

Avaliação da Sensibilidade do Complexo Aréolo-Mamilar após Mamaplastia Redutora com Pedículo Dérmico Vertical Superior

Antonio Carlos Abramo¹
Lytza Mara Ferreira Oliveira²
Renato Chiavegati Milan²
Silmara Mateus²

- 1] Doutor em Cirurgia Plástica pela Escola Paulista de Medicina, UNIFESP - Regente do ACA - Grupo Integrado de Assistência em Cirurgia Plástica da Beneficência Portuguesa, serviço credenciado pela SBCP.
- 2] Estagiários do serviço.

Endereço para correspondência:

Antônio Carlos Abramo

R. Afonso de Freitas, 641
São Paulo - SP
04006-052

Unitermos: Complexo aréolo-mamilar; pedículo dérmico vertical superior; contração areolar; ereção do mamilo.

RESUMO

Para avaliar a sensibilidade erógena e sensitiva do complexo aréolo-mamilar (CAM), após mamaplastia redutora empregando um retalho dérmico, vertical e de pedículo superior para suporte do CAM, foram realizados testes com agulha e toque suave com cotonete de algodão. A sensibilidade erógena foi expressada pela ereção do mamilo e a sensitiva pela contração da aréola e pela presença ou não de dor após a estimulação. Testes não paramétricos foram usados para analisar os dados referentes ao retorno da sensibilidade do CAM. O retorno da sensibilidade do CAM também foi avaliado em relação à quantidade de tecido mamário retirada e à elevação do CAM para a sua nova posição.

INTRODUÇÃO

Vários tipos de mamaplastia redutora têm sido descritos na literatura, porém, foram relatadas poucas referências⁽⁴⁾ relativas ao retorno da sensibilidade do CAM após a cirurgia. O principal suprimento nervo-

so do CAM é fornecido pelos nervos intercostais. A aréola é inervada, lateralmente, pelos ramos cutâneos laterais do III, IV e V nervos intercostais e, medialmente, pelo ramo cutâneo anterior do III, IV,

V e VI nervos intercostais⁽⁹⁾. O ramo lateral anterior, do ramo cutâneo do IV nervo intercostal transfixa o tecido mamário, saindo da base da mama, diretamente para o CAM⁽⁸⁾. Os ramos supraclaviculares do plexo cervical também são descritos como responsáveis pela sensibilidade do CAM⁽¹⁰⁾. A sensibilidade erógena é fornecida pelo sistema nervoso simpático, sendo realizada através das fibras nervosas que partem dos gânglios paravertebrais, segundo ao sexto, para inserirem-se nos músculos lisos, logo abaixo do mamilo⁽¹²⁾. Testes de pressão suave e toque grosseiro têm sido empregados para avaliar, qualitativamente, a sensibilidade do CAM⁽⁵⁾. O teste com agulha também tem sido empregado para analisar a sensibilidade do CAM⁽³⁾. Outro método de avaliação qualitativa tem sido a comparação das informações referidas pelas pacientes, antes e após a cirurgia, em relação à intensidade da resposta do CAM ao estímulo efetuado⁽¹⁾. Schwarzmann⁽¹¹⁾ foi o primeiro a enfatizar a importância da rede vascular dérmica para a nutrição do CAM. Desde então, vários autores têm desenvolvido pedículos dérmicos para o CAM, nas mamaplastias redutoras, de posição superior^(2, 14), lateral⁽¹³⁾ ou inferior⁽⁶⁾.

Neste trabalho será avaliado o retorno da sensibilidade erógena e sensitiva do CAM, após mamaplastia redutora, usando um pedículo dérmico, vertical e superior para o complexo aréolo-mamilar.

PACIENTES E MÉTODO

Trinta pacientes com idade variando entre 22 e 56 anos, apresentando hipertrofia mamária acompanhada de diferentes graus de assimetria e de ptose, foram submetidas à mamaplastia redutora, usando um molde previamente descrito para o traçado das incisões⁽²⁾. O traçado do molde formou um retalho dérmico, vertical e de pedículo superior para suporte do CAM (Fig. 1). Da mesma forma, determinou o diâmetro final da aréola, a nova localização do CAM e a quantidade de tecido mamário a ser removida, mantendo intacto o pólo superior da mama. A Tabela I apresenta as condições clínicas pré-operatórias e os resultados. A fluoresceína sódica a 10% foi usada para determinar a presença de alterações vasculares do CAM, após a confecção do retalho dérmico. O teste do toque suave com cotonete de algodão e o teste com agulha foram aplicados para avaliar a sensibilidade do CAM (Fig. 2 e 3). A sensibilidade erógena foi caracterizada pela ereção do mamilo e a sensitiva pela contração da aréola

e pela presença de dor ao estímulo, referida pela paciente (Fig. 4). Para uma melhor avaliação do retorno da sensibilidade, o CAM foi dividido em 4 quadrantes, quadrante superior lateral - QSL, quadrante superior medial - QSM, quadrante inferior lateral - QIL e quadrante inferior medial - QIM (Fig. 5). A contração da aréola foi considerada como ausente ou presente nos quadrantes, após cada estimulação. A sensibilidade da aréola também foi considerada como ausente ou presente em cada quadrante, em relação a dor relatada pela paciente. Os dados referentes à sensibilidade da aréola foram obtidos pela contração areolar e pelas informações prestadas pelas pacientes, a cada mês após a cirurgia, até que a sensibilidade estivesse presente nos quatro quadrantes do CAM. O retorno da sensibilidade foi analisado e relacionado com a quantidade de tecido mamário retirado e com a elevação do CAM à sua nova localização. Testes não paramétricos foram aplicados para análise dos resultados, com o respectivo nível de significância estabelecido para cada teste realizado.

