

Mamoplastia redutora com implante de silicone

Using prosthesis in breast reduction

OSVALDO RIBEIRO SALDANHA¹
 RACHID GORRON MALOOF²
 RODRIGO THIAGO DUTRA²
 OTÁVIO AUGUSTO LOURENÇO
 LUZ²
 OSVALDO SALDANHA FILHO³
 CRISTIANN BONETTO
 SALDANHA³

Trabalho realizado na Clínica
 Saldanha, Santos, SP.

Artigo submetido no SGP
 (Sistema de Gestão de
 Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 14/4/2010
 Artigo aceito: 26/4/2010

RESUMO

A cirurgia plástica da mama é uma das mais realizadas no mundo. Em alguns casos de hipertrofia mamária, observa-se um grande excesso de pele e flacidez. O resultado estético da mamoplastia redutora é insatisfatório na maioria dos pacientes, ocasionando o retorno precoce destas pacientes, solicitando a colocação de implante mamário para a complementação do seu resultado. A observação de bons resultados, a satisfação das pacientes e a diminuição de casos complementares à mamoplastia redutora confirmam a necessidade de se realizar a mamoplastia redutora com colocação de implante mamário, num mesmo tempo cirúrgico, em casos selecionados.

Descritores: Mamoplastia/métodos. Mama/cirurgia. Implante mamário. Elastômeros de silicone. Cirurgia plástica.

SUMMARY

Plastic surgery of the breast is one of the most popular in the world. These patients had breast enlargement, with large excess of loose skin. In such cases, the aesthetic result of breast reduction is unsatisfactory in most patients. It is reflected in the early return of these patients requesting the placement of breast implants. Based on, patient satisfaction, fewer cases of reduction mammoplasty revision, suggests the need to perform breast reduction with breast implant surgery, at the same time, in many selected cases.

Descriptors: Mammoplasty/methods. Breast/surgery. Breast implantation. Silicone elastomers. Surgery, plastic.

INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica da mama é uma das mais realizadas no mundo; classicamente dividida em mamoplastia de aumento, redutora ou correção de ptose. O objetivo das três modalidades visa à harmonia da forma e volume a cada paciente. Mais recentemente, há cerca de 10 anos, incluímos um quarto grupo de pacientes que buscavam uma solução satisfatória às suas necessidades individuais. Trata-se de pacientes que, além da hipertrofia mamária, apresentam-se com grande excesso de pele e de consistência flácida. Nesses casos, o resultado estético da mamoplastia redutora é insatisfatório, na maioria dos pacientes. Essa situação real, inconscientemente incompreendida por nós cirurgiões plásticos, se reflete

no retorno precoce destas pacientes, solicitando a colocação de implante mamário para a complementação do seu resultado.

A observação de bons resultados, a satisfação das pacientes e a diminuição de casos complementares à mamoplastia redutora confirmam a necessidade de se realizar a mamoplastia redutora com colocação de implante mamário, num mesmo tempo cirúrgico, em casos selecionados.

História

Na evolução da mamoplastia, a preocupação com o aspecto estético sempre foi uma constante. Em 1930, Schwartmann publicou sua técnica que preconiza a preservação da derme peri-areolar para manter a vascularização

1. Regente do Serviço de Cirurgia Plástica "Dr. Ewaldo B. S. Pinto" - UNISANTA; Diretor do Departamento de Eventos Científicos da SBCP. Ex-presidente da SBCP.
2. Estagiário do Serviço de Cirurgia Plástica "Dr. Ewaldo B. S. Pinto" - UNISANTA.
3. Residente de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

do complexo aréolo-papilar (CAP), permitindo a diminuição das disseções e iniciando uma fase de menor morbidade cirúrgica¹⁻⁷. Com base na preservação da circulação do CAP, Pitanguy³ propôs a ressecção dermo-adiposa glandular infra-aréolar em forma de quilha, com ampla popularidade devido à reprodutividade da técnica quanto a sua ampla indicação para o tratamento de graus variáveis de ptose e hipertrofia mamária. Nas décadas seguintes, os refinamentos técnicos permitiram o aparecimento de um grande número de técnicas^{4,6,8-13}.

