

Incisão transareolopapilar para mamoplastia de aumento: experiência dos últimos 10 anos do Instituto Ivo Pitanguy

Transareolopapilar incision for breast augmentation: 10-year experience at the Ivo Pitanguy Institute

JOÃO PAULO MENDES
VERBICÁRIO¹

ANDRÉ VENTURA FERREIRA¹

THIAGO AYRES HOLANDA¹

NATALE FERREIRA GONTIJO

DE AMORIM²

IVO PITANGUY³

RESUMO

Introdução: Várias vias de acesso foram criadas para a inclusão de implantes na cirurgia de aumento das mamas. Em 1966, Pitanguy descreveu a via de acesso transareolopapilar. O objetivo do presente estudo é avaliar as mamoplastias de aumento realizadas no Instituto Ivo Pitanguy (Rio de Janeiro, RJ, Brasil), nas quais se utilizou a incisão transareolopapilar, nos últimos 10 anos. **Método:** Realizado estudo retrospectivo, analisando-se os seguintes parâmetros: tamanho dos implantes, indicação da incisão transareolopapilar e complicações pós-operatórias, como alterações cicatriciais. **Resultados:** Foram incluídas no estudo 53 pacientes, com média de idade de 33,54 anos e tempo médio de seguimento de 11,6 meses. A maioria (60,4%) dos implantes possuía menos de 200 ml. Doze pacientes foram submetidas a reintervenções pelas seguintes razões: nódulo mamário (1 caso), infecção (1 caso), contratura capsular (1 caso), e insatisfação com a forma das mamas (4 casos), com o volume (4 casos) e com a cicatriz unilateral (1 caso). Dezesesseis (30,2%) pacientes desenvolveram alguma complicação menor no pós-operatório e 13 (24,5%) apresentaram alguma alteração cicatricial no pós-operatório: hipocromia (18,9%), hipertrofia unilateral (1,9%), retração cicatricial unilateral (1,9%), e aréola bífida (1,9%). Vinte (37,7%) pacientes realizaram seguimento pós-operatório superior a um ano e relataram satisfação com a cicatriz. **Conclusões:** A incisão transareolopapilar permite a inclusão de implantes de tamanho pequeno a moderado, com baixo índice de complicações pós-operatórias e cicatriciais, desde que seguida a correta técnica cirúrgica.

Descritores: Mamoplastia. Implantes de mama. Implante mamário. Géis de silicone. Hipopigmentação.

ABSTRACT

Background: There are numerous access routes for inserting implants during breast augmentation surgery. In 1966, Pitanguy described the transareolopapilar route. The aim of this study was to assess the use of transareolopapilar incision during breast augmentation surgery at the Ivo Pitanguy Institute (Rio de Janeiro, RJ, Brazil), over the past 10 years. **Methods:** Retrospective analyses of the size of the implants used, indications for transareolopapilar incision, postoperative complications, and postoperative scarring were performed. **Results:** Fifty-three patients with a mean age of 33.54 years were included, and the mean follow-up period was 11.6 months. Most (60.4%) of the implants were <200 ml. Twelve patients required a second operation due to a breast lump (1 case); infection (1 case); capsular contracture

Trabalho realizado no
Instituto Ivo Pitanguy,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
(Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 8/2/2011
Artigo aceito: 10/10/2011

1. Cirurgião geral, pós-graduando de Cirurgia Plástica do Instituto Ivo Pitanguy, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), professora adjunta do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e do Instituto Carlos Chagas, cirurgiã plástica da equipe do Prof. Ivo Pitanguy – Clínica Ivo Pitanguy, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Patrono da SBCP, membro da Academia Nacional de Medicina e da Academia Brasileira de Letras, professor titular do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e do Instituto Carlos Chagas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

(1 case); and dissatisfaction with breast shape (4 cases), volume (4 cases), and unilateral scarring (1 case). Sixteen (30.2%) patients developed some form of minor postoperative complication; 13 (24.5%) had one or more scarring issues, including hypochromia (18.9%), hypertrophy (1.9%), scar retraction (1.9%), and areola bifida (1.9%). Twenty (37.7%) patients underwent postoperative follow-up for more than one year and were satisfied with the postoperative scar. **Conclusions:** The transareolopapilar incision facilitates the insertion of small-to-moderate size implants with a low rate of postoperative complications and a low incidence of scarring, provided the correct surgical technique is used.

