

# Estudo Retrospectivo de 730 Pacientes Submetidas a Mamoplastia Redutora

Rodrigo Corteletti Ronconi<sup>1</sup>  
Frederico Augusto Vieira<sup>1</sup>  
Celso Eduardo Jandre Boechat<sup>1</sup>  
Patrícia Silvia Moutinho Ribeiro Nunes<sup>1</sup>  
José Horácio Costa Aboudib<sup>2</sup>  
Claudio Cardoso Castro<sup>3</sup>

- 1] Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Médico Residente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ.
- 2] Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. Mestre em Cirurgia Plástica. Membro Titular da SBCP.
- 3] Professor Livre Docente e Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro Titular da SBCP.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ

Endereço para correspondência:

**Rodrigo Corteletti Ronconi**

Av. 28 de Setembro, 77  
Rio de Janeiro – RJ  
20550-030

Fone/fax: (21) 2587-6675  
e-mail: mrcronconi@ig.com.br

**Descritores:** Hipertrofia mamária; ptose mamária; tratamento; mamoplastia redutora; satisfação da paciente.

## RESUMO

*Os autores apresentam os estudos e resultados obtidos após a avaliação de 730 casos operados de hipertrofia mamária, no período de janeiro de 1995 a dezembro de 2001, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). As pacientes e a técnica cirúrgica são analisadas em seus mais importantes detalhes, ressaltando os cuidados necessários na avaliação clínica pré-operatória, ato cirúrgico e pós-operatório bem conduzidos, para que os resultados sejam satisfatórios, obtendo mamas de formato natural, manutenção da função de lactação e sensibilidade areolomamilar; obtenção de cicatrizes discretas ou imperceptíveis.*

## INTRODUÇÃO

A mamaplastia redutora é a principal cirurgia procurada por pacientes no ambulatório de cirurgia plástica, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sendo realizadas entre 10 a 15 cirurgias mensais. As pacientes desejam diminuir o tamanho da mama por razões físicas e psicológicas.

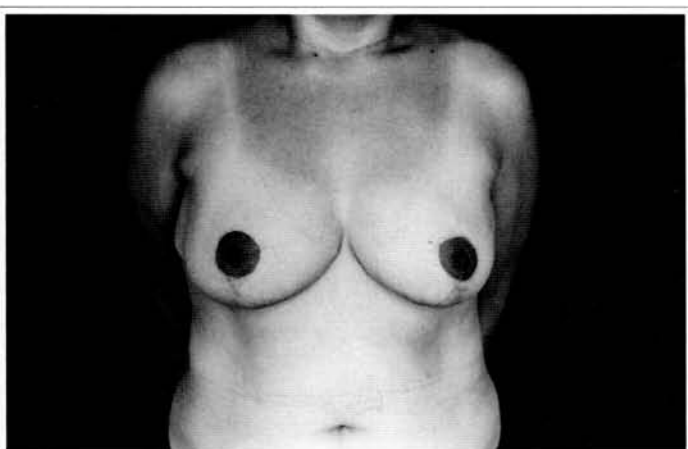
O culto à forma física, promovido pelos meios de comunicação, a associação entre beleza física e sucesso profissional, social e amoroso fazem com que aumente a solicitação de cirurgia por fatores estéticos.

Pacientes queixando-se de desconforto físico devido ao peso das mamas, lombalgias, peso nos ombros, sendo também observados: má-postura, como cifose dorsal e lordose lombar, sulcos ou marcas nos ombros pelas alças do sutiã e dermatites na região do sulco submamário, que representam alterações funcionais, devendo a cirurgia plástica corrigir a hipertrofia mamária, o agente causal dessas deformidades.

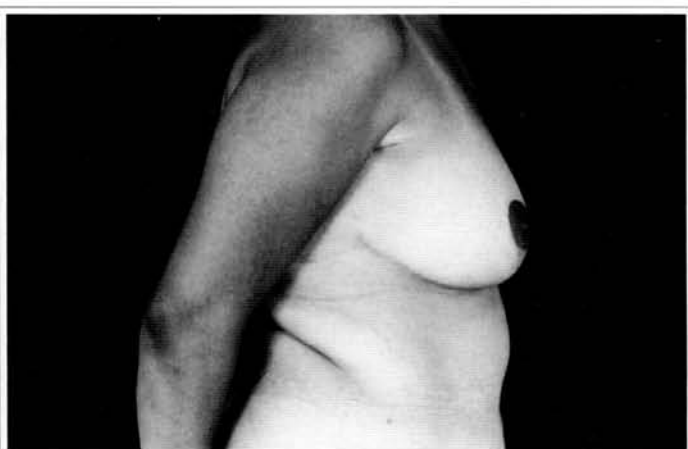
No exame da mama é realizada a inspeção com a paciente em pé ou sentada, quando são avaliados o grau de hipertrofia e ptose mamária, a simetria, a qualidade e alterações de pele (cicatrizes e estrias), a coloração e formato do complexo areolomamilar (CAM),



Fig. 1 – Marcação preconizada por Pitanguy e modificada por Castro com incisões curvilíneas (à esquerda); ressecção do pólo inferior em quilha (à direita).