RESULTADOS

Foram analisados 60 complexos aréolo-mamilares, de 30 pacientes do sexo feminino, cujos diâmetros foram reduzidos para 4,5 e 5,0 cm, nutridos através de um retalho dérmico, de pedículo superior e vertical. A Tabela I apresenta demonstrativo dos dados obtidos em cada paciente. Apesar do exame com fluoresceína sódica a 10% não revelar comprometimento vascular do CAM durante o ato operatório, 5 complexos aréolo-mamilares apresentaram sofrimento no pós-operatório imediato, sendo 4 nos quadrantes lateral e medial inferiores e 1 nos quadrantes superior e inferior laterais. A redução do diâmetro da aréola não comprometeu o retorno da sensibilidade do CAM. A perda permanente da ereção do mamilo ou da contração da aréola não foram observadas nesta série de pacientes. A diminuição do nível de sensibilidade após a mamaplastia redutora, em relação ao nível de sensibilidade antes da cirurgia, foi relatada em 5 complexos aréolo-mamilares, de 4 pacientes operadas. A ereção do mamilo foi mais precoce que a contração da aréola, ocorrendo entre 1 e 3 semanas após a cirurgia (Fig. 6). O retorno da sensibilidade da aréola foi mais expressivo, 41/60, nos primeiros três meses após a mamaplastia redutora (Fig. 7). A sensibilidade dolorosa e a contração da aréola foram restabelecidas, simultaneamente, em cada quadrante do CAM, tendo sido recuperadas até o sétimo mês após a cirurgia,

sendo que apenas em 1 CAM a sensibilidade foi restabelecida no sétimo mês após a cirurgia. O teste de Cochran ($p < 0,001$) foi empregado para determinar o nível de recuperação da sensibilidade, mensalmente, em cada quadrante do CAM. Na Tabela II observou-se um aumento progressivo do retorno da sensibilidade para cada quadrante do CAM, em cada mês de avaliação. O teste de McNemar ($p < 0,001$) foi aplicado para comparar a recuperação da sensibilidade entre os diferentes quadrantes do CAM. Observou-se que o retorno da contração areolar nos quadrantes superiores foi significativamente mais precoce do que nos quadrantes inferiores (Fig. 8). A contração areolar no quadrante superior medial ocorreu mais precocemente do que nos demais quadrantes. O teste de McNemar ($p < 0,001$), também foi utilizado para comparar o retorno da contração da aréola entre as mamas direita e esquerda, não sendo constatadas diferenças significantes entre elas. O coeficiente de Spearman ($p < 0,003$) foi usado para analisar o retorno da contração areolar em relação à quantidade de tecido mamário retirado, em gramas e à elevação do CAM à sua nova posição, em centímetros. A Tabela III mostrou correlação significativa entre o retorno da sensibilidade e a quantidade de tecido mamário retirado e a elevação do CAM. Quanto maior a elevação do CAM e o volume de tecido mamário retirado, mais demorada a recuperação da sensibilidade.

DESCRIÇÃO DE CASO

Paciente de 41 anos de idade, sexo feminino, com duas gestações, apresentou mamas hipertróficas, assimétricas e ptosadas (Fig. 9a). Foi submetida à mamoplastia redutora empregando retalho dérmico, vertical e de pedículo superior para o CAM. A redução do diâmetro da aréola foi de 7,0 para 4,5 cm. A sensibilidade do CAM da mama direita retornou no terceiro mês após a cirurgia e na mama esquerda no quarto mês. A quantidade de tecido mamário retira-

do na mama direita foi de 703 g e na mama esquerda de 880 g. Após 1 ano da cirurgia as mamas não apresentaram variações de forma e volume, com o CAM mantido em sua nova posição (Fig. 9b).

DISCUSSÃO

A mama, operada ou não, tem um padrão de sensibilidade irregular e ainda incompletamente compreendido⁽⁷⁾. Apesar da correlação anatômica entre os dois parâmetros de sensibilidade, a ereção do mamilo retornou mais precocemente do que a contração da aréola. A estimulação mecânica do mamilo inicia uma transmissão neural, a qual por meio de um mecanismo de arco reflexo, realizado através dos nervos intercostais, induz a contração dos músculos lisos localizados logo abaixo do mamilo, promovendo a sua ereção precoce. A estimulação mecânica da aréola inicia a mesma transmissão neural, entretanto, o atraso no retorno da contração da aréola em relação à ereção do mamilo ocorreu provavelmente pela ausência do arco reflexo nesta transmissão neural. A manutenção da integridade do pólo superior da mama, aderido ao músculo peitoral, preservou os ramos cutâneos do III e IV nervos intercostais, garantindo a sensibilidade do CAM através do retalho dérmico, vertical e de pedículo superior. Pela posição superior e vertical do pedículo do retalho dérmico, a contração da aréola retornou mais precocemente nos quadrantes superiores. A diminuição do nível de sensibilidade após a cirurgia relatada em 5 complexos aréolo-mamilares ocorreu naqueles que apresentaram comprometimento vascular no pós-operatório. O atraso na recuperação da sensibilidade do CAM foi associado com a quantidade de tecido mamário retirado e a elevação para alcançar sua nova posição.

BIBLIOGRAFIA

Vide páginas 12 e 13.