

DEBATE SOBRE USO DE IMPLANTES DE SILICONE

COORDENADOR: LÉO DONCATTO – RIO GRANDE DO SUL

DEBATEDORES: LIACYR RIBEIRO – RIO DE JANEIRO, RUTH GRAF – PARANÁ, ROGÉRIO IZAR NEVES – SÃO PAULO

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de avaliar as rotinas utilizadas na colocação de implantes de silicone mamário, formulamos uma série de perguntas aos colegas, Dr. Liacyr Ribeiro (LR), Dra. Ruth Graf (RG) e Dr. Rogério Izar Neves (RI), que, reconhecidamente, apresentam grande experiência sobre o tema. Solicitamos aos mesmos que as respostas fossem baseadas na experiência e nas rotinas pessoais. Procuramos avaliar se os resultados obtidos devem-se a condutas semelhantes ou se, apesar de diferentes, os resultados são correspondentes.

1) Como você seleciona o tamanho do implante a ser utilizado?

LR = Utilizando moldes fornecidos pelo fabricante no pré-operatório. Também discuto com a paciente, no pré-operatório, para saber o desejo da mesma e se é possível sua concretização.

RG = Realizo a medida da base da mama com a paciente em posição ereta e após pinçamento da pele e do tecido celular subcutâneo, nos pólos superior e inferior da mama. Da medida da base da mama subtrai-se o valor do pinçamento e tem-se a medida da base do implante a ser utilizado. Mede-se, também, a altura da glândula mamária (diâmetro vertical) e, se for maior que o diâmetro horizontal, pode-se optar por implante anatômico e, se for igual, pode ser redondo. Coloca-se sobre a mama da paciente um medidor externo de mamas, com um volume equivalente ao tamanho correspondente ao implante escolhido pelas medições. O medidor ficará sob a roupa da paciente para dar uma noção mais real do volume final. Caso a paciente não fique satisfeita, coloca-se um medidor diferente na outra mama, para ver qual será sua preferência. Assim, vamos para a cirurgia com uma idéia exata do tamanho do implante a ser utilizado. Somente em casos de assimetrias utilizamos moldes durante a cirurgia.

RI = Análise pelas dimensões da paciente e não por um volume estimado. Deve-se primeiro avaliar a espessura do tecido mamário (ETM) globalmente. Com o uso de paquímetro, mede-se a espessura, em centímetros, dos quadrantes superior, inferior, medial e lateral. A seguir, com fita métrica ou paquímetro, mede-se a largura da mama atual (LA) pré-operatória. Para determinar a largura da mama desejada (LD), deslocam-se as mamas medialmente até a delimitação da borda medial

almejada pela paciente, obtendo-se a medida da distância intermamária. Repete-se o mesmo procedimento no sentido lateral, para delimitação da borda lateral desejada. A distância medida entre a borda medial e lateral desejadas é considerada a largura da mama desejada (LD). Para a obtenção da base do implante (BI), subtrai-se da largura desejada (LD) a espessura do tecido mamário (ETM), portanto, a base do implante = LD - ETM. Em seguida, é só consultar o catálogo do fabricante de sua escolha para selecionar o implante com a base encontrada.

2) Como você seleciona o perfil do implante?

LR = De acordo com a projeção da mama, seu conteúdo, base da mama, o biótipo da paciente e seu tórax.

RG = É selecionado juntamente com a paciente, se esta apresentar hipomastia importante, o melhor implante será o de formato anatômico, pois ajudará a dar forma à mama. Se a paciente apresentar conteúdo mamário mais pronunciado no pólo inferior da mama, o melhor implante será o redondo, pois dará maior preenchimento no pólo superior da mama. Se a mama tem pouco preenchimento, com formato adequado, damos a opção para a paciente: se ela prefere maior volume no pólo superior da mama, optamos pelo redondo e, se prefere mama mais natural, optamos pelo anatômico.

RI = A partir da flacidez da pele da mama a ser operada. De modo a avaliar a projeção do implante, mede-se a distensibilidade da pele, por meio da tração da pele anteriormente, e anota-se a sua distância em centímetros. Outro dado que levo em consideração, nos casos de pequenas ptoses, é que um perfil mais projetado ajuda a elevar o complexo aréolo-mamilar, evitando-se uma eventual pexia.

