

# Mamoplastia: condutas e resultados do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de Joinville – SC

*Mammoplasty: conducts and results of Plastic Surgery Department of Joinville Regional Hospital – SC*

FERNANDO SANFELICE ANDRE<sup>1</sup>

Trabalho realizado no Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil.

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

Artigo recebido: 29/10/2009  
Artigo aceito: 27/4/2010

## RESUMO

**Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo apresentar as condutas adotadas, os resultados obtidos e as conclusões, do tratamento das dismorfias mamárias, do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, de Joinville, Santa Catarina.

**Método:** Foram consultadas e incluídas na lista de espera da cirurgia de redução mamária, 664 pacientes. Dentre essas pacientes, 356 foram submetidas à cirurgia no período de abril de 2005 a outubro de 2009. **Resultados:** São relatados os tipos mamários encontrados e o tratamento proposto, assim como a média dos volumes retirados por mama. **Conclusão:** Há necessidade do diagnóstico preciso e da correta indicação da técnica cirúrgica.

**Descritores:** Mamoplastia/métodos. Mama/anormalidades. Mama/cirurgia.

## SUMMARY

**Objective:** The present paper has as objective to introduce the adopted conducts, the obtained results and the conclusions, of the treatment of mammary dismorphism, of the Plastic Surgery Service of Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, of Joinville, Santa Catarina.

**Methods:** 664 patients were analysed and 356 of them were submitted to the surgery in the period of April/2005 to the October/2009. **Results:** It related the mammary types and the proposed treatment. **Conclusion:** There is need to precise diagnosis and the surgical technique correct indication.

**Descriptors:** Mammoplasty/methods. Breast/abnormalities. Breast/surgery.

## INTRODUÇÃO

O Ambulatório de Cirurgia Reparadora das Mamas do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt iniciou suas atividades em abril de 2005, tendo como objetivo o atendimento e o tratamento de pacientes portadoras de hipertrofia mamária e gigantomastia.

Até então, essas pacientes não tinham atendimento ou perspectivas de terem seus problemas solucionados. Com o início do atendimento, centenas de pacientes passaram a ter oportunidade de serem submetidas às cirurgias redutoras

das mamas, sem custo financeiro algum, já que a totalidade dessas pacientes pertence às classes mais carentes de nossa sociedade.

O objetivo do presente estudo foi demonstrar os tipos mamários encontrados nesta série de pacientes, as técnicas utilizadas, assim como os resultados obtidos.

## MÉTODO

Foram incluídas nesse trabalho, 356 pacientes submetidas a mamoplastia redutora, no período de abril de 2005

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgião Plástico; Cirurgião Plástico do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt de Joinville, Joinville, SC, Brasil.

a outubro de 2009. As pacientes tiveram suas mamas classificadas de acordo com a classificação proposta pelo autor (Tabela 1). As técnicas cirúrgicas utilizadas seguiram essa classificação<sup>1-9</sup>. Foram excluídos do estudo, os casos indicados para mastopexia e/ou mamoplastia pós-gastroplastia.

Foram solicitados exames pré-operatórios de rotina (hemograma completo, coagulograma, glicemia, eletrocardiograma e avaliação anestesiológica). Foram realizadas, também, ultrassonografia mamária ou mamografia, nos casos de histórico familiar de câncer relatados, ou em casos de informações de nódulos mamários presentes ou suspeitos.

Em todos os casos, o produto da ressecção mamária foi enviado para estudo anatomopatológico. Para todas as pacientes foram prescritos antibióticos profiláticos no ato anestésico (Cefazolina 2g), e por mais cinco dias por via oral (cefalexina 500 mg, 4 x ao dia por 5 dias).

**Tabela 1 - Classificação das mamas.**

**Mamas Tipo 1** - Definidas como Hipomastias, podendo ser rijas (Tipo 1 A) ou flácidas (Tipo 1 B)

**Mamas Tipo 2** - Definidas como Mamas Tuberosas

**Mamas Tipo 3** - Definidas como mamas de base larga e pouca projeção ântero-posterior, podendo ser:

Rijas (Tipo 3 A) ou

Flácidas (Tipo 3 B)

**Mamas Tipo 4** - Definidas como mamas com largura da base normal e maior projeção ântero-posterior, podendo ser:

Rijas (Tipo 4 A) ou

Flácidas (Tipo 4 B)

**Mamas Tipo 5** - Mamas de base larga e projeção ântero-posterior aumentada, podendo ser:

Rijas (Tipo 5 A) ou

Flácidas (Tipo 5 B), não sendo a distância AM maior que 10 cm

**Mamas Tipo 6** - Definidas como Gigantomastias. Mamas com grande alargamento da base e grande projeção ântero-posterior, acompanhada de acentuada ptose e flacidez cutânea (AM maior que 10 cm)

**Mamas Tipo 7** - Incluiu-se nesse grupo as mais variadas formas de distorções mamárias iatrogênicas.

Irregularidades do CAM (assimetria de forma ou posição), má qualidade cicatricial, assimetrias do cone mamário, sobras adipo-cutâneas lateral e medial (orelhas), contraturas capsulares pós-implantes

Em todos os casos, foram utilizados drenos de Penrose, por 2 dias, sendo esses retirados previamente à alta hospitalar. As pacientes retornaram ao Ambulatório no 5º dia, para a retirada do curativo de Brown - enxerto do complexo areolo-mamilar (CAM) e no 10º dia, retirada dos pontos do CAM nas mamoplastias convencionais. Outros retornos foram agendados nos 30, 60 e 90 dias de pós-operatório, quando foram realizadas fotografias dos resultados da cirurgia.

