente, sem tensão, tracionada levemente com auxílio de ganchos de Gillies. Os pontos de sutura são feitos com fios inabsorvíveis, em duas camadas e a sutura na pele é feita com fio de nylon (Figura 5).

Figura 1 - Marcação inicial.



Figura 2 - Ângulo dos retalhos cutâneos.

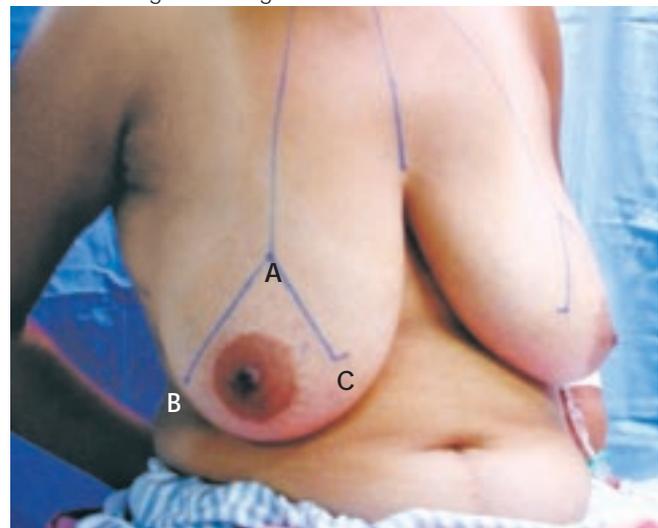


Figura 3 – Dissecção do retalho de pedículo inferior areolado.

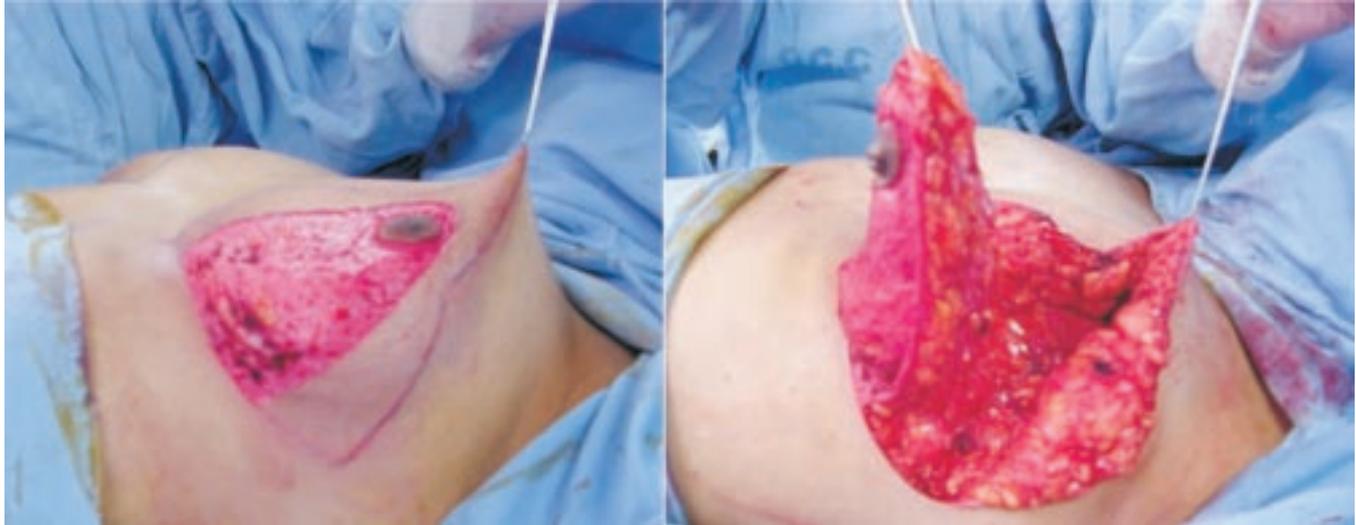


Figura 4 – Dissecção do retalho de pedículo inferior areolado.