Keywords: Mammoplasty. Breast implants. Breast implantation. Silicone gels. Hypopigmentation.

INTRODUÇÃO

As mamas são órgãos de importância ímpar para a sexualidade feminina. São também órgãos relacionados ao bem-estar psicossocial feminino. Com a evolução da tecnologia envolvida na fabricação dos implantes de mama, bem como das técnicas cirúrgicas, a cirurgia de aumento das mamas com inclusão de implantes vem crescendo no Brasil e no mundo.

Sua história remonta ao ano de 1889, quando Gersuny realizava o aumento das mamas com injeção de parafina¹. Desde então, os materiais para realização desse procedimento mudaram muito, como as próteses de marfim, os enxertos dermogordurosos, as esponjas de diferentes composições, o silicone líquido ou em gel ou os recipientes de silicone que podem ser inflados com diferentes líquidos¹. Em 1962, Cronin e Gerow introduziram o primeiro implante de silicone gel para aumento das mamas, modificando radicalmente esse procedimento cirúrgico e auxiliando sua popularização¹.

Tão importante quanto a evolução da cirurgia de aumento das mamas foi o desenvolvimento das diferentes vias de acesso para esse fim. Autores como Dufourmentel e, posteriormente, Webster, Sinder e Stewart propuseram diferentes tipos de incisão, sempre abordando a aréola e tendo como princípio básico não colocar incisões nos polos superiores das mamas². Outras vias, como a periareolar associada à incisão horizontal, a submamária e a periareolar total, também foram propostas (Figura 1)².

Pitanguy³, em 1966, descreveu a abordagem transareolopapilar, defendendo-a como excelente via de acesso para procedimentos de correção de ginecomastias. Posteriormente, o mesmo autor defendeu o uso da referida incisão para a realização de procedimentos de mamoplastias de aumento, mastectomias subcutâneas e correção de mamilo invertido ou hipertrofiado⁴. Subsequentemente, novas publicações defenderam o uso dessa via de acesso, sempre pautadas pelas vantagens de se realizar uma incisão no complexo areolopapilar⁵⁻⁷.

A abordagem transareolopapilar não ficou restrita, entretanto, às cirurgias de correção de ginecomastias ou de

mamoplastias de aumento, podendo ser usada em procedimentos voltados às extirpações de tumores benignos das mamas⁸. A grande vantagem nesses casos seria o fácil acesso proporcionado por essa via a todos os quadrantes da mama.

Historicamente, entretanto, a referida via de acesso permaneceu como uma via de exceção para as cirurgias de aumento das mamas com inclusão de implantes. Publicações descrevem como causas para sua baixa popularidade a ocorrência de dificuldades para a lactação, maiores taxas de contraturas capsulares, cicatrizes visíveis e alterações na sensibilidade no complexo areolopapilar⁹. Outros autores defendem o uso dessa via de acesso exclusivamente para pacientes com diâmetro das aréolas > 3,5 m e ptose mamária pronunciada⁸.

O objetivo do presente estudo é avaliar, retrospectivamente, as mamoplastias de aumento com inclusão de implantes, nas quais se utilizou a incisão transareolopapilar, realizadas no Instituto Ivo Pitanguy, nos últimos 10 anos, analisando a qualidade da cicatriz e a incidência de complicações no pós-operatório.