3) Qual o tamanho e o perfil do implante que você mais utiliza e por que?

LR = Na cultura de redução mamária, que predomina na minha geração, prefiro os tamanhos que variam de 155 a 255 (perfil alto), portanto, no conceito atual, são mamas não muito grandes.

RG = O tamanho médio que mais utilizo é em torno de 250 cc; e a projeção dos implantes é sempre alta, raramente moderada.

RI = Na maioria dos casos, utilizo implantes anatômicos de silicone gel coesivo, texturizados, de projeção alta, com volume entre 190 e 270 cc.

4) Cite as principais vantagens e desvantagens da colocação do implante por via:

Areolar

LR = É mais estética, fácil acesso para corrigir ou resolver complicações no pós-operatório, usando sempre a mesma via. Desvantagem nas aréolas muito pequenas.

RG = Indico para corrigir ptose mamária, podendo ser periareolar ou somente areolar superior com ressecção em semilua. A vantagem é que se faz a mastopexia concomitante com a mamoplastia de aumento e a desvantagem seria a cicatriz aparente e o risco de infecção pela incisão dos canais lactíferos.

RI = É uma boa abordagem para mamas com pólo inferior constricto com pseudo-herniação areolar; que apresentem assimetria ou grande alargamento areolar, que requeiram correção simultânea; e mamas que necessitem reposicionamento do complexo aréolo-mamilar. Como desvantagens, secciona maior quantidade de tecido mamário, expõe mais o implante ao parênquima, aumentando o risco de contaminação. A maioria das pacientes termina com cicatrizes de ótimo aspecto, porém, caso contrário, a cicatriz localiza-se na porção mais visível da mama.

Axilar

LR = Não tenho experiência.

RG = A indicação da incisão axilar é para hipomastia, sem ptose mamária. A vantagem é que não deixa cicatriz na unidade estética da mama e a cicatriz na axila se torna imperceptível no pós-operatório tardio. A desvantagem é a longa curva de aprendizado e necessidade de uso de materiais especiais.

RI = É atrativa aos pacientes que não desejam cicatrizes visíveis na mama; pode ser aproveitada por cirurgões que a usam como um diferencial e marketing; com instrumental e técnica adequados permite posicionamento subpeitoral, subfascial e submamário tão eficazmente quanto as demais vias de acesso. Como desvantagens, uma pequena porcentagem de pacientes pode apresentar linfadenomegalia axilar ou oclusão de linfáticos, com restrição transitória de movimentos; o posicionamento impróprio dos braços, com excessiva tração do plexo braquial; sangramento, com dissecação da gordura axilar ou tração das estruturas para hemostasia, elevam risco de lesão de estruturas neurovasculares. Além disso, não deve ser utilizada em procedimentos secundários ou reoperações.

Sulco Submamário

LR = Como vantagem, parece ser a facilidade para colocação de prótese. Como desvantagem, o local da cicatriz, por menor que seja, para mim é anti-estético. Tem somente o mérito de ter sido a primeira via de acesso.

RG = A indicação da incisão axilar é para hipomastia, sem ptose mamária. A vantagem é a rapidez do procedimento e a desvantagem é a cicatriz, que pode ficar aparente nos casos de tendência a quelóides ou cicatrizes hipertróficas.

RI = É uma abordagem padrão, não apresenta nenhuma limitação para qualquer tipo de mama e deixa uma cicatriz muito bem aceita pela maioria das pacientes. Oferece uma excelente exposição de todas as áreas de descolamento e para a confecção do espaço retro-mamário ou retro-peitoral. Por esta via, não se secciona ou se cria nenhum traumatismo adicional a qualquer tecido, exceto pele e tecido celular subcutâneo.

5) Qual a via de sua preferência?

LR = A via areolar: uso a incisão de Webster, e completo a incisão por via transglandular. Embora haja dificuldade para aréolas diminutas, existem duas ou três técnicas que aumentam o local da incisão.

RG = A via axilar, nas hipomastias sem ptose e a via periareolar, nas ptoses mamárias.

RI = Cirurgicamente, considero a via inframamária a mais eficiente de todas as vias de acesso, considerando-se a mesma experiência com todas as outras abordagens.