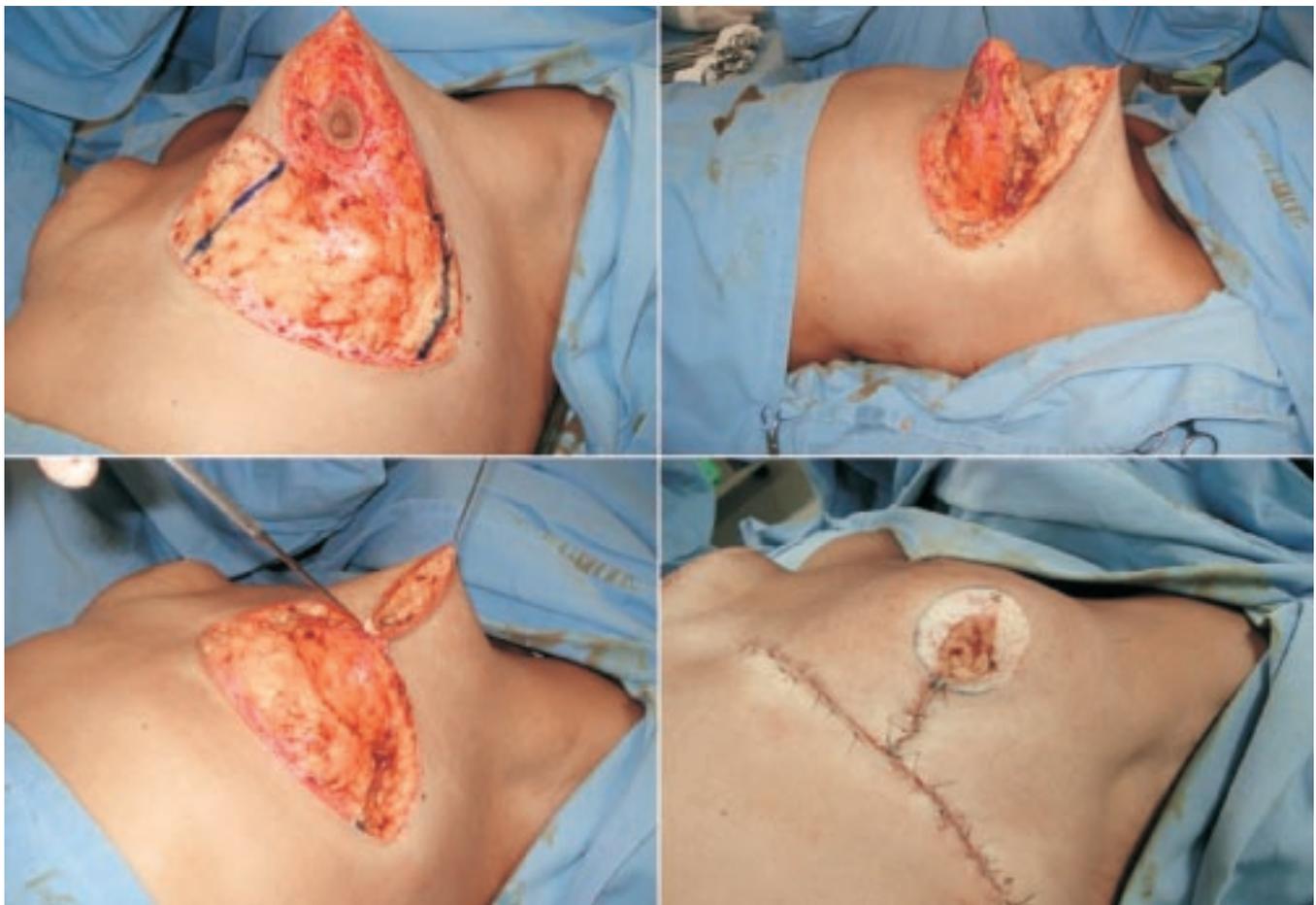


Figura 5 - Complexo aréolo-mamilar já posicionado.



O dreno de sucção (ou Penrose) é posicionado com saída pela própria incisão cirúrgica e fixado por ponto de algodão.

O dreno é retirado no 2º dia de pós-operatório, quando os pacientes recebem alta hospitalar.

No 14º dia de pós-operatório, são retirados os pontos de sutura externos.

No 30º dia de pós-operatório, é realizada consulta de revisão cirúrgica e, posteriormente, a cada seis meses, até completar dois anos de cirurgia.