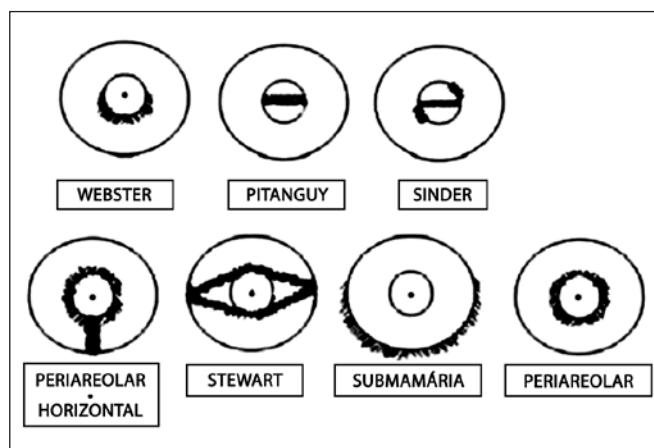


Figura 1 – Alguns tipos de incisão descritas para o acesso da glândula mamária. (Reproduzido de Camargos et al.²)

MÉTODO

Foram analisadas, retrospectivamente, as pacientes submetidas a mamoplastias de aumento no Instituto Ivo Pitanguy (Rio de Janeiro, RJ, Brasil), com uso da via de acesso transareolopapilar segundo técnica original de Pitanguy³, nos últimos 10 anos (Figuras 2 e 3).

O estudo consistiu de:

- análise dos prontuários com coleta de dados;
- análise comparativa das fotografias pré e pós-operatórias por dois cirurgiões plásticos, em momentos diferentes.

Os critérios de exclusão do estudo foram:

- pacientes submetidas a incisão transareolopapilar para outros procedimentos que não mamoplastias de aumento;
- pacientes que apresentaram desenvolvimento de queloides;
- pacientes com dados incompletos.

RESULTADOS

Nos últimos 10 anos, 53 pacientes foram submetidas à inclusão de implantes pela via transareolopapilar no Instituto Ivo Pitanguy, das quais 52 pertenciam à raça branca e uma, à

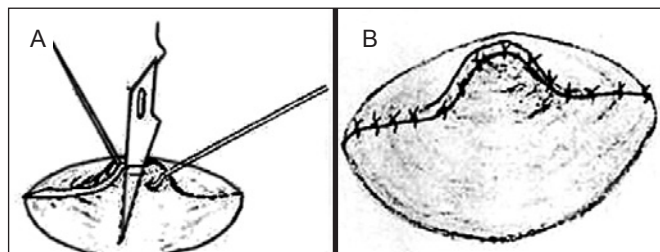


Figura 2 – Em A, técnica da incisão transareolopapilar. Em B, resultado após fechamento. (Reproduzido de Pitanguy et al.¹⁰)

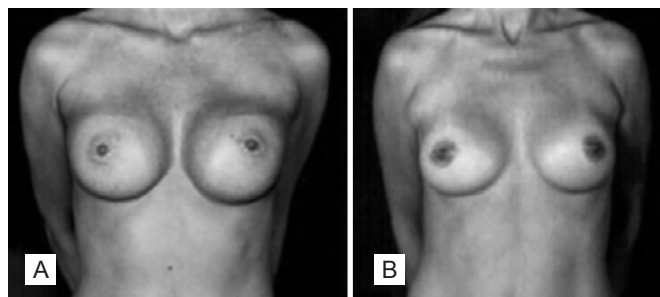


Figura 3 – Em A, paciente submetida a inclusão de implante de poliuretano, de 285 ml, no segundo mês de pós-operatório. Em B, paciente submetida a inclusão de implante texturizado, de 245 ml, no terceiro mês de pós-operatório.

raça negra. A idade variou de 16 anos a 57 anos, com média de 33,54 anos. O tempo de seguimento das pacientes variou de 2 meses a 9 anos de pós-operatório, com média de 11,6 meses.

Desse total de pacientes, 12 foram submetidas a reintervenções, 2 das quais sofrendo mais de duas reoperações. As principais causas de reoperações foram: desenvolvimento de nódulo mamário unilateral (1,9%), presença de infecção (1,9%), desenvolvimento de contratura capsular unilateral (1,9%) e insatisfação com a forma das mamas (7,6%), com o volume (7,6%) e com a cicatriz (1,9%).

