

TÉCNICA PARA CORREÇÃO DE PTOSE MAMÁRIA MASCULINA PÓS-GRANDES EMAGRECIMENTOS*

Technique to correction of male mammary ptosis after significant loss of weight

JOSÉ HUMBERTO CARDOSO RESENDE

RESUMO

A cura cirúrgica do aumento da mama masculina pode estar ligada à causa mais comum que é o aumento da glândula mamária - ginecomastia - ou nos casos de obesidade ou pós-obesidade, ligada ao aumento de tecidos adiposos com ptose mamária sem ginecomastia, o que chamamos de Plástica Mamária Masculina não Estética ou simplesmente Plástica Mamária Masculina, por não ser de causa exclusivamente do aumento da glândula masculina. Em alguns casos, podemos ter também a associação de hipertrofia mamária com ginecomastia. O objetivo deste trabalho é descrever uma técnica cirúrgica para correção do excesso de pele na região mamária de pacientes, após grandes emagrecimentos, com cicatrizes menos estigmatizantes e diferentes das técnicas para correção das mamas femininas.

Descritores: Ginecomastia. Hipertrofia. Obesidade.

SUMMARY

The surgical cure for the enlargement of male breast may be related to the most common cause which is the increase of the mammary gland - gynecomastia. In cases of obesity or post-obesity, it may be related to the increase of adipose tissue with mammary ptosis without gynecomastia, and it is known as non aesthetic male mammary plastic, or simply, male mammary plastic, due to the fact that it is not related, exclusively, to the increase of the male gland. In some cases, there is an association of mammary hypertrophy with gynecomastia. The purpose of this work is to describe a surgical technique to correct the excess of skin on the mammary region of male patients, after significant loss of weight, aiming at less stigmatizing scars different from those resulted from techniques used in female breast correction.

Descriptors: Gynecomastia. Hypertrophy. Obesity.

1. Titular SBCP - Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital dos Servidores do Estado, RJ.

Correspondência para: José Humberto Cardoso Resende
Rua Rodolfo Dantas, 16/1001 - Copacabana - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22020-040

*Trabalho recebeu menção honrosa do Prêmio Georges Arié IMPORTMEDIC em 2º lugar.

INTRODUÇÃO

A cura cirúrgica do aumento da mama masculina pode estar ligada à causa mais comum que é o aumento da glândula mamária – ginecomastia – ou nos casos de obesidade ou pós-obesidade, ligada ao aumento de tecidos adiposos com ptose mamária sem ginecomastia, o que chamamos de hipertrofia mamária masculina, com ou sem ptose. A correção chamamos Plástica Mamária Masculina. Pode haver a associação de hipertrofia mamária masculina com ginecomastia.

As cicatrizes existentes para casos de grandes hipertrofias causavam alívio ao paciente vestido, mas grandes desconfortos quando despidos, tendo em vista a posição das cicatrizes. As cirurgias quase sempre estão associadas à lipoaspiração, exérese de glândula e tecido adiposo em excesso, além de tecidos em excesso, nos casos de mastectomia com retirada de pele, incluindo os casos de câncer. Às vezes, nos casos de hipertrofia do complexo aréolo-papilar, as técnicas são associadas à redução das aréolas. Neste trabalho, apresentamos a proposta da técnica para redução dos tecidos mamários masculinos com exérese de pele em excesso, com cicatriz que difere do formato das técnicas femininas. Na técnica apresentada, na maioria das vezes, o complexo aréolo-papilar está irrigado pelo pedículo inferior, mas há casos raros onde a hipertrofia sugere marcação idêntica, mas com o pedículo superior. Podemos ter causas fisiológicas e patológicas: neonatal, puberal¹ e senil², ginecomastias patológicas e hipertrofia mamária masculina. Nestes casos, incluímos todos os aumentos do volume da mama masculina, que têm como etiologia processos patológicos incluindo a obesidade³. Causas mais comuns: insuficiência renal, insuficiência hepática, hipo e hipertireoidismo^{4,5}, hipogonadismo⁵, doenças neoplásicas, obesidade, tumores testiculares, efeitos do álcool, anfetaminas, maconha, opiáceos, anabolizantes, quimioterápicos, cimetidina, antidepressivos, etc.

Pré-operatório: 1 - Identificar o tipo do aumento da mama masculina; 2 - Pesquisar causa; 3 - Anamnese completa; 4 - Exame físico completo; 5 - Comparar exame físico e anamnese com resultados dos exames laboratoriais, isto inclui diagnóstico da diabetes; 6 - Verificar consistência da mama e presença de dor; 7 - Mamografia ou ultra-sonografia ou ecografia; 8 - Escolher técnica mais apropriada para cada caso; 9 - Fazer diagnóstico diferencial com lipomas, angiomas, neurofibromas ou hipertrofia do músculo peitoral maior.