Figs. 2a e 2b – Visão frontal de paciente de 26 anos em pré e pós-operatório de quatro anos.



Figs. 2c e 2d – Paciente em perfil, em que foram ressecados 560 g na mama direita e 460 g na mama esquerda.

os mamilos (evertidos, planos, invertidos, hipertróficos), a junção medial dos sulcos inframamários, a relação continente-conteúdo. Durante a palpação, deve-se avaliar a consistência (glandular, mista, adiposa), sensibilidade, presença ou ausência de tumorações na mama, linfonodos axilares e secreções à expressão mamilar. Realizar medidas da fúrcula esternal aos mamilos e da distância intermamilar.

As hipertrofias podem ser acompanhadas por ptose mamária, conforme classificou Binet<sup>(1)</sup>, em 4 (quatro) graus:

**Grau I** – borda inferior da mama, até 2 cm do sulco inframamário.

**Grau II** – borda inferior da mama encontra-se a mais de 2 cm do sulco inframamário, mas não ultrapassa o rebordo costal.

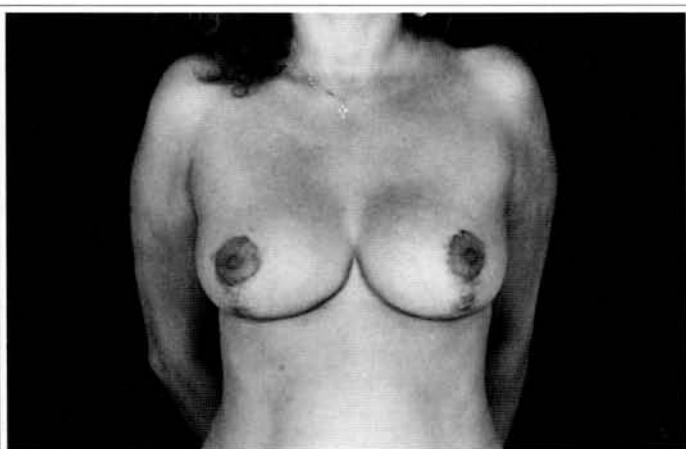
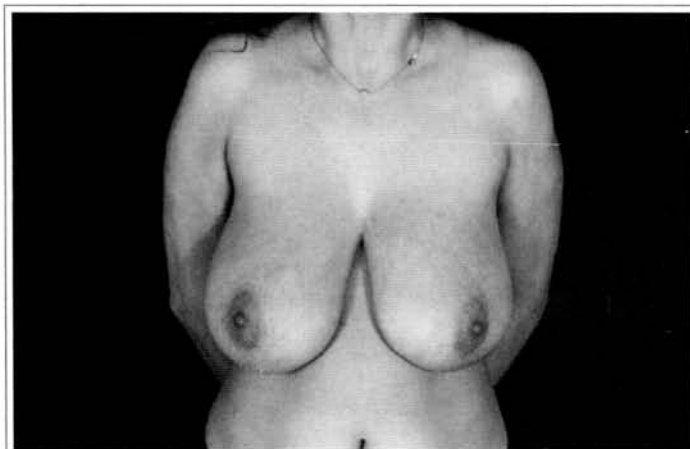
**Grau III** – borda inferior da mama entre o rebordo costal e o umbigo.

**Grau IV** – borda inferior da mama, abaixo do umbigo.

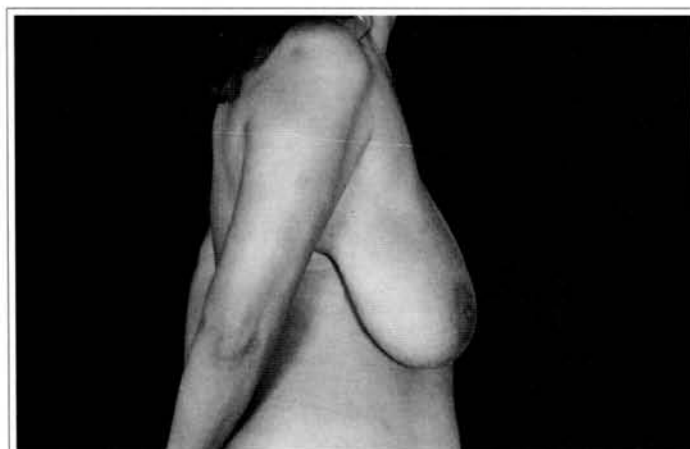
Deve-se avaliar a morfologia da mama em proporção ao tórax, tamanho e peso da paciente, e estar ciente da importância do conhecimento da irrigação e inervação da mama. As anastomoses vasculares são abundantes, principalmente ao nível do CAM. Há de se ressaltar a sensibilidade da região areolomamilar, dada principalmente pelo ramo cutâneo lateral do 4º nervo intercostal.