A mamoplastia de aumento tem seu primeiro relato em 1895, com Czerny, que utilizou um lipoma para reparar uma deformidade de mama pós-fibroadenectomia. Diversos materiais foram utilizados na tentativa de aumento do volume mamário, sem sucesso (parafina, vidro, silicone líquido, entre outros). Com o surgimento do implante de silicone gel, proposto por Cronin e Gerow, em 1963, a correção da hipoplasia mamária ganhou popularidade. No início, havia um percentual alto de infecção, assimetria e, principalmente, contração capsular precoce nessa época. Em 1970, Ashley introduziu um novo tipo de implante revestido de uma fina camada de poliuretano, demonstrando diminuição das complicações, especialmente contrações. Na década de 80, iniciou-se a produção do implante texturizado, confirmando o processo irreversível da menor reação tecidual aos implantes modernos, reduzindo-se definitivamente as complicações e levando o problema da contração capsular para um período pós-operatório bastante aceitável. Já nos anos 60, apareceram trabalhos para tratamento de ptose mamária com utilização de implantes no mesmo tempo cirúrgico.

Em 1992, a *Food and Droug Administration* (FDA) dos Estados Unidos restringiu o uso de implantes de silicone. Dez anos mais tarde, os especialistas do *National Cancer Institute* concluíram que não havia risco aumentado de câncer de mama nas mulheres que receberam implantes de silicone. A redução do parênquima mamário promove uma diminuição do tecido capaz de realizar multiplicação celular desordenada.

MÉTODOS

Seleção de pacientes e volume do implante

A avaliação física é decisiva para o planejamento cirúrgico adequado, observando-se especialmente o tipo de pele (flacidez e presença de estrias) e o conteúdo mamário. Da mesma forma, simetria mamária, grau de ptose, forma do tórax, quantidade de tecido glandular e sua liposubstituição devem ser considerados, pois interferem de forma direta na tática cirúrgica. Tais características sofrem influência genética, porém podem variar



Figura 1 – Avaliação física pré-operatória das características da mama.

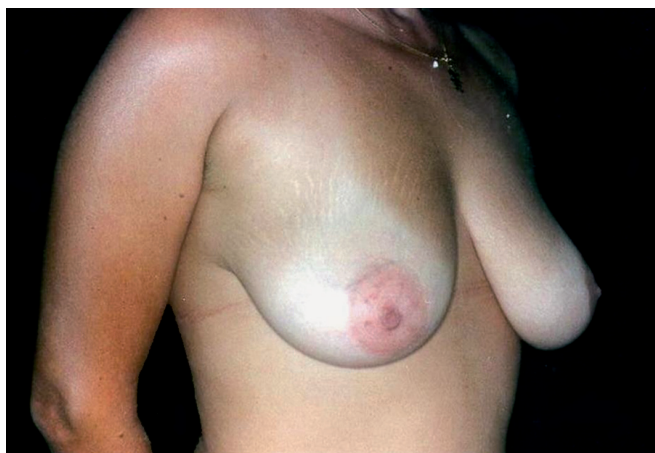


Figura 2 – Avaliação física pré-operatória das características da mama.

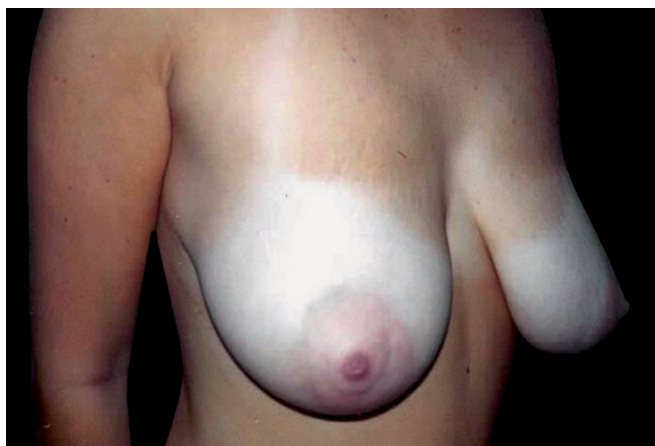


Figura 3 – Avaliação física pré-operatória das características da mama.

com a idade, gestações e alterações constantes de peso. As pacientes submetidas à cirurgia bariátrica e com grande perda ponderal constituem um importante grupo que pode se beneficiar desta técnica (Figuras 1 a 3).