DISCUSSÃO

A técnica de pedículo dermogorduroso inferior foi descrita, em 1975, no Brasil, por Liacyr Ribeiro et al.¹¹, que apresentaram, em 2002, sua experiência com essa técnica realizada em 2000 pacientes, durante 30 anos, relatando cinco tipos de variação de retalhos. Como resultado, observaram diminuição do efeito de báscula, projeção, forma mais harmoniosa e resultado mais duradouro às mamas.

Em 1976, Jalma Jurado⁸ apresentou, no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, seu trabalho de transposição do complexo aréolo-mamilar através de um retalho areolado dermoglandular - desepitelizado de pedículo inferior e cicatriz resultante em T invertido.

Em janeiro de 1977, Robbins⁹, na Austrália, com o objetivo de avaliar viabilidade e sensibilidade do complexo aréolo-mamilar, utilizou a técnica de pedículo inferior areolado, observando que havia manutenção da sensibilidade desse complexo, reposição da aréola sem tensão e sem distorção do pedículo, além de possibilidade de exérese de grande quantidade de tecido mamário.

Em abril do mesmo ano, Courtiss e Goldwyn¹⁰, nos EUA, relataram os resultados do emprego da mesma técnica em 24 reduções de mamas no período de dois anos e meio, como

alternativa ao emprego de enxerto livre de complexo aréolo-mamilar em grandes reduções mamárias. Notaram como vantagens que, mesmo sendo utilizada em gigantomastia ou ptoses graves, havia manutenção da sensibilidade, contorno, pigmentação e ereção do mamilo.

Georgiade et al.² (1989, EUA) apresentaram modificações à técnica de pedículo inferior, utilizando uma larga pirâmide de parênquima mamário com um retalho dérmico incluindo o complexo aréolo-mamilar (CAM). Utilizaram referida técnica em 1001 reduções mamárias, no intervalo de 12 anos, recomendando a manutenção de uma fina camada de estroma mamário sobre o músculo peitoral maior, possibilitando uma melhor preservação da sensibilidade do CAM.

Calderón Ortega et al.⁵ (1992, Chile) realizaram estudo anatômico e clínico sobre a origem da vascularização do pedículo inferior, demonstrando ser o mesmo de padrão axial e proveniente de ramos da artéria mamária interna (surgindo do quarto e quinto espaço intercostal). Relataram a facilidade de ascensão do complexo aréolo-mamilar à nova posição, mesmo em grandes ptoses mamárias.

Mandrekas et al.³ (1996, Grécia) realizaram estudo retrospectivo de 371 pacientes operadas, com objetivo de avaliar as complicações cirúrgicas precoces e tardias. Concluíram ser a técnica de pedículo inferior confiável, mesmo na redução de mamas com tamanhos variados, havendo preservação da sensibilidade do mamilo e do potencial de amamentação.

Wallace et al.⁴ (1998, EUA) discutiram sobre os resultados pós-operatórios, os índices de complicações e o nível de satisfação das pacientes. Relataram tratar-se de um retalho versátil para mamas de diferentes formas e tamanho, com resultados reproduzíveis, podendo ser utilizado sem aumento do tempo cirúrgico, além de ser uma alternativa à técnica de enxerto livre de aréola.

Nahabedian e Mofid¹² (2002, EUA), ponderando a respeito da viabilidade e sensibilidade da mama com o emprego das técnicas de pedículo inferior e medial, concluíram que ambas as técnicas são capazes de manter a vascularização e a inervação do CAM, porém com melhor resultado sensitivo quando do emprego da técnica de pedículo inferior.

Em 2003, Aydin et al.¹³ (Turquia), com a finalidade de melhorar a projeção em longo prazo da mama, ofereceram sua modificação à técnica mediante uma combinação de dois triângulos dérmicos laterais.

Lacerna et al.¹⁴ (2005, EUA) relataram sua experiência de dois anos com uma série de 15 pacientes, com o intuito de demonstrar a viabilidade da técnica em gigantomastias, enfatizando a importância de suas modificações intra-operatórias, como a manipulação metódica do pedículo e a confecção de uma base larga.

Rohrich et al.¹ (2003, EUA), com o fito de ajuizar a técnica mais utilizada nas mamoplastias redutoras, valeram-se de

um questionário aplicado aos cirurgiões plásticos americanos, concluindo que 44,1% deles empregavam a técnica de pedículo inferior.