Classificação: I. Ginecomastia⁶: Grau 1 – Aumento leve da mama, sem excesso de pele (Figura 1); Grau 2 – Aumento moderado da glândula, sem excesso de pele (Figura 2); Grau 3 – Aumento exagerado da glândula, com excesso de pele (Figura 3). II. Hipertrofia Mamária Masculina: Grau 1 – Aumento de celular subcutâneo e pele, sem aumento de glândula e ptose leve (Figura 4); Grau 2 – Aumento da mama incluindo celular subcutâneo e pele com ptose moderada (Figura 5); Grau 3 – Gigantomastia masculina (Figura 6).

Tratamento: Clínico – O tratamento clínico estará indicado para os casos de ginecomastia por transtornos hormonais ou suspensão de droga causadora da patologia. Cirúrgico – São casos que, mesmo com tratamento clínico ou com espera de mais de 18 meses, não foram solucionados e estão causando transtornos psicológicos aos pacientes⁷.

A técnica escolhida dependerá do grau e da classificação feita. As mais comuns são: 1 - Exérese cirúrgica simples – indicadas nos casos com aumento mamário devido à hipertrofia glandular⁷. 2 - Lipoaspiração simples – indicada nos casos de aumento exclusivo de tecido adiposo. 3 - Exérese cirúrgica associada com lipoaspiração e exérese de tecido glandular⁸ – quando tivermos aumento de tecido celular e glandular. 4 - Exérese cirúrgica com ressecção de pele – este é o tipo mais comum após emagrecimentos.

Figura 1 – Aumento leve da mama, sem excesso de pele.



Figura 2 – Aumento moderado da glândula, sem excesso de pele.



Figura 3 - Aumento exagerado da glândula, com excesso de pele.



Figura 4 - Aumento de celular subcutâneo e pele, sem aumento da glândula e ptose leve.



Figura 5 - Aumento da mama incluindo celular subcutâneo e pele, com ptose moderada.



Figura 6 - Gigantomastia masculina.



Indicado nos casos de ptose por excesso de pele e tecido celular subcutâneo⁸. 5 - Exérese cirúrgica com excesso de glândula, tecido adiposo e pele⁴ - pode ser encontrado em alguns casos de obesidade ou pós-emagrecimento por livre e espontânea vontade ou pós-cirurgia bariátrica⁵. 6 - Amputação da mama masculina com enxerto do complexo aréolo-papilar. Estas marcações geralmente deixam marcas transversas. 7 - Amputação da mama masculina com marcação prévia em formato de losângulo (óvni ou disco voador) - aqui apresentada e sem enxerto do complexo aréolo-papilar.

O objetivo da técnica apresentada é atingir os desejos dos pacientes deformados pela obesidade com pós-operatório de

reparação, com cicatrizes diferentes das utilizadas, usualmente, nas correções femininas.

MÉTODO

Casuística

Estudo longitudinal, retrospectivo e descritivo no qual foram incluídos os pacientes operados e submetidos à correção de ptose mamária masculina pela técnica proposta pelo autor, no período de maio de 2002 a maio de 2006. Foram incluídos no estudo pacientes com diagnóstico de ptose mamária pós-grandes emagrecimentos, tanto após cirurgia bariátrica quanto após perda de peso por livre e espontânea vontade.