A mamoplastia redutora com inclusão do implante tem indicação nos pacientes com moderada ou grande flacidez de pele, com pequena, moderada ou grande hipertrofia mamária⁸.

A finalidade do uso do implante não é de aumento, portanto, o tamanho do implante deve variar entre 135 a 215 cc, podendo-se utilizar outra numeração distinta dessas. Entre os anos de 1996 e 2010, 131 pacientes foram submetidas à técnica de redução mamária com colocação imediata de implante mamário em nossa instituição; a idade variou entre 18 e 62, com média de 35 anos. Foram excluídas as pacientes que rejeitavam a utilização de silicone. Os implantes utilizados variaram de 155 a 215 cc, tendo como média 175 cc, todos com cobertura de poliuretano e colocados em posição retroglândular⁵ (Figura 4).

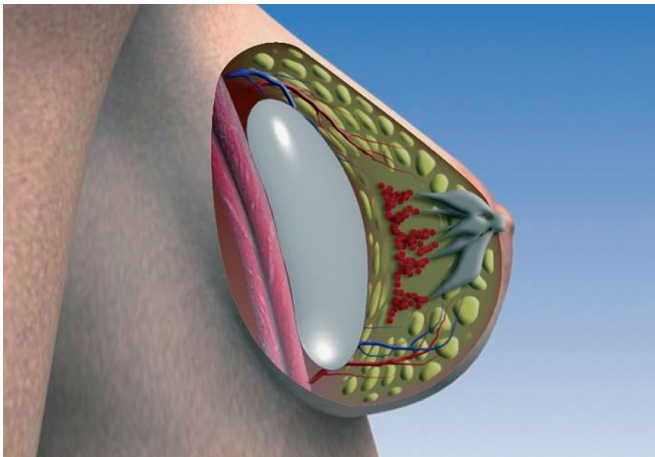


Figura 4 – Posição do implante mamário, retroglândular.

Técnica cirúrgica

Marcação

A redução mamária tem como base a associação das técnicas de Pitanguy e Strömbeck^{3,6}. Com a paciente em pé, traçamos uma linha que começa na metade da clavícula e se dirige à aréola, dividindo a mama em duas metades. Na maioria das vezes, essa linha cruza o CAP. Quando há uma lateralização do mesmo, procuramos, dentro do possível, reposicioná-lo em uma posição mais simétrica possível. A seguir, marcam-se o sulco inframamário e o ponto A, que corresponde à projeção do sulco mamário no pólo superior da mama (este ponto pode

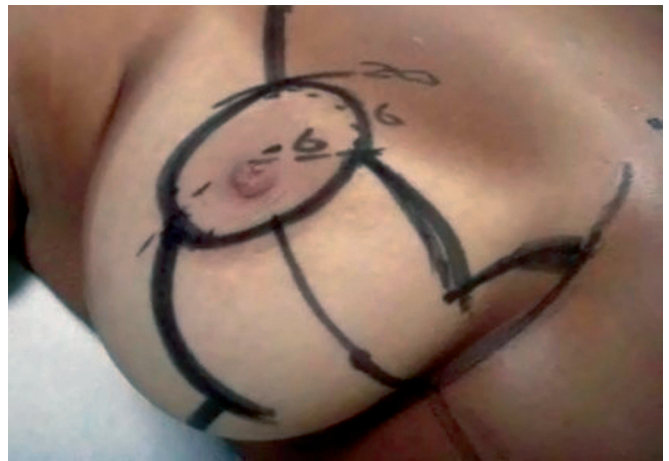


Figura 5 – Marcação pré-operatória deitada.