Ao todo, 16 pacientes desenvolveram alguma complicação no pós-operatório, totalizando 30,2% dos casos. Nenhum dos casos, entretanto, evidenciou o desenvolvimento de complicações graves. Foram detectados 8 (15%) casos em que houve relato de discreta maceração da pele no ato da passagem do implante, 3 (5,7%) casos de extrusão de pontos, 2 (3,8%) casos de seroma, 2 (3,8%) casos de dor na mama e 1 (1,9%) caso de cisto na cicatriz (Figura 4).

Quanto à indicação da incisão, foram observados 48 (90,5%) casos em que a incisão foi indicada por se tratar da rotina do serviço, 2 (3,8%) casos de presença de mamilo invertido, 1 (1,9%) caso de necessidade de retirada de nódulo mamário no quadrante súpero-medial, 1 (1,9%) caso de presença de mamilo hipertrófico e 1 (1,9%) caso de incisão preexistente (Figura 5).

Quanto às complicações cicatriciais, foram observados 13 casos de complicações cicatriciais tardias, totalizando 24,5% dos casos. Foram consideradas complicações cicatriciais

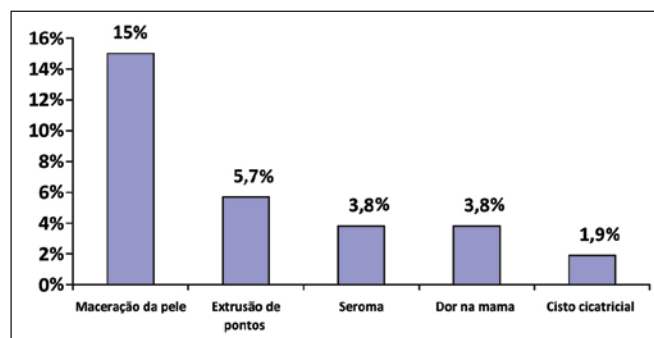


Figura 4 – Complicações pós-operatórias.

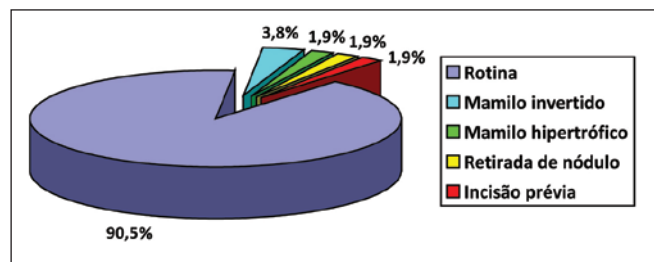


Figura 5 – Indicação de incisão na casuística estudada.

tardias aquelas identificadas a partir do sexto mês de pós-operatório. Foram identificadas as seguintes complicações cicatriciais (Figura 6):

- hipocromia da cicatriz em 10 (18,8%) casos, sendo 6 (11,3%) bilaterais e 4 (7,5%) unilaterais;
- cicatriz hipertrófica unilateral em 1 (1,9%) caso;
- retração cicatricial em 1 (1,9%) caso;
- aréola bífida em 1 (1,9%) caso.

A relação entre a ocorrência de alguma das complicações pós-operatórias previamente descritas e alguma complicação cicatricial só foi observada em 3 casos.

O implante mais utilizado nas pacientes do estudo foi da marca SILIMED®, em 46 (86,7%) pacientes, seguido por implantes McGhan®, em 4 (7,6%) casos, Mentor®, em 2 (3,8%) casos, e Perthese®, em 1 (1,9%) caso. Os volumes colocados no ato operatório foram: implantes de 120 ml em 1,9% dos casos, de 120 ml a 160 ml em 11,3% dos casos, de 160 ml a 200 ml em 47,2% dos casos, de 200 ml a 240 ml em 28,3% dos casos, de 240 ml a 280 ml em 9,4% dos casos e implantes de 285 ml em 1,9% dos casos. Assim, o menor implante colocado foi de 120 ml, da marca Perthese®, e o maior foi de 285 ml, da marca SILIMED®.