Técnica cirúrgica para correção de hipertrofia mamária masculina

A anestesia utilizada poderá ser local, com bloqueio dos nervos intercostais, ou geral⁹. A marcação deve ser realizada com o paciente de pé. 1 - Marcação do ponto ideal do complexo aréolo-papilar. Gostaríamos de batizá-lo como Ponto de Pitanguy, conforme ocorre nas marcações femininas - (Figura 7A). 2 - Marcar o semicírculo superior da futura posição areolar ou incisão semilunar superior (Figura 7B). 3 - Marcar o semicírculo inferior, caso haja hipertrofia aréolar. 4 - Marcar dois vetores em posições equidistantes, que se unirão em forma semelhante com um losângulo ("disco voador" ou "óvni") - (Figura 7C). 5 - Incisar, verticalmente, a parte superior do disco e, posteriormente, a parte inferior. Fazer hemostasia. (Figura 7D). 6 - Extirpar pele total da zona demarcada. 7 - Fazer a mastectomia total, deixando 1 a 2 centímetros de pele e celar em toda a região mastectomizada, a fim de dar mais naturalidade à futura região mamária (Figura 7E). 8 - Incluir lipoaspiração nas laterais somente nos casos que exigirem melhor acabamento nas laterais da mama. 9 - Peça operatória 550g - (Figura 7F). 10 - Aproximar com pontos separados ou intradérmicos as incisões, transformando o formato de "disco voador" ou "óvni" em uma cicatriz retilínea com pontos apenas na parte superior da aréola e prolongamentos laterais. Se houver hipertrofia do complexo aréolo-papilar, marcar com areolótomo e decorticar a parte inferior da aréola preexistente também, reduzindo o seu diâmetro (Figura 7G). 11 - Colocação de dreno de sucção por 48 horas e curativo semi-adesivo por 21 dias. Faixa elástica tipo cinta torácica por 3 meses. Fita de silicone para prevenir quelóides por 3 meses.

RESULTADOS

Nesse período, foram operados 30 pacientes com a técnica preconizada pelo autor. Todos os pacientes eram do sexo masculino e com idade média de 35 anos. Dos pacientes submetidos à cirurgia, 15 (50%) tiveram perda de peso após cirurgia bariátrica e os demais 50% perderam peso por regimes de emagrecimento não cirúrgico (livre e espontânea vontade). A média de perda de peso dos pacientes incluídos nesse estudo foi de 43kg. Um paciente perdeu 105kg. Os resultados pós-operatórios foram satisfatórios do ponto de vista estético e funcional em todos os pacientes e foram acompanhados pelo mínimo de 2 anos.

Complicações

Deiscências, hematomas e equimoses foram apresentados em 2% dos casos. Não encontramos nenhum relato de necrose. Cicatrizes inestéticas: 1%. Grau de satisfação: 95%. Reoperação com a marcação invertida: 2%.

Casos operados com a técnica descrita

Caso 1 - Paciente de 20 anos, com emagrecimento de 52kg, estando atualmente com 1,76m de altura e 74kg de peso corporal. Ficou com ptose mamária e hipertrofia do

complexo aréolo-papilar. Realizamos a técnica descrita, mostrando pós-operatório de 2 anos (Figura 8).

Caso 2 - Paciente de 23 anos com emagrecimento de 73kg, estando atualmente com 1,82m de altura e 78kg de peso corporal. Realizada a cirurgia, conforme a técnica descrita. Pós-operatório de 6 meses (Figura 9).

Caso 3 - Paciente de 19 anos, com emagrecimento de 50kg, estando atualmente com 1,76m de altura e 70kg de peso corporal. Mesmo emagrecido, ficou com hipertrofia mamária com excesso de celular subcutâneo e pele, além da ptose. Poderíamos considerar este caso como gigantomastia masculina. Peça operatória de 550g. Pós-operatório de 1 ano - (Figura 10).

DISCUSSÃO

Muitas são as técnicas existentes para a cura cirúrgica da ginecomastia, que também podem ser aplicadas à plástica mamária masculina não estética. Nas grandes hipertrofias ou excessos de celular subcutâneo e pele⁶, as técnicas existentes acarretam, no pós-operatório, cicatrizes visíveis com aspecto ou de mastectomia tipo glandular feminina ou cicatrizes em "T" invertido⁹, típica de plástica utilizada em mulheres. São cicatrizes peri-areolares¹⁰, tipo "Patey" das mastectomias, cicatrizes laterais, peri-areolares e cicatrizes infra - mamas¹¹, etc. Dentre todas as técnicas, a que se assemelha mais a esta apresentada, é a de Moguevsky que também deixa uma cicatriz final nas laterais das aréolas, sem muito estigma feminino¹². A diferença fica na marcação, onde idealizamos a cicatriz final mais reta, ou seja, sem ângulos laterais. Para isso, as marcações dos ângulos laterais devem ficar equidistantes, a fim de não deixar possibilidades de retirada de orelhas remanescentes. No pós-operatório, verificamos que, na técnica de Moguevsky, a cicatriz fica maior e angulada e, na técnica proposta, a cicatriz final é mais reta.