6) Você posiciona o implante mamário em que região?

Subglandular?

LR = Sim; acho mais estético.

RG = Não; utilizo o plano subglandular.

RI = Se a espessura do pólo superior da mama ao "pinch test" for maior que 2cm, faço o posicionamento subglandular.

Subpeitoral?

LR = Algumas vezes, quando tem pouco tecido mamário.

RG = Nos casos de mais de uma ocorrência de câncer de mama na família, a indicação é de implante submuscular em duplo plano, como descrito por Tebbets.

RI = Se a espessura do pólo superior da mama ao "pinch test" for menor que 2cm, faço o posicionamento subpeitoral, pois ele disfarçará melhor as bordas do implante e diminuirá a sua palpabilidade. Deve-se ter sempre como um alerta que nesta posição há distorção com contração do músculo peitoral, existe a possibilidade de deslocamento lateral do implante com o tempo e limitação da definição da distância intermamária, além da possibilidade de maior desconforto pós-operatório.

Subfascial?

LR = Sim. Poucas vezes, pois acredito que esta via interfere nos linfáticos e pode ser responsável pelos seromas tardios.

RG = A preferência é pelo plano subfascial descrito por nós, pela maior naturalidade do resultado, porque não há movimentação do implante com atividades físicas (o que pode ocorrer no submuscular), há uma cobertura dos bordos do implante (o que pode não acontecer no subglandular) e o grau de contratura capsular se equipara ao do implante submuscular.

RI = Apesar de vários colegas de idoneidade inquestionável estarem utilizando e preconizando o plano subfascial, ainda

não passei a usá-lo, pois, até o momento, não foram publicadas séries convincentes de que esta fásia muito delgada, após seu descolamento, associado à isquemia e à denervação, pode a médio e longo prazo diminuir a contratura capsular e disfarçar, convenientemente, as bordas do implante.

7) Qual é a taxa de contratura capsular aceitável?

LR = 10%.

RG = A contratura capsular aceitável é a de grau 1 a 2 de Baker e até 2%. Com o avanço da tecnologia, temos implantes melhores nos últimos 10 anos e, com isso, a taxa de contratura capsular reduziu drasticamente.

RI = Inferior a 5%.

8) Quais as principais causas?

LR = Achar causas na contratura é difícil. Acho, por experiência, que podem ser citados: hematomas, seromas, pouco tecido mamário, uso exagerado do cautério, principalmente, com o descolamento com bisturi elétrico, etc.

RG = Instrumental inadequado, contaminação, hematomas, corpo estranho das gazes e compressas, talco das luvas e manuseio inadequado do implante.

RI = A qualidade dos implantes que está sendo utilizado, seu planejamento cirúrgico, bem como a sua técnica operatória. O hábito equivocados de mandar a paciente massagear ou realizar "drenagens" das mamas operadas não faz o menor sentido, quando o implante utilizado for de envoltório texturizado, podendo aumentar ou perpetuar a presença de pequeno seroma, levando a risco maior de contratura. Também lojas de tamanho inadequado, levando a dobras no envoltório dos implantes, aumentam o risco de ruptura e conseqüente contratura.

9) Como você trata a contratura capsular?

LR = Capsulectomia, capsulotomia ou troca de prótese para poliuretano.

RG = O tratamento da contratura capsular grau 3 e 4 de Baker se faz com a substituição do implante e, na maioria das vezes, com a troca do plano anatômico. Adotamos o uso de vitamina E (2grs/dia) e Zafirlucast (2 comprimidos 20 mg 2x/dia), iniciando uma semana após a operação, por três meses, em pacientes com exames laboratoriais de prova de função hepática normal e observamos um grau de maciez maior das mamas no pós-operatório.

RI = Em fases iniciais, tenho utilizado o medicamento Accolate, na dose de 20mg, duas vezes ao dia, no primeiro mês, e uma vez ao dia, por mais um ou dois meses. Em contraturas intratáveis clinicamente, recomendo a capsulotomia ou capsulectomia com substituição do implante.

10) Como evita-la?

LR = O procedimento varia de acordo com a superfície da prótese. No tempo das próteses lisas (não uso mais), recomendava massagens no local. Com as próteses de poliuretano, não tenho tido contraturas, nestes últimos oito anos.