O'Grady et al.¹⁵ (2005, Canadá) realizaram um estudo retrospectivo comparando as complicações em mamoplastias redutoras com pedículo inferior, em mamas grandes e pequenas, e demonstraram maior índice de deiscência em mamas com ressecções maiores.

Scott et al.⁶ (2005, EUA) discorreram sua experiência de 9 anos, demonstrando a eficácia da técnica, com a redução do uso de drenos, diminuição do tempo cirúrgico e de internação hospitalar, somados à alta satisfação das pacientes.

Schlenz et al.¹⁶ (2005, Viena) apontaram estudo prospectivo relacionando a amplitude de ressecção e a técnica cirúrgica empregada, deduzindo que a alteração de sensibilidade relaciona-se mais à técnica do que à quantidade de ressecção, mostrando a superioridade da técnica de pedículo inferior.

Zambacos e Mandrekas¹⁷ (2006, Grécia), mediante estudo comparativo das complicações em ressecções maiores e menores com mamoplastia redutoras de pedículo inferior, obtiveram dados semelhantes aos de O'Grady et al.¹⁵.

Hunter et al.¹⁸ (2006, EUA) não relataram alterações na incidência de complicações em estudo comparativo de ressecções maiores e menores de mama utilizando o pedículo inferior.

Fundamentados nesses dados da literatura mundial, observamos que o retalho de pedículo inferior é utilizado em muitos países.

No Brasil, trata-se de uma técnica ainda pouco utilizada, apesar da evidência de um grande número de benefícios. Após uma experiência de 10 anos utilizando referida técnica

e ratificado pelos elementos extraídos da revisão bibliográfica, recomendamos a utilização da técnica de pedículo inferior como facilitador da obtenção de inúmeras vantagens, tais como: fácil reprodução da técnica, sem aumento significativo do tempo cirúrgico; emprego em mamas de formas e tamanhos variados, com maior permanência dos resultados em longo prazo; menor índice de complicações quando de grandes ressecções e/ou ptoses mamárias (como necrose do complexo aréolo-mamilar), além da importante manutenção da sensibilidade e ereção do mamilo, somado à grande satisfação das pacientes.

Apesar das críticas de alguns autores a respeito do emprego da técnica de pedículo inferior resultar em mamas sem colo, isto pode ser evitado, deixando-se um retalho areolado com maior volume na sua porção central associado a maior espessura do retalho dermo-cutâneo superior, proporcionando um colo adequado e projetado, sem prejuízo do volume a ser ressecado^{5,12} (Figuras 6 e 11).

CONCLUSÃO

Comparando a nossa experiência com a mundial, concluímos ser a utilização da técnica de mamoplastia redutora com pedículo inferior areolado uma alternativa válida à técnica de amputação e enxerto de aréola, assim como na correção de grandes hipertrofias e ptoses mamárias. A técnica apresenta adequada manutenção da sensibilidade e vascularização do complexo aréolo-mamilar e baixos índices de complicações, podendo ser também empregada em mamas de médias hipertrofias e nas mastopexias.

Figura 6 – Pré e pós-operatório.



Figura 7 - Pré e pós-operatório.



Figura 8 - Pré-operatório.

