

# Mastopexia associada a implante de silicone: submuscular ou subglandular. Sistematização das escolhas e dificuldades

DIOGO BORGES PEDROSO, JOSÉ CARLOS DAHER, JEFFERSON DI LAMARTINI GALDINO AMARAL, RICARDO CINTRA JÚNIOR, MARINA DE SOUZA BORGATTO, JOÃO PEDRO PONTES CÂMARA FILHO

## Objetivo

Avaliar uma série de casos de mastopexias associadas a implantes mamários, discutindo indicações, resultados e taxas de intercorrências/complicações observadas entre as pacientes operadas pelas técnicas subglandular e submuscular.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo com análise de prontuários de pacientes submetidas a mamoplastia de aumento associada a mastopexia, no período de julho de 2008 a julho de 2011. Todas as pacientes foram submetidas a investigação pré-operatória com ultra-sonografia mamária e mamografia, avaliação cardiológica e exame anatomo-patológico do produto das ressecções mamárias. A técnica anestésica preconizada é a geral, preferencialmente, e/ou peridural com morfina para analgesia pós-operatória. Realiza-se conferência da marcação, que pode variar de incisão tipo "raquete" até Pitanguy clássica, a depender do grau de ptose e excedente cutâneo. Os critérios para colocação dos implantes no plano submuscular foram: pele fina e com muitas estrias, pacientes pós-bariátricos, glândula mamária e coxim adiposo escasso, contraturas capsulares/resultados limitados com a técnica subglandular e solicitação das pacientes. O acesso à região retromamária é feito dentro dos preceitos da técnica de Pitanguy, com bipartição vertical da mama e nos casos de implantes submusculares é confeccionada uma loja subpeitoral, tendo como porta de entrada uma linha oblíqua no sentido das fibras do músculo grande peitoral na região retroareolar sobre o quarto ou quinto arco costal. Os pontos chaves dessa técnica são a secção completa da inserção medial do peitoral na borda esternal, até o quarto espaço intercostal e a preservação do prolongamento fascial/adiposo, que irá fazer a conexão entre os músculos dissecados e a caixa torácica. Com essas manobras, evita-se a mobilização do implante e um possível deslocamento superior, além de permitir boa cobertura no pólo

inferior, já que o conjunto de músculos não perde a conexão com as costelas e externo. De rotina coloca-se dreno tubular a vácuo. Utilizamos implantes texturizados redondos de perfil alto, na maioria das pacientes, e poliuretano, em alguns casos. O fechamento da loja muscular é realizado por aproximação parcial das bordas do peitoral maior com nylon 3.0. Após a colocação da prótese, programa-se a montagem da mama de forma a obter-se mamas com colo bem projetado. A elevação dos complexos aréolo-papilares é feita com pedículo superior ou pedículo medial, conforme a exigência de cada caso. São realizados pontos simples de aproximação do subcutâneo com nylon 4.0, subdérmicos profundos com nylon 5.0 e intradérmica contínua com nylon 4.0.

## Resultados

A idade média das pacientes foi de 31,4 anos, variando de 17 a 63 anos. Foram operadas 243 pacientes, destas 149 pela técnica subglandular e 94 pela submuscular. Receberam anestesia geral 202 pacientes e 41 receberam peridural com morfina. Os volumes dos implantes variaram de 150 a 400 ml. O tempo de permanência hospitalar das pacientes foi de 24h, em média, sendo que pacientes com cirurgias combinadas receberam alta em 48h. Houve 174 casos de procedimentos combinados, sendo a associação com lipoaspiração a mais comum. Apenas uma paciente apresentou complicação anestésica transoperatória: um caso de infusão de relaxante muscular em tecido celular subcutâneo após perda despercebida do acesso venoso, sendo a paciente encaminhada à unidade de terapia intensiva devido à absorção errônea do medicamento. Três pacientes complicaram com hematoma expansivo no pós-operatório imediato, sendo necessária reoperação para drenagem; destes, 2 eram da técnica sub-uscular e 1 da subglandular. Duas pacientes, operadas pela técnica subglandular, apresentaram complicações, com infecção e extrusão da prótese, tratadas com retirada das mesmas, antibioticoterapia e

reoperação em 4 e 6 meses, sem complicações. Quatro pacientes da técnica subglandular desenvolveram contratura capsular (grau II de Backer) sendo duas reoperadas com mudança para o plano submuscular. Pseudoptose ocorreu em 7 casos, todas pela técnica submuscular, sendo 4 leves e 3 com necessidade de reabordagem cirúrgica. Catorze pacientes desenvolveram ptose mamária pela técnica subglandular, sendo 5 reoperadas, destas, 2 mudaram para o plano submuscular. Oito pacientes, operadas pela técnica submuscular, queixaram-se de mobilização do implante com a ação do músculo, 1 foi reoperada, por solicitação, com mudança para técnica de duplo plano. A taxa de reoperação total foi de 6,58%. No acompanhamento ambulatorial, que é realizado no 3, 7, 14, 30, 90, 180 e 360 dias de pós-operatório, ocorreram 19 casos de seromas, resolvidos com drenagem espontânea ou reabsorção, sem necessidade de punção. Duas pacientes apresentaram estrias nas mamas, amenizadas com esfoliação química. Houve um caso de necrose parcial do complexo aréolo-papilar, elevado pela técnica de Silveira Neto, tratado com pigmentação. Em um caso, ocorreu parestesia persistente em aréolas, após 6 meses de acompanhamento. Sete casos de deiscências parciais foram observados, porém não houve exposição dos implantes, destes 2 foram tratados com ressíntese e 5 com cicatrização por segunda intenção. Vinte e sete pacientes evoluíram com hipertrofia de cicatrizes tratadas com fita de silicone e/ou infiltração de triancinolona.

## Conclusão

O tratamento da ptose mamária associada à mamoplastia de aumento exige combinações técnicas complexas, conforme descrevemos, e cuidadosa análise pré-operatória para que se definam as melhores técnicas a serem utilizadas, diminuindo assim a necessidade de revisões e obtendo resultados harmônicos, duradouros e estáveis.