RG = Também com o uso de instrumentais adequados, rigorosa anti-sepsia e hemostasia, utilização de técnicas mais aprimoradas, utilizando aspiradores no lugar de gazes ou compressas, troca de luvas e retirada do talco, antes de tocar nos implantes, auxiliam na prevenção de complicações.

RI = Selecionar o implante de melhor qualidade, com a melhor coesividade do gel de silicone e com a melhor tecnologia de envoltório. Produzir um trauma tecidual mínimo, evitar sangramentos, não realizar dissecação romba e certificando-se da acurácia da loja do implante. Não utilizo moldes, pois além de fazer o planejamento dimensional pré-operatório minucioso para a escolha do implante, o uso dos moldes leva a uma maior chance de contaminação da loja. Sou o único a tocar no implante! Na hora de sua colocação, troco de luvas, lavo-as com solução fisiológica, o assistente faz uma nova anti-sepsia da pele ao redor da incisão e, então, utilizando instrumental adequado, com técnicas de retração dos tecidos, posiciono o implante em sua loja. Neste momento, qualquer ajuste do tamanho da loja deve ser realizado com um trauma tecidual mínimo, evitando sangramentos. Quando alguns destes princípios técnicos não são ou não podem ser observados, realizo drenagem a vácuo, com aspiração contínua.

11) Você pensa que os implantes deveriam ser substituídos a cada quantos anos? Por que?

LR = 10 anos.

RG = Somente se houver complicações, independente do tempo.

RI = Após os 10 anos de uso do implante, cada caso deve ser analisado individualmente, por meio de exames clínicos e radiológicos periódicos, para indicar sua permanência ou substituição.

12) Deverá ser permanente?

LR = Não acredito. Na minha casuística, próteses com mais de 10 anos, em geral, estão deformadas, rompidas, dobradas, contraturadas, etc.

RG = Os implantes somente devem ser substituídos se houver complicação. Se as mamas permanecem macias, indolores, o tamanho agrada a paciente e não há alteração na mamografia, ecografia ou ressonância mamária, não há razão para a sua troca.

RI = Seguramente, não existe hoje nenhum implante que seja permanente. Qualquer implante sofre um desgaste, que pode variar com o tempo e as forças mecânicas exercidas sobre ele. O tempo aproximado para sua substituição vai depender, dentre outros fatores, do grau de coesividade do silicone e da tecnologia empregada pelo fabricante no envoltório deste implante.

13) Caso o implante tenha sido colocado entre 5 e 10 anos e tenha apresentado contratura capsular você:

Mantém o implante, se estiver com aspecto normal?

LR = Não.

RG = Não.

RI = O implante pode ser mantido se for de comum acordo com a paciente, mantendo-se estreita vigilância quanto à evolução do processo.

Sempre troca o implante por outro?

LR = Sim.

RG = Sempre que haja indicação de cirurgia por contratura capsular, a opção é pela troca do implante.

RI = Deve-se salientar que a reintervenção não é uma urgência ou emergência, porém a contratura indica que algo anormal está ocorrendo com este implante. Somando-se ao período de 5 a 10 anos da colocação do mesmo, procuro sugerir sua substituição em data oportuna.

Em caso de troca do implante, você prefere um de cobertura diferente da primeira?

LR = Sim.

RG = Mantém a cobertura.

RI = Não necessariamente, principalmente quando este é o primeiro episódio de contratura.

Em caso de troca do implante, você mantém o mesmo na sua loja original?

LR = Não. Sempre retiro a cápsula e procuro trocar a loja.

RG = Troca do plano anatômico para subfascial ou submuscular, se este estiver no plano subglandular. Se estiver no plano submuscular, permanece neste plano, se a forma da mama está bem ou passamos para o plano subfascial, se a forma está alterada.

RI = Não. Faço uma dissecação em plano inferior à cápsula, criando uma nova loja. Em seguida, inciso a cápsula e removo o implante de seu interior, ressuturo a cápsula e coloco o novo implante sob a cápsula dissecada, em sua nova loja. A cápsula, neste caso, serve como uma cobertura adicional ao novo implante.

14) Sobre a cirurgia de mamoplastia de aumento isolada:

Qual a sua técnica de anestesia utilizada?