Os procedimentos anestesiológicos variaram de paciente a paciente. Foram utilizadas as anestésias: peridural torácica, geral inalatória e geral endovenosa com assistência ventilatória. Todas as pacientes foram documentadas fotograficamente no pré e no pós-operatório. A programação cirúrgica seguiu rigorosamente uma escala de agendamento, de acordo com a data da primeira consulta, já que todas as pacientes foram enquadradas no mesmo grau de gravidade da sintomatologia, apesar de apresentarem mamas de formas e volumes diferentes.

## RESULTADOS

Os volumes ressecados por mama variaram de 572g a 3,200g, com média de 1886g. Os resultados obtidos em algumas pacientes dessa casuística estão demonstrados nas Figuras 1 a 15.



**Figura 1** - Paciente com mama tipo 4 A pré/pós ântero-posterior.



**Figura 2** - Paciente com mama tipo 4 A pré/pós oblíquo direito.



**Figura 3** - Paciente com mama tipo 4 A pré/pós oblíquo esquerdo.



**Figura 4 -** Paciente com mama tipo 4 B pré/pós ântero-posterior.



**Figura 10 -** Paciente com mama tipo 5 A pré/pós ântero-posterior.



**Figura 5 -** Paciente com mama tipo 4 B pré/pós oblíquo direito.



**Figura 11 -** Paciente com mama tipo 5 A pré/pós oblíquo direito.



**Figura 6 -** Paciente como mama tipo 4 B pré/pós oblíquo esquerdo.



**Figura 12 -** Paciente com mama tipo 5 A pré/pós oblíquo esquerdo.



**Figura 7 -** Paciente com mama tipo 5 B pré/pós ântero-posterior.



**Figura 13 -** Paciente com mama tipo 6 pré/pós ântero-posterior.



**Figura 8 -** Paciente com mama tipo 5 B pré/pós oblíquo direito.



**Figura 14 -** Paciente com mama tipo 6 pré/pós oblíquo direito.



**Figura 9 -** Paciente com mama tipo 5 B pré/pós oblíquo esquerdo.



**Figura 15 -** Paciente com mama tipo 6 pré/pós oblíquo esquerdo.

As principais complicações observadas foram:

- Deiscências de sutura na junção do CAM com a cicatriz vertical - 5 casos;
- Deiscências da sutura do T - 10 casos;
- Perda total do enxerto do CAM unilateral - 2 casos;
- Perda parcial do enxerto do CAM - 5 casos;
- Hematoma com necessidade de evacuação de urgência - 1 caso;
- Cicatrizes quelóides - 2 casos.

## DISCUSSÃO

O grande volume mamário causa, às portadoras dessa afecção, inúmeros problemas, como dores crônicas e intratáveis, nas colunas cervical e dorsal; dificuldades de realizar atividades diárias, no trabalho, esporte ou mesmo para encontrar vestes (roupas íntimas e de banho) apropriadas.

Essas pacientes sentem-se excluídas do convívio social e também das atividades comuns no trabalho, prejudicando sua qualidade de vida. Adotamos uma classificação própria para as diversas formas mamárias e uma conduta para cada tipo específico, adotando técnicas já consagradas<sup>1-9</sup>. Tivemos pacientes com idades muito díspares, desde adolescentes, até pacientes na menopausa, no entanto, todas tinham queixas semelhantes. A cirurgia redutora das mamas foi a indicação de tratamento para todas as pacientes.

## CONCLUSÕES

Os resultados comprovam a importância da indicação cirúrgica e da técnica mais adequada. As cirurgias mamárias exigem um diagnóstico preciso, para cada tipo em particular. Cada paciente apresenta um tipo diferente de mama e, desse modo, uma tática ou técnica cirúrgica diferente deve ser indicada. O cirurgião plástico que se propõe a realizar esses tipos de procedimentos deve ter amplo domínio das várias técnicas e táticas cirúrgicas, para poder alcançar os melhores resultados possíveis, não importando se a paciente é portadora de hipertrofia mamária ou gigantomastia.

## REFERÊNCIAS

1. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(2):217-26.
2. Pitanguy I. Breast hypertrophy. Londres:Anais do II Congress of International Society of Plast Surgeons;1959.
3. Pontes R. Reduction mammoplasty: variations I and II. *Ann Plast Surg.* 1981;6(6):437-47.
4. Ribeiro L, Backer E. Mastoplastia com pedículo de seguridad. *Rev Esp Cirurg Plast.* 1973;6:223.
5. Thorek M. Plastic reconstruction of the breast and free transplantation of the nipple. *J Intern Coll Surg.* 1946;9.
6. Ariê G. Nova técnica em mamoplastia. *Rev Lat Am Cir Plast.* 1957; :28.
7. Ely JF. The devil's incision mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1983;7(3):159-62.
8. Bozola. Sistematização tática da mamoplastia em L. Florianópolis:Anais da I Jornada Sul-brasileira de Cirurgia Plástica;1984.
9. Marino H. La mama. Buenos Aires:Editorial Científica Argentina;1957.

### Correspondência para:

Fernando Sanfelice André  
Rua Osvaldo Cruz 128 – Boa Vista – Joinville, SC, Brasil – CEP 89205-240  
E-mail: sanfi@brturbo.com.br