As pacientes relataram alto índice de satisfação relacionado ao procedimento em geral e à cicatriz em particular. Do total de pacientes, 20 (37,7%) realizaram seguimento pós-operatório superior a um ano, todas demonstrando satisfação com os resultados cirúrgico e cicatricial obtidos.

Uma paciente apresentou gestação após a cirurgia, tendo amamentado com sucesso por 8 meses.

DISCUSSÃO

A incisão transareolopapilar foi descrita por Pitanguy, em 1966, como uma alternativa para a confecção de mastectomia subcutânea, no tratamento da ginecomastia^{3,10}. Posteriormente,

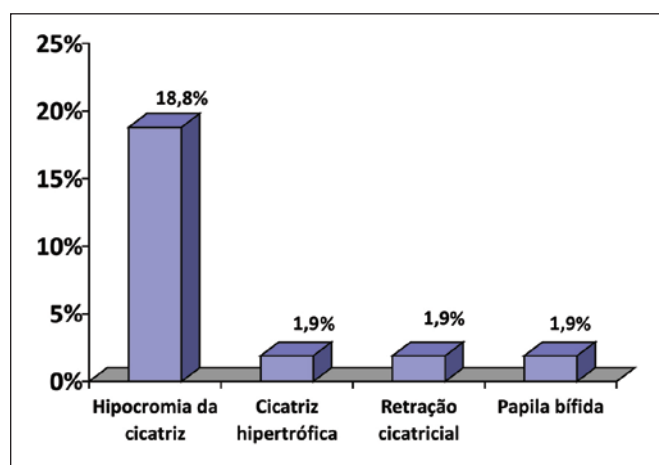


Figura 6 – Complicações cicatriciais à avaliação fotográfica.

foi proposta a realização de mamoplastias de aumento com o uso dessa incisão⁴. Outros autores propuseram essa via cirúrgica para a realização de procedimentos cirúrgicos distintos⁸.

Poucos foram os autores que defenderam o uso dessa via de acesso. Os principais fatores relatados como fundamentais para não utilizar a técnica são: alteração da sensibilidade do complexo areolopapilar; dificuldade na lactação; aumento dos índices de infecção; cicatriz visível e hipopigmentada; necessidade de outra via de acesso no caso de ptose mamária no futuro; e maior incidência de contratura capsular⁹.

No presente estudo, observamos a ocorrência apenas de complicações ditas menores, não relacionadas à cicatriz e comuns à maioria das cirurgias de inclusão de implantes de mama, em 30,2% dos casos.

Alterações relacionadas à cicatriz foram observadas em 24,5% dos casos do estudo, após tempo médio de seguimento das pacientes de 11,6 meses de pós-operatório. Apesar da alta porcentagem de pacientes com alterações cicatriciais, foram detectados apenas dois casos em que as pacientes foram submetidas a procedimentos para revisão das cicatrizes, de maneira unilateral.

A principal complicação cicatricial observada foi a ocorrência de hipocromia da cicatriz, em 18,8% dos casos. Outras complicações cicatriciais, como papila bífida, cicatriz hipertrófica e retração cicatricial, estiveram presentes em 1,9% dos casos, para cada uma dessas complicações. A grande vantagem de uma complicação como a hipocromia na região do complexo areolopapilar é a possibilidade de evolução benigna após o uso de tratamentos adjuvantes, como a micropigmentação, cujos resultados tendem a ser ótimos, com altos índices de satisfação.

Uma paciente apresentou gestação no pós-operatório e teve sucesso na amamentação. Apesar de ser um caso isolado, constitui um evento digno de nota, pois foi a única gestação detectada no pós-operatório.

Um aspecto interessante foi o uso dessa via de acesso para o tratamento de outras doenças do complexo areolopapilar, concomitantemente ao procedimento de inclusão de implante. Houve indicação dessa incisão para correção de mamilo invertido e mamilo hipertrófico em 7,5% das pacientes. Tal associação já foi muito bem demonstrada pelo autor sênior em outros estudos^{4,7}.