Quanto à consistência, Galtier<sup>(1)</sup> classificou as mamas histologicamente em:

- a) Hipertrofia glandular pura da puberdade ou verdadeira.
- b) Hipertrofia glandular mista (glandular e adiposa), encontrada principalmente após gravidez e lactação.
- c) Hipertrofia adiposa pura ou falsa, encontrada



Figs. 3a e 3b – Visão frontal de paciente de 41 anos em pré e pós-operatório de um ano.



Figs. 3c e 3d – Paciente em perfil, em que foram ressecados 770 g na mama direita e 750 g na mama esquerda.

em pacientes pré-menopáusicas ou de idade avançada.

A técnica de mamaplastia redutora adotada em nosso serviço segue a marcação idealizada por Pitanguy<sup>(2)</sup>, modificada com incisões curvilíneas, conforme descrito por Castro<sup>(1)</sup>. A ressecção de tecido mamário é realizada de forma clássica, segundo a técnica de Pitanguy<sup>(2)</sup> com ressecção em quilha, ou modificada com ressecção plana, variante I de Pontes<sup>(3)</sup>. A modelagem do tecido mamário é realizada em conjunto com a pele, sem descolamento entre eles.

No pós-operatório o curativo é mantido com fitas adesivas microporosas, substituídas a cada sete dias. Após 24 horas de pós-operatório retira-se o curativo elástico algodoado, que é trocado pelo sutiã pós-cirúrgico, tendo então alta hospitalar. O repouso das suturas resultará em cicatrizes mais discretas.

As mamaplastias podem apresentar basicamente as seguintes complicações: hematomas, deiscências, infecções, necroses, assimetrias e cicatrizes inestéticas que geralmente incomodam mais o cirurgião que a paciente. Algumas medidas profiláticas podem ser tomadas visando evitá-las, como: uso de uma técnica adequada, ausência de tensão nas suturas, menor traumatismo dos tecidos cutâneos.

## OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi atestar a grande aplicabilidade da técnica cirúrgica de Pitanguy<sup>(2)</sup> e suas modificações, obtendo resultados satisfatórios nos diversos tipos de apresentação de hipertrofias mamárias, considerando que as mamaplastias são realizadas pelos residentes do 3º ano de cirurgia plástica, auxiliados e supervisionados pelas equipes e residentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Grande parte de nossas pacientes é portadora de gigantomastias, sendo realizadas grandes ressecções para conseguir forma agradável, chegando em 31% a proporção dos casos em que foram ressecados mais de 1.000 g de tecido mamário. Complicações imediatas e tardias são analisadas, e o resultado final não foi comprometido, sendo demonstrado pelas pacientes altos graus de satisfação em 85% dos casos.

## MÉTODO

Foi realizado estudo retrospectivo de 730 pacientes, submetidas à redução mamária, no período de janeiro

de 1995 a dezembro de 2001, sendo as pacientes avaliadas quanto à idade (Fig. 4), forma das mamas, consistência, simetria e grau de ptose mamária operadas pela técnica de Pitanguy<sup>(2)</sup>, e analisadas em relação à quantidade de tecido mamário ressecado, ao grau de satisfação da paciente, avaliação objetiva, complicações imediatas e tardias.

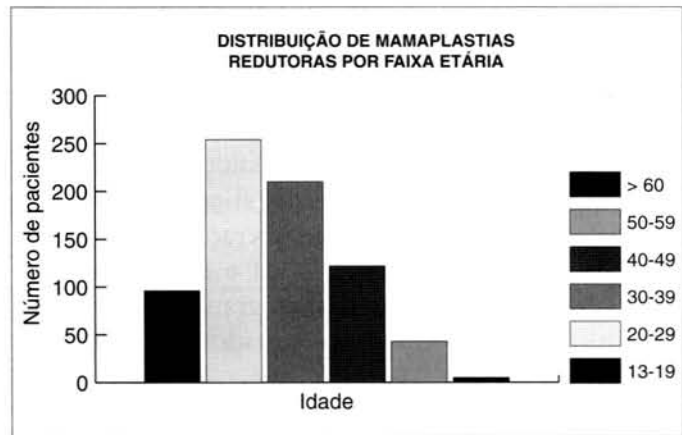


Fig. 4 – Distribuição de mamaplastias redutoras por faixa etária.