CONCLUSÕES

O termo Hipertrofia Mamária Masculina nos pareceu mais apropriado por não termos encontrado, em muitos casos, aumento da glândula mamária, e sim excesso de tecido adiposo ou excesso de pele com ptose da mama. Ocorre em 95% dos casos de obesidade ou pós-emagrecimento, com ou sem cirurgia bariátrica. A escolha da técnica para correção com menor cicatriz e por cicatriz que difere das técnicas femininas tem dado bons resultados psicológicos aos pacientes. Para cada caso, a técnica escolhida deve ser a mais apropriada, e que seja diferente das técnicas femininas, evitando o estigma da comparação. Nos casos de gigantomastia masculina, a técnica de amputação com enxerto do complexo aréolo-papilar poderá ser uma opção. O mais importante da avaliação final é o grau de satisfação apresentado no pós-operatório dos pacientes.

Figura 7 - A: Marcação do ponto "A"; B: Marcação dos dois semicírculos areolares; C: Marcação dos dois vetores equidistantes, unidos em formato de óvni; D: Incisar as marcações; E: Mastectomia total; F: Peça operatória - 550g; G: Cicatriz final.

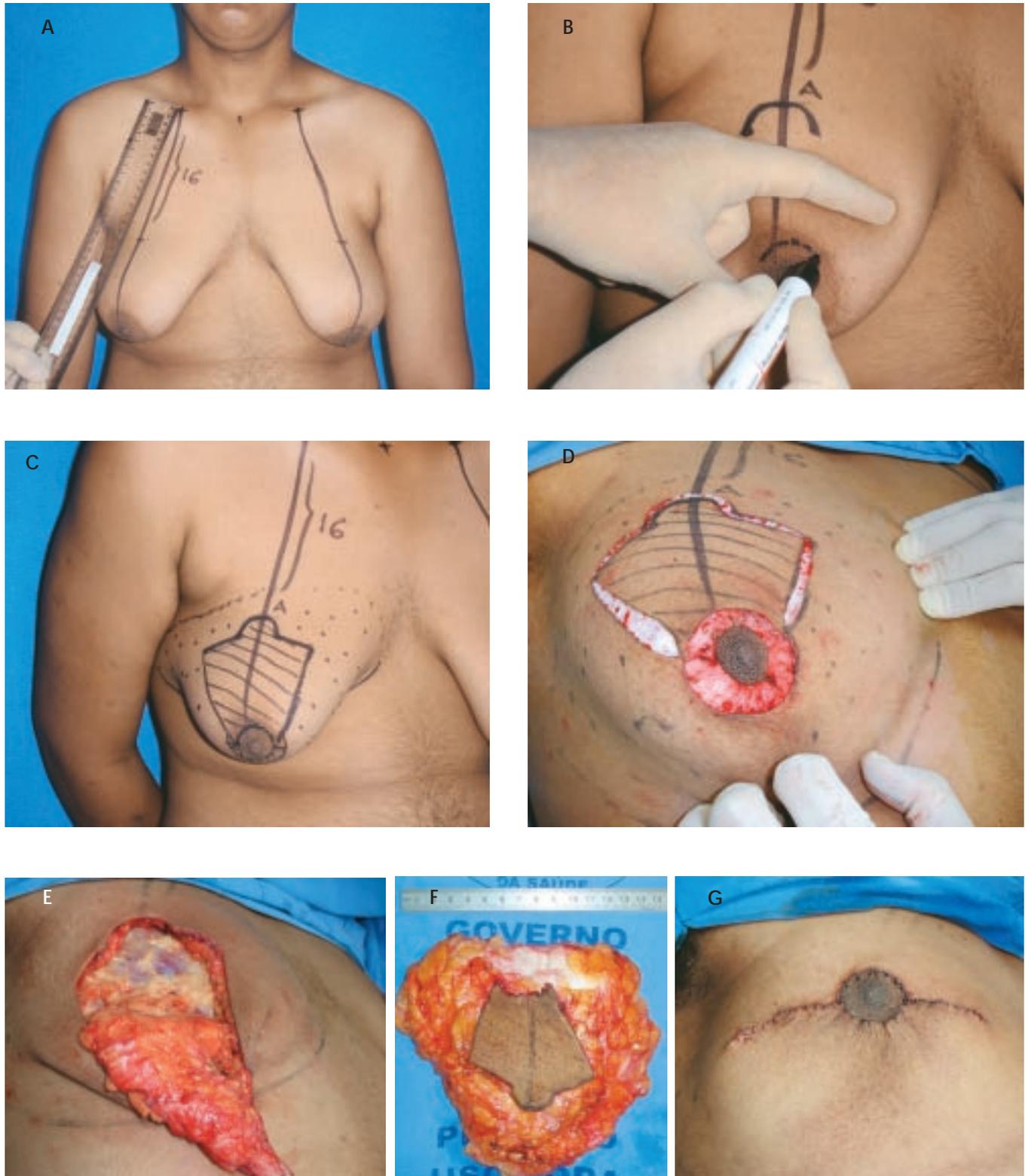


Figura 8 – A: Marcação da técnica; B: Retirada da pele; C: Exérese da peça operatória; D: Sutura final; E: Pré-operatório de frente; F: Pós-operatório tardio de frente; G: Pré-operatório de perfil; H: Pós-operatório de perfil.