Foram observados 12 casos em que houve necessidade de realização de reoperações, dos quais apenas 2 (3,8%) decorreram de contratura capsular, índice muito inferior ao encontrado na literatura, de 11%⁴.

Os implantes incluídos variaram de 120 ml a 285 ml, sendo observada, entretanto, a impossibilidade de colocação de implantes de grande volume em mamas que apresentam complexos areolopapilares pequenos. Pequenos complexos areolopapilares não permitem a inclusão de grandes implantes. Normalmente, no Instituto Ivo Pitanguy, complexos areolopapilares <3,5 cm são selecionados como candidatos a outras

vias de acesso para inclusão de implantes de mama. Nesses casos, a via de acesso preferencial é pelo sulco inframamário. No estudo em questão, a maioria dos implantes incluídos teve volume entre 160 ml e 240 ml, demonstrando possível dificuldade em incluir implantes de maior volume ao utilizar essa incisão, mesmo considerando-se complexos areolopapilares com diâmetro > 3,5 cm.

Por ser uma via de acesso fisiológica, com mínima consequência para os ductos lactíferos, seu uso deveria ser mais aceito em detrimento da via de acesso periareolar inferior. Entretanto, a aceitação dessa via de acesso por parte das pacientes tende a ser muito baixa, principalmente no momento em que são informadas de que a cicatriz seria colocada no centro do complexo areolopapilar, dividindo a papila ao meio.

Seu uso, no entanto, não deve ser totalmente descartado, pois permite ótimo acesso à glândula mamária, possibilitando a bipartição da mama com maior facilidade e possuindo índices aceitáveis de complicações cicatriciais, a maioria reversível com o uso de tratamentos adjuvantes, como a micropigmentação. Os índices de satisfação com essa via de acesso foram altos e a necessidade de revisões cicatriciais foi muito baixa.

CONCLUSÕES

A incisão transareolopapilar permite a inclusão de implantes de tamanho moderado (120 ml a 285 ml), com baixo índice de

complicações pós-operatórias e índice aceitável de complicações cicatriciais, reversíveis em grande parte com tratamentos adjuvantes simples.

REFERÊNCIAS

1. Pitanguy I, Salgado F, Radwanski HN, Stersa RM. Estágio atual dos implantes mamários. *Rev Bras Cir.* 1991;81(6):291-9.
2. Camargos AG, Ferreira EM, Ferreira FPM, Lima JCSA. Correção de ginecomastia pela via periareolar circular: uma alternativa para ressecção do excesso de pele. *Rev Bras Cir Plast.* 2007;22(2):107-15.
3. Pitanguy I. Transareolar incision for gynecomastia. *Plast Reconstr Surg.* 1966;38(5):414-9.
4. Pitanguy I. *Aesthetic plastic surgery of head and body.* Berlin: Springer-Verlag; 1981. p.50-63.
5. Kompatscher P, Schuler C, Beer GM. The transareolar incision for breast augmentation revisited. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(2):70-4.
6. Terino EO. Essential concepts in prosthetic breast surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 1982;6(1):25-32.
7. Pitanguy I. Mamilo invertido. *Rev Bras Cir.* 1975;64:199.
8. Cardoso AA, Paulinelli RR, Freitas-Júnior R, Rahal RMS, Jacinto TF. Análise comparativa da técnica da incisão em duplo círculo com as técnicas com incisão periareolar e transareolomamilar de correção cirúrgica da ginecomastia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(9):465-9.
9. Tenius FP, da Silva Freitas R, Closs Ono MC. Transareolar incision with geometric broken line for breast augmentation: a novel approach. *Aesthetic Plast Surg.* 2008;32(3):546-8.
10. Pitanguy I, Muller P, Davalo P, Barzi A, Persichetti P. Trattamento della ginecomastia attraverso una incisione transareolare. *Minerva Chir.* 1989; 44(17):1941-8.

Correspondência para:

João Paulo Mendes Verbicário
Rua Fonte da Saudade, 126/703 – Lagoa – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – CEP 22471-210
E-mail: jpverbicario@hotmail.com