Fig. 5 – Quantidade de tecido mamário ressecado por paciente.

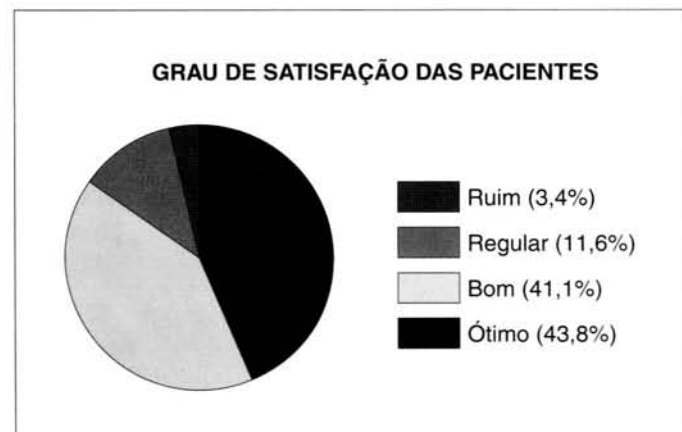


Fig. 6 – Grau de satisfação das pacientes.

## RESULTADOS

A análise evidenciou que 63% das pacientes apresentavam-se na faixa etária de 20 a 40 anos (Fig. 4), 70% das mamas era de consistência mista, 34% apresentavam algum grau de assimetria. Foi empregada a técnica de Pitanguy<sup>(2)</sup> clássica com ressecção em quilha do tecido mamário em 25% dos casos, sendo realizada ressecção plana em 75% das pacientes. A média de tecido ressecado no estudo realizado foi de 800 g por paciente (Fig. 5). Intercorrências imediatas foram encontradas em 14% dos casos, sendo representadas principalmente por discreta deiscência na região do "T" invertido e hematomas, com evolução satisfatória. Complicações tardias ou seqüelas foram observadas em 16% dos casos, envolvendo alterações de sensibilidade e posicionamento do CAM e assimetria mamária. As pacientes referem altos graus de satisfação (Fig. 6), com 85% dos casos situados entre bons e ótimos.

## CONCLUSÃO

As pacientes que solicitam a mamoplastia, por motivos funcionais ou não, estão sempre desejando o melhor resultado estético. A mamoplastia é uma troca de mamas cuja forma desagrade a paciente por mamas com excelente forma, aspecto e consistência, porém com cicatrizes, que geralmente são de boa qualidade quando de uma cirurgia bem conduzida. A técnica cirúrgica proposta por Pitanguy<sup>(2)</sup> é de fácil execução e padronização, podendo obter-se resultados semelhantes quando realizadas por diferentes cirurgiões, mesmo aqueles em treinamento, sendo bem aplicável para os diversos tipos e formas de mama.

## BIBLIOGRAFIA

1. Castro CC, Melki LAH. Aspectos atuais do tratamento das hipertrofias e ptoses mamárias. *J Bras Gin.* 1977; 83:241-57.
2. Pitanguy I. Mamoplastia: estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir.* 1961; 42:201-20.
3. Pontes R. Reduction mammoplasty – Variations I and II. *Ann Plast Surg.* 1981; 6:437-44.
4. Castro CC. Mamoplastia redutora nas hipertrofias mamárias. *Rev Col Bras Cir.* 1975; 2:134-7.
5. Castro CC. The value of non-prefixed marking in reduction mammoplasty. *Aesth Plast Surg.* 1984; 8:237-41.
6. Georgiade NG, Georgiade GS, Riefkoh R. Esthetic breast surgery. In: McCarthy JG *Plastic Surgery.* Philadelphia: WB Saunders Company; 1990. p. 3839-97.
7. Keppke EM, Matta S. Plásticas de redução mamária. In: Mélega JM, Zanini AS, Psillakis JM. *Cirurgia plástica reparadora e estética.* 2.ed. Rio de Janeiro. MEDSI; 1992. p. 707-24.
8. Pitanguy I. Evaluation of body contouring surgery today: a 30-year experience. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105:1499-514.
9. Schwartzmann E. Die technik der Mammoplastik. *Chirurg.* 1930; 2:932-43.
10. Spear SL, Little JW. Reduction mammoplasty and mastopexy. In: Grabb W & Smith JW. *Plastic Surgery.* 5.ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 725-55.
11. Strombeck JO. Mammoplasty. In: Grabb W & Smith JW. *Plastic Surgery.* 5. ed. 1997; p. 726-8.