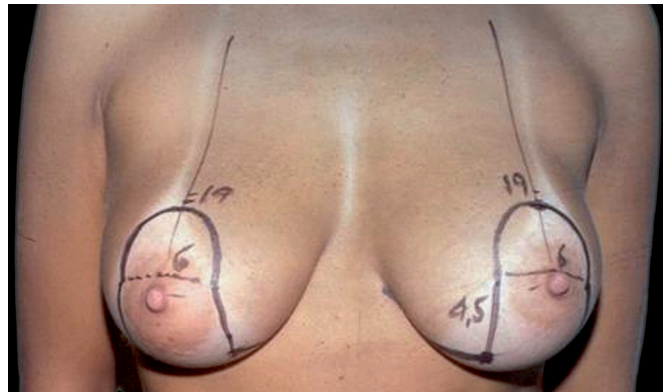


Figura 6 – Marcação pré-operatória hipertrofia moderada.

distar de 18 a 21 cm da fúrcula esternal). Os pontos B e C são determinados por pinçamento digital e marcados a cerca de 4,5-5 cm do ponto A. A distância B-C varia de 2 a 6 cm, dependendo de quanto se deseja ressecar e do tipo de pele e conteúdo mamários que podem dificultar o fechamento da sutura vertical. Com a paciente deitada na mesa cirúrgica, faz-se um novo pinçamento digital, e marcam-se os pontos D e E, que se devem situar de 5,5 a 6 cm abaixo dos pontos B e C, respectivamente. A distância D-E pode ser semelhante B-C, maior ou mesmo zero, se a cicatriz resultante for vertical, dependendo de cada caso.

Nos casos de redução moderada ou grande, duas linhas são traçadas, medial e lateralmente, unindo os pontos D e E ao sulco inframamário, resultando em um “T” invertido^{3,11,14-16} (Figuras 5 e 6).

Durante a marcação, deve-se ter em mente o volume mamário final desejado, considerando-se o implante mamário para evitar a remoção excessiva de pele. A marcação é transferida à mama contralateral. Nos casos de assimetria mamária, resseca-se mais da mama maior

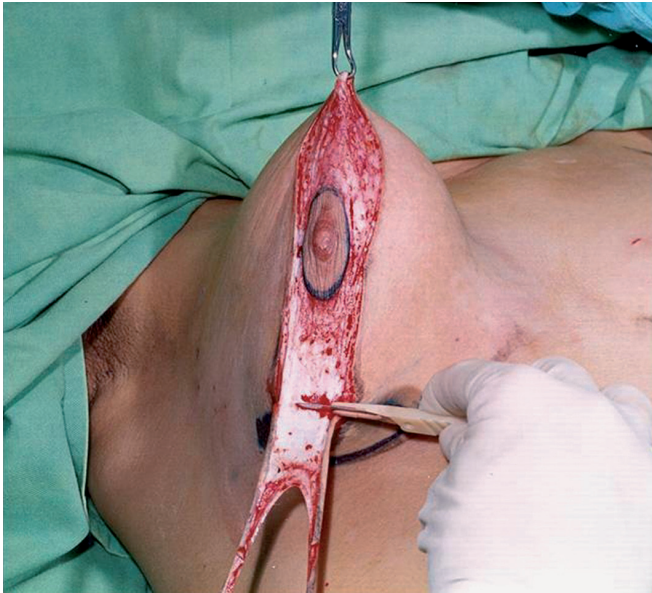


Figura 7 – Manobra de Schwartzmann.

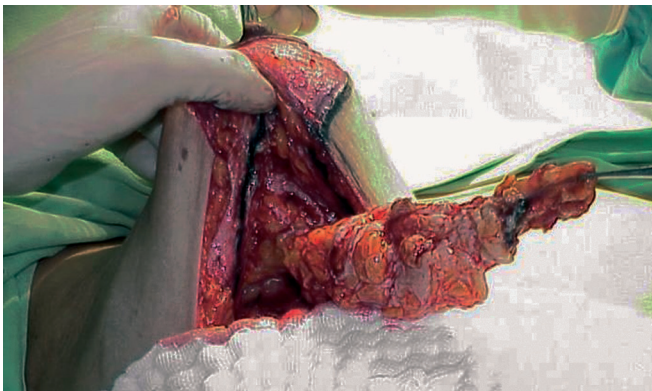


Figura 8 – Ressecção do pólo inferior da mama.