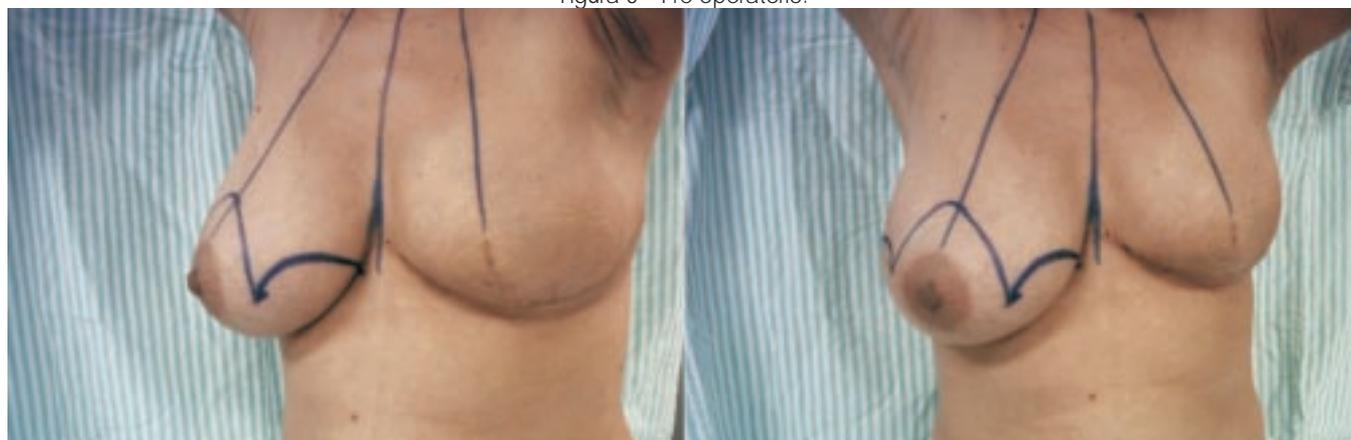


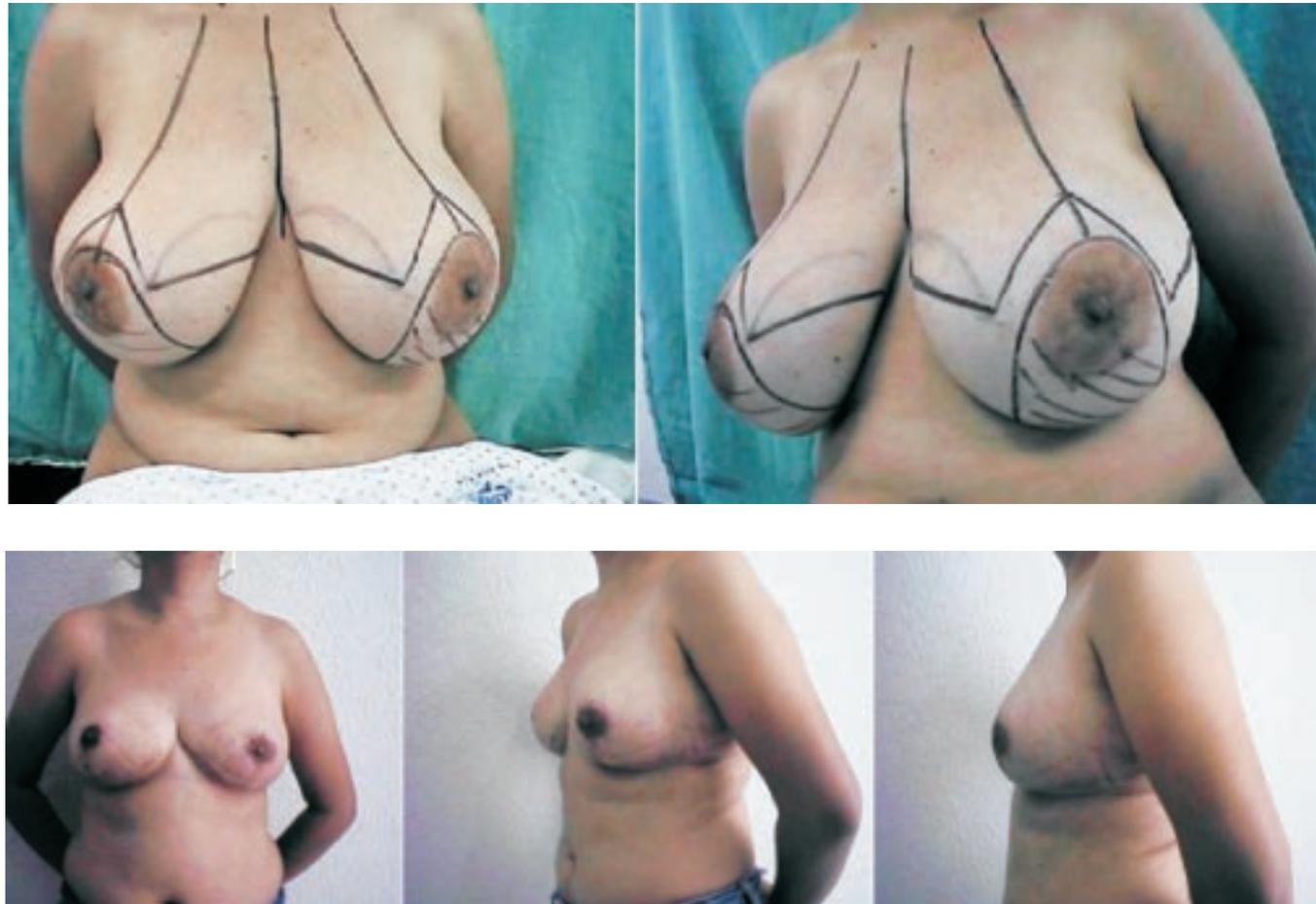
Figura 9 - Pós-operatório.