LR = Geral ou local com sedação.

RG = Peridural.

RI = Preferencialmente, anestesia local com sedação anestésica, para os casos primários e de colocação subglandular. Nos demais casos, utilizo anestesia geral.

Quais fios utiliza?

LR = Nylon e monocryl.

RG = Monocryl 4-0, com pontos separados internamente, seguidos de sutura intradérmica. Mononylon 3-0 incolor para "round block", se a incisão foi periareolar.

RI = Monocryl 4-0, para planos profundos e nylon 5-0, para a pele em sutura intradérmica.

A cirurgia é ambulatorial?

LR = Não. Sempre em ambiente hospitalar.

RG = A paciente permanece internada por 12 horas.

RI = Sim, nos casos de anestesia local e sedação ou em esquema de "day-clinic", com período máximo de internação de 12 horas.

A paciente sai da sala com sutiã ou apósito e atadura?

LR = Atadura por 24 horas, quando retiro o dreno de sucção (dreno sempre).

RG = O curativo é feito com gazes sobre a incisão e sutiã pós-cirúrgico.

RI = Somente com sutiã, nos casos de posicionamento subglandular ou com sutiã e faixa elástica para pólo superior, nos casos de posicionamento submuscular.

Atividades de escritório/ aulas após quantos dias?

LR = Após 15 dias.

RG = Após 7 dias.

RI = Após 7 dias.

Dirigir carro após quantos dias?

LR = Após 15 dias.

RG = Após 7 dias.

RI = Após 21 dias.

Fazer musculação após quantos dias?

LR = Entre 30 a 60 dias.

RG = Após 21 dias.

RI = Após 60 dias, para exercícios que envolvam a região peitoral e 7 dias, para as demais áreas que não envolvam movimentos da região peitoral.

Tomar sol após quantos dias?

LR = Entre 30 a 60 dias.

RG = Após 30 dias, se a incisão foi axilar e 60 dias, se a incisão foi areolar ou no sulco submamário.

RI = Após 60 dias, sempre com proteção adicional da cicatriz da incisão.

COMENTÁRIOS DO COORDENADOR

Observa-se a preocupação dos debatedores, na definição pré-operatória do tamanho do implante a ser colocado, em comum acordo com a paciente. Para tal, são utilizados moldes internos ou externos, paquímetros e fitas métricas. Confirmando a serenidade dos entrevistados, os tamanhos utilizados são aceitáveis, oscilando entre 200 e 250 cc, reduzindo os riscos de distensão exagerada dos tecidos e deformações futuras.

Para a introdução dos implantes, a via axilar é uma opção às tradicionais submamária e areolar, embora sejam discutíveis

os seus efeitos sobre a pesquisa de linfonodo sentinela, em casos de câncer de mama.

Quanto à localização, o implante subglandular e o subpeitoral ainda são os mais utilizados, de acordo com o caso, tendo como alternativa a localização subfacial, que melhora a aparência do contorno da mama no seu pólo superior.

A contratatura capsular relatada oscila entre 2 e 10%, sendo apontados como causa principais: hematomas, infecção, traumas locais e contaminação no manuseio do implante.

Os implantes apresentam tendência de serem trocados a cada 10 anos. Na presença de contratatura capsular, pode-se tentar tratamento clínico em casos selecionados. Nos casos de intervenção para tratar contratatura capsular, em geral, troca-se o implante por outro de mesma

cobertura, sendo localizado em um plano diferente daquele original.

Por fim, prefere-se a colocação em regime ambulatorial, com anestesia geral (subpeitoral ou reintervenção) ou local com sedação (subglandular), utilizando-se para sutura vicryl e monocryl. Para o curativo, usa-se apósito e sutiã, com retorno às atividades de escritório após 7 a 14 dias, dirigir carro, entre 7 e 21 dias, fazer musculação, após 20 a 60 dias e tomar sol, após 30 a 60 dias.

Foi um privilégio poder debater sobre implante de silicone mamário com estes três colegas com grande experiência no tema. Podemos concluir que as diferenças de conduta apresentadas pelos mesmos não interferem nos resultados finais, podendo ser entendidas como opções táticas disponíveis e que podem ser adotadas pelos cirurgiões.