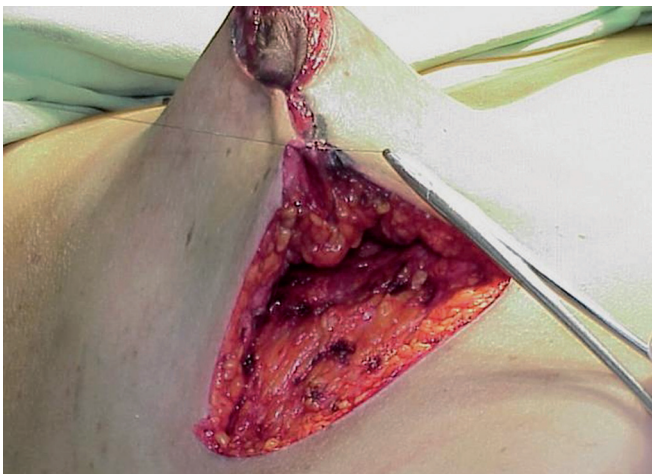


Figura 9 – Aproximação dos pilares mamários laterais com nylon 3-0.

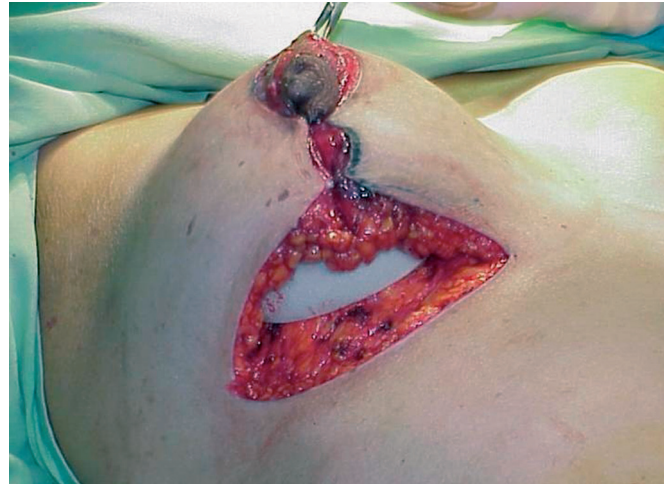


Figura 10 – Inclusão do implante de silicone, perfil alto, com revestimento de poliuretano.



Figura 11 – Aspecto final.

para que se coloque implantes com mesmo volume. Esta tática proporciona melhor simetria pós-operatória^{8,17}.

Cirurgia

Após a manobra de Schwartzmann e incisão nas linhas pré-marcadas, realiza-se a incisão no sulco inframamário, dissecando-se em plano retroglandular (Figura 7). Resseca-se o pólo inferior da mama e uma porção em forma de quilha na região retro-areolar (Figura 8). Nesse momento, faz-se uma ressecção complementar, correspondendo ao volume do implante que será colocado⁸.

A montagem da mama começa com a aproximação dos pilares mamários laterais remanescentes com nylon 3-0 (Figura 9) e o reposicionamento da aréola na posição previamente marcada. Efetua-se a inclusão do implante de silicone, perfil alto, com revestimento de poliuretano

