

# Mastopexia: a tática da sobremontagem

RICARDO LAPA KRUSE, RODRIGO CÉSAR PIMENTA GOMES, LEONARDO MICHAL ZAKZAK, RÉGIS PINHEIRO NOGUEIRA, NIDALL DE SOUZA RAAD, VALDERI VIEIRA DA SILVA JÚNIOR

## Introdução

Uma das causas de ptose recorrente das mamas após a cirurgia é a falta de manipulação estrutural adequada do tecido mamário, pois muitas técnicas só manipulam o envelope mamário no intuito de suspender a mama. Isso não garante uma suspensão duradoura, além de aumentar a tensão na ferida, o que pode trazer problemas de cicatrização. O conceito de suspensão interna da mama é antigo e há vários métodos descritos. O retalho de pedículo inferior foi utilizado inicialmente nas mastopexias como uma segurança para situações de excesso de ressecção de mama. Ele promove boa forma e projeção das mamas e possibilita um resultado mais duradouro, pois não participa do tecido mamário residual. Além disso, a sua confecção se assemelha a um implante mamário natural.

## Objetivo

É descrita uma manobra de sobremontagem do tecido mamário sobre o retalho de segurança inferior, com o intuito de obter-se maior projeção e resultado mais duradouro.

## Métodos

Entre janeiro de 2001 e abril de 2011, 52 pacientes foram operadas utilizando a tática da sobremontagem. A média de idade dos pacientes foi de 43 anos, variando entre 28 e 59 anos. A anestesia aplicada foi peridural em 31 (59,6%) casos e anestesia geral em 21 (40,4%), sem infiltração local. Todas as pacientes apresentavam ptose acentuada da mama, ausência de colo e tecido mamário com volume suficiente ou pequeno excesso. A marcação da pele foi realizada pela técnica de Pitanguy em 41 (78,8%) casos, periareolar em 3 (5,8%), vertical em 4 (7,7%) e Ariê-Pitanguy em 4 (7,7%). Os pontos

ABCDE são marcados conforme a técnica de Pitanguy. Um compasso é utilizado para verificar o tamanho exato dessas distâncias ao ponto A e deixando uma diferença de 1 cm a mais na vertente lateral. É passada essa mesma marcação para a mama oposta, por meio de fios fixados na fúrcula esternal e no apêndice xifoide. As aréolas são marcadas depois de montadas as mamas com um areolótomo, a 0,5 cm abaixo de onde seria a posição ideal, no perfil, já que uma pequena báscula ocorrerá. A técnica cirúrgica inicia-se por um torniquete, que é aplicado na base da mama para facilitar a manobra de desepidermização. Após retirada da epiderme da área triangular ABC, é aplicada uma pinça com dente no ponto A para suspensão da mama e continuação da desepidermização. O retalho pediculado inferior é marcado na área delimitada pelos pontos BCDE. Iniciando abaixo do CAP, o retalho é dissecado através da mama até a fáscia peitoral. Assim, o CAP é mobilizado como um retalho pediculado superior. O pedículo inferior é um bloco de parênquima do pólo inferior. Ele é bem mobilizado porque nos seus quatro lados é realizada a incisão até a fáscia peitoral. O tamanho do retalho vai depender apenas do tamanho da mama. Com o descolamento superior, é confeccionado um grande espaço para o pedículo inferior. Ele é fixado à fáscia peitoral com fios de sutura inabsorvíveis. Após a fixação, o tecido mamário remanescente areolado é sobremontado com um ponto de sutura de fio inabsorvível, desde o seu ponto mais inferior até o ponto mais superior do pedículo fixado, para dar mais projeção ao resultado final. A seguir, libera-se a aréola, confeccionando um retalho areolado superior com espessura de 1 cm. Para facilitar mais ainda a ascensão

do CAP, incisa-se na borda medial e lateral. Com uma sutura no ponto B e C até o sulco submamário e outros três temporários na vertical, analisa-se a forma e a simetria das mamas. A mama oposta é operada da mesma forma. O CAP é marcado no ponto A ou próximo, numa posição subjetiva de 1 cm abaixo da ideal no perfil da paciente. Após a desepidermização da área do CAP, realiza-se sutura com fio absorvível em U intradérmicos, desde a aréola até a derme da mama. A incisão vertical e horizontal são suturadas com fio absorvível e pontos intradérmicos e é deixado dreno por 24 horas. O curativo é feito com gazes e atadura.

## Resultados

O acompanhamento pós-operatório foi de 6 meses a 6 anos, com média de seguimento de 2,78 anos. Todas as pacientes demonstraram satisfação com o resultado, além das mamas ficarem naturais na forma e na projeção do colo a médio prazo e até o período do seguimento. As pacientes não se queixaram de dores, o CAP não apresentou necrose e recuperou sua sensibilidade em todos os casos. Houve 1 (1,9%) caso de hematoma e 2 (3,8%) de seroma, que foram resolvidos sem maiores problemas. Esteatonecrose não ocorreu em qualquer dos casos. Não houve necessidade de ressecção secundária de pele. Não houve cicatriz hipertrófica.

## Conclusão

A sobremontagem da mama sobre um retalho de segurança é uma tática cirúrgica que possibilita mamas mais harmoniosas e com mais projeção, seja a curto ou a longo prazo e pode ser realizada através da marcação de qualquer técnica de mastopexia.