

Implantes de silicone em mamoplastia redutora

CARLOS ELIEZER BALDUINO, SÉRGIO FERNANDO DANTAS DE AZEVEDO, ELISA NAGASSAKI, LUIS HUMBERTO URIBE MORELLI, DEBORAH VAZI RIBEIRO, OSVALDO RIBEIRO SALDANHA

Introdução

Existe um grupo de pacientes que apresenta excesso de tecido mamário e pele flácida, nos quais a mamoplastia redutora isoladamente não consegue bons resultados estéticos em longo prazo. Nestes casos, desde 1996, está indicada a redução mamária associada à colocação de próteses de silicone para melhorar o formato mamário e a projeção do pólo superior.

Objetivo

Melhorar os resultados estéticos de uma mamoplastia redutora.

Material e Métodos

Entre os anos de 1996 e 2009, 135 pacientes foram submetidas à técnica de redução mamária com colocação imediata de implante mamário. A idade variou entre 18 e 62, com média de 35 anos. A simetria mamária, grau de ptose, forma do tórax, quantidade de tecido glandular e sua lipossustituição devem ser considerados, pois interferem de forma direta na tática cirúrgica. A mamoplastia redutora com inclusão do implante tem indicação formal nos pacientes com moderada ou grande flacidez de pele com pequena, moderada ou grande hipertrofia mamária. A finalidade do uso do implante não é de aumento, portanto, o tamanho do implante deve variar entre 135 a 215 cc. Marcação: A redução mamária tem como base a associação das técnicas de Pitanguy e Strömbeck. 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. Quando há uma lateralização da mesma, procuramos, dentro do possível, reposicioná-la em uma posição mais simétrica possível. A seguir, marca-se o sulco inframamário e o ponto A que pode 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 cm do ponto A. A distância B-C varia de 4 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 devem se situar de 5,5 a 6 cm abaixo dos pontos B e C, respectivamente. A distância D-E pode ser semelhante à B-C, maior ou mesmo zero, se a cicatriz resultante for vertical, dependendo de cada caso. Após a manobra de Schwartzmann e incisão nas linhas pré-marcadas, realiza-se a incisão no sulco inframamário e procede-se à dissecação em plano retroglandular. Resseca-se o pólo inferior da mama e uma porção em forma de quilha na região retroareolar. Nesse momento, faz-se uma ressecção complementar, correspondendo ao volume do implante que será colocado. A montagem da mama começa com a aproximação dos pilares mamários laterais remanescentes e o reposicionamento da aréola na posição previamente marcada. Efetua-se a inclusão do implante de silicone, perfil alto, com revestimento de poliuretano que apresenta uma pequena taxa de contratatura capsular e se adere melhor aos tecidos circundantes, permitindo maior sustentação da mama e resultados tardios satisfatórios.

Resultados

Todos os pacientes apresentavam ptose mamária devido à hipertrofia mamária e flacidez de pele excessiva. Todos os pacientes foram submetidos à mamoplastia de redução com inclusão de implantes de silicone no mesmo procedimento cirúrgico. O seguimento médio foi de 23,2 meses (12-48 meses). Foram

relatados 68,1% (92) dos pacientes com a assimetria acentuada no pré-operatório. Apenas os implantes de silicone de poliuretano foram utilizados neste estudo. O volume médio do implante foi 175cc e todos foram colocados na localização retroglandular. Complicações maiores não foram relatadas, como a necrose, nem do retalho, nem do complexo aréolo-papilar (CAP). A redução significativa nas revisões foi obtida devido à alta satisfação do acompanhamento ambulatorial de pacientes. A maioria dos pacientes acompanhados no estudo ficou muito satisfeita (97,8%), e todos os submetidos à revisão cirúrgica ficaram satisfeitos. A taxa de revisão foi de 2,2% (3), devido a: um caso de assimetria mamária (0,74%), um paciente apresentando assimetria do CAP (0,74%) e um caso de infecção unilateral (0,74%) em que o implante de silicone foi retirado e antibioticoterapia adequada foi iniciada.

Conclusão

Começando com uma boa seleção dos pacientes e a indicação cirúrgica correta, podemos obter bons resultados, com alto grau de satisfação tanto para o paciente e cirurgião. Neste estudo, observamos aumento de projeção mamária estética e pólo superior devidamente preenchido. Com esta técnica temos a obtenção de resultados mais duradouros devido a uma diminuição do efeito da lipossustituição glandular, principalmente pela presença de implantes de mama. O aparente paradoxo de colocar uma prótese mamária de silicone em uma cirurgia de redução de mama deve ser entendido como uma soma de fatores positivos de cada técnica. Acreditamos que esta técnica deva sofrer futuras contribuições para obter cada vez melhores resultados, otimizando a satisfação de nossos pacientes.