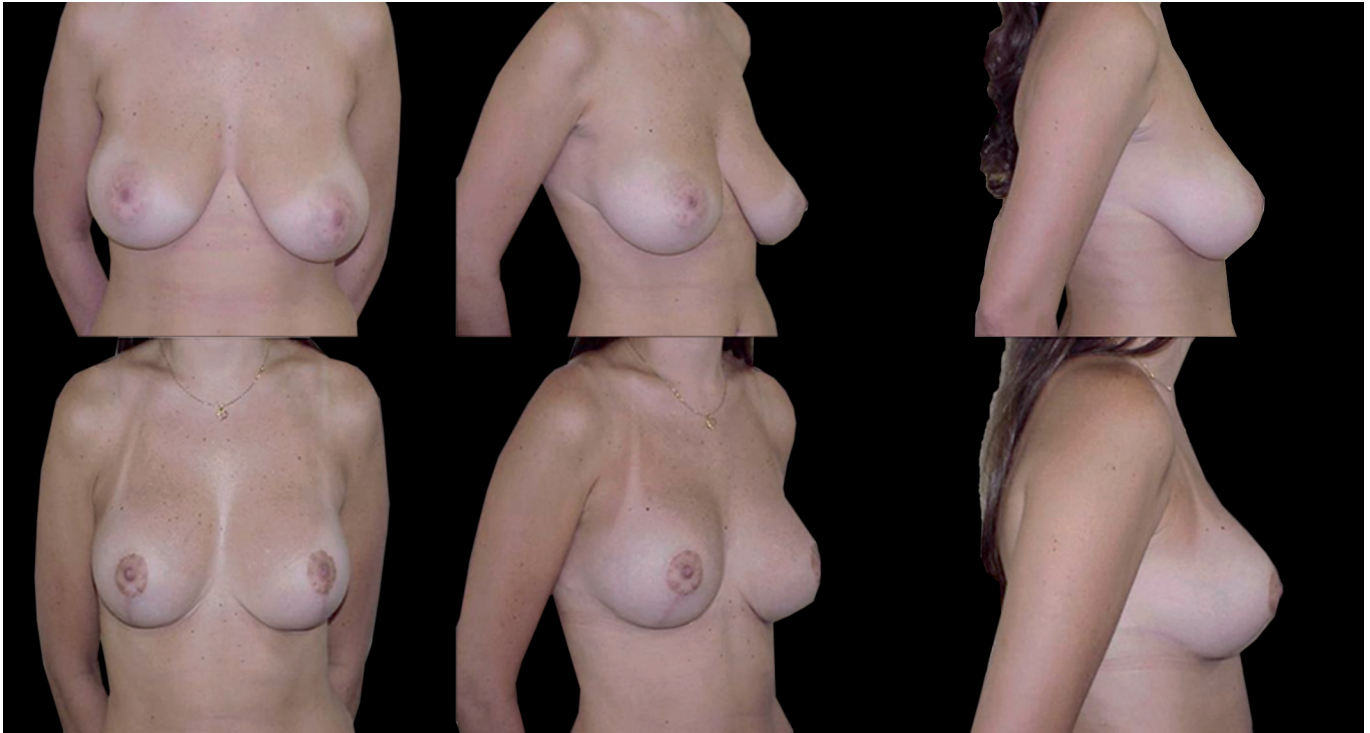


Figura 12 – Caso clínico.



Figura 13 – Caso clínico.



Figura 14 – Caso clínico.



Figura 15 – Caso clínico.

(Figura 10). O revestimento de poliuretano apresenta uma pequena taxa de contratura capsular e se adere melhor aos tecidos circundantes, permitindo maior sustentação da mama e resultados tardios satisfatórios⁸.

Com o implante posicionado, ressecam-se os possíveis excessos de pele e se fecha a incisão em dois planos, sendo o subdérmico fechado com monocril 4-0 e a pele com pontos separados de nylon 5-0. O uso do dreno de aspiração contínua é mandatório, permanecendo de um a dois dias⁸ (Figura 11).

Cuidados pós-operatórios

Preconizamos o uso de sutiã cirúrgico por aproximadamente 30 dias. O primeiro curativo é trocado no 1º dia de pós-operatório, quando se avalia a retirada do dreno. Os pontos de pele são removidos com 7-10 dias. Aplicamos micropore sobre a cicatriz por aproximadamente 60 dias, com o objetivo de evitar o alargamento da cicatriz.

RESULTADOS

Um bom resultado estético em mamoplastia requer forma apropriada e cobertura adequada da pele com um CAP no ápice da projeção mamária. Partindo-se da adequada seleção de pacientes e correta indicação cirúrgica, os resultados são bons, com altos índices de satisfação para a paciente e o cirurgião. Observa-se uma boa projeção mamária e o pólo superior da mama com bom volume.

A substituição do parênquima mamário por implante de silicone permite dar às mamas uma consistência mais firme, com forma e volume adequados aos desejos das pacientes. Os resultados são duradouros, pois os efeitos da liposubstituição glandular ao longo do tempo são diminuídos pela presença do implante mamário.

A associação dos procedimentos proporciona um resultado tardio mais satisfatório pela somatória de fatores positivos de cada uma isoladamente (Figuras 12 a 15).

DISCUSSÃO

Com os avanços tecnológicos desenvolvidos nos últimos anos, a reação tecidual diminui extraordinariamente, diminuindo as complicações, especialmente relacionados à contratura capsular. Isto proporcionou a maior confiabilidade ao produto. Assim, na última década, houve aumento exacerbado na procura pela mamoplastia de aumento, chegando a se igualar à lipoaspiração, e certamente, nos próximos anos, a ultrapassará.