Figura 10 - Um ano de pós-operatório após ressecção de 700g de cada mama.



Figura 11 - Um ano de pós-operatório após ressecção de 700g de cada mama.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rohrich RJ, Gosman AA, Brown SA, Tonadapu P, Foster B. Current preferences for breast reduction techniques: a survey of board-certified plastic surgeons 2002. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(7):1724-36.
2. Georgiade GS, Riefkohl RE, Georgiade NG. The inferior dermal-pyramidal type breast reduction: long-term evaluation. *Ann Plast Surg.* 1989;23(3):203-11.
3. Mandrekas AD, Zambacos GJ, Anastasopoulos A, Hapsas DA. Reduction mammoplasty with the inferior pedicle technique: early and late complications in 371 patients. *Br J Plast Surg.* 1996;49(7):442-6.
4. Wallace WH, Thompson WO, Smith RA, Barraza KR, Davidson SF, Thompson JT 2nd. Reduction mammoplasty using the inferior pedicle technique. *Ann Plast Surg.* 1998;40(3):235-40.
5. Calderon Ortega W, Arriagada Stiven J, Godoy Silanes M, Gomes SL. Anatomia y clinica de las mamoplastias de reduccion según técnica del pedículo inferior. *Rev Chil Cir.* 1992;44(4):437-41.
6. Scott GR, Carson CL, Borah GL. Maximizing outcomes in breast reduction surgery: a review of 518 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(6):1633-41.
7. Ribeiro L. A new technique for reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(3):330-4.
8. Jurado J. Plásticas mamárias de redução baseadas em retalho dérmico vertical monopediculado. *Anais XII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica* 1976;29.
9. Robbins TH. A reduction mammoplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast Reconstr Surg.* 1977;59(1):64-7.
10. Courtiss EH, Goldwyn RM. Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique. An alternative to free nipple and areola grafting for severe macromastia or extreme ptosis. *Plast Reconstr Surg.* 1977;59(4):500-7.
11. Ribeiro L, Accorsi A Jr, Buss A, Marcal-Pessoa M. Creation and evolution of 30 years of the inferior pedicle in reduction mammoplasties. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(3):960-70.
12. Nahabedian MY, Mofid MM. Viability and sensation of the nipple-areolar complex after reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg.* 2002;49(1):24-32.
13. Aydin H, Tumerdem B, Onel D, Cerci Ozkan A. Reduction mammoplasty using inferior pedicle technique combined with dermal suspension. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(3):1362-3.
14. Lacerna M, Spears J, Mitra A, Medina C, McCampbell E, Kiran R, et al. Avoiding free nipple grafts during reduction mammoplasty in patients with gigantomastia. *Ann Plast Surg.* 2005;55(1):21-4.
15. O' Grady KF, Thoma A, Dal Cin A. A comparison of complication rates in large and small inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(3):736-42.
16. Schlenz I, Rigel S, Schemper M, Kuzbari R. Alteration of nipple and areola sensitivity by reduction mammoplasty: a prospective comparison of five techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(3):743-54.
17. Zambacos GJ, Mandrekas AD. Complication rates in inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(1):274-6.
18. Hunter JG, Ceydeli A. Correlation between complication rate and tissue resection volume in inferior pedicle reduction mammoplasty: A retrospective study. *Aesthetic Surg J.* 2006;26(2):153-6.

Trabalho realizado no Hospital do Câncer do Ceará - (Instituto do Câncer do Ceará), Fortaleza, CE.

Artigo recebido: 22/01/2007

Artigo aprovado: 07/03/2007