Essa confiança, tanto médica quanto do paciente,

faz com que tenhamos maior segurança na indicação do implante. Esses fatos, isolados ou associados, reforçam a alternativa do uso de implantes na cirurgia de redução mamária, quando há flacidez de pele, perda de volume e diminuição da consistência das mamas.

Há que se considerar o desejo da paciente; a indicação, muitas vezes, é do paciente. Deve-se questionar o paciente sobre seus desejos e expectativas, além de informar, de forma clara e objetiva, a respeito das vantagens e limitações do uso do silicone. O resultado não deve ser supervalorizado. Há limitações nos resultados, inclusive a ptose do pólo superior. Mas, tem-se que se ressaltar a manutenção do pólo superior, volume e firmeza mamários.

O aparente paradoxo de fazer a inclusão do implante mamário de silicone no mesmo tempo cirúrgico de uma mamoplastia redutora deve ser entendido como uma somatória dos fatos positivos em cada técnica. Os últimos trabalhos negam a existência de maior risco de câncer de mama em pacientes que receberam prótese de silicone quando comparadas ao resto da população e também alguns artigos falam de um efeito protetor do mesmo¹⁸.

O sucesso do uso destes procedimentos num mesmo tempo cirúrgico depende da percepção de observarmos os movimentos evolutivos que nos cercam. Há necessidade de aceitarmos as inovações que estão à nossa disposição, sem conceitos pré-concebidos. Acreditamos que este procedimento deva sofrer novas contribuições futuras para buscar resultados cada vez melhores, otimizando com isso a satisfação de nossas pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Mélega JM. Cirurgia estética, cirurgia plástica: fundamentos e arte. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.435-545.
2. Schartzman E. Die technik der Mammoplastik. Der Chirurg. 1930;2:932.
3. Pitanguy I. Un nouvelle technique de plastic mammaire: étude de 245 cas consécutifs et pré sentation d'une technique personnelle. Ann Chir Plast. 1976;7:199.
4. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. Plast Reconstr Surg. 1994;94(1):100-14.
5. Ariê G. Nova técnica em mamoplastia. Rev Latinoam Cir Plast. 1957;3:22-8.
6. Pitanguy I. Hipertrofias mamárias: estudo crítico da técnica pessoal. Rev Bras Cir. 1966;56:263.
7. Gersunny H *apud* Converse JM. Reconstructive plastic surgery. Philadelphia: W.B.Saunders; 1964.
8. Saldanha OR. Uso de prótese em mamoplastia redutora. Arq Catarinenses Méd. 2000;29(supl. 1):261.
9. Baroudi R, Lewis JR. The augmentation-reduction mammoplasty. Clin Plast Surg. 1976;3(2):301-8.
10. Shestak KC, Ganott MA, Harris KM, Losken HW. Breast masses in the augmentation mammoplasty patient: the role of ultrasound. Plast Reconstr Surg. 1993;92(2):209-16.
11. de Souza Pinto E, Erazo PJ, Muniz AC, Prado Filho FS, Alves MA, Salazar GH. Breast reduction: shortening scars with liposuction.

- Aesthetic Plast Surg. 1996;20(6):481-8.
12. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(2):217-26.
 13. Bozola AR. Mamoplastias de reducción, variaciones de técnica. In: Coiffman F, ed. *Cirugía plástica reconstructiva y estética.* 3rd ed. Vol. 4. Barcelona;2008. p.2941-53.
 14. Strombeck JO. Reduction mammoplasty. In: Grabb WC, Smith JW, eds. *Plastic surgery.* Boston:Little, Brown and Co;1968.
 15. Skoog T. *Plastic surgery.* Philadelphia:WB Saunders;1974.
 16. Toreck M. Plastic reconstructive of the female breast and the abdomen. *Am J Surg.* 1936;43:268.
 17. Coiffman F. *Cirugía plástica reconstructiva y estética.* 3rd ed. Vol. 4. Barcelona;2008. p.2996-3005.
 18. Metcalfe KA, Semple JL, Narod SA. Satisfaction with breast reconstruction in women with bilateral prophylactic mastectomy: a descriptive study. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(2):360-6.

Correspondência para:

Oswaldo Ribeiro Saldanha
Av. Washington Luiz, 142 – Encruzilhada – Santos, SP, Brasil – CEP 11050-200
E-mail: clinica@clnicasaldanha.com.br