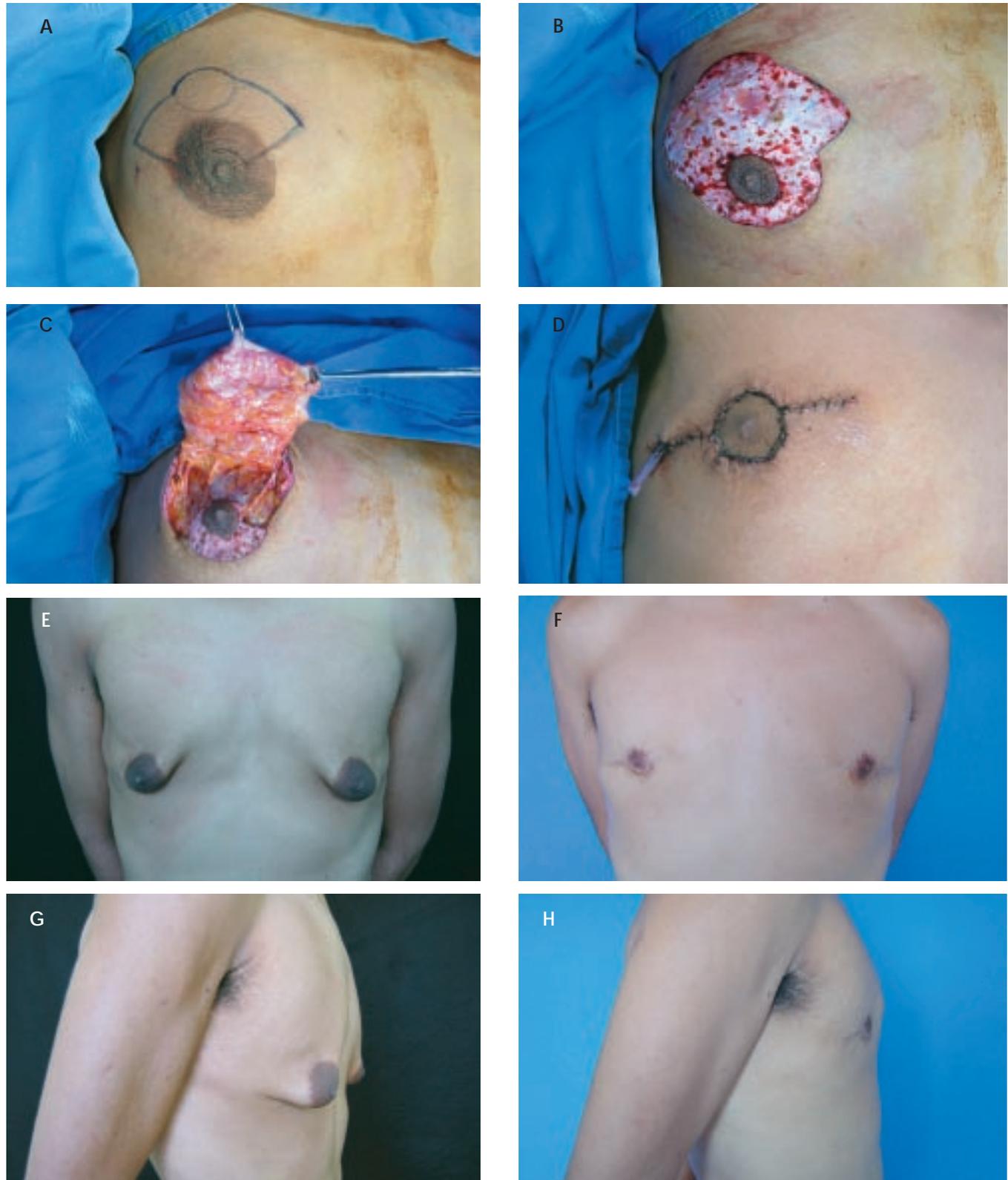


Figura 9 – A: Pré-operatório de frente; B: Incisões da zona a ser extirpada; C: Pós-operatório imediato; D: Pré-operatório de frente; E: Pós-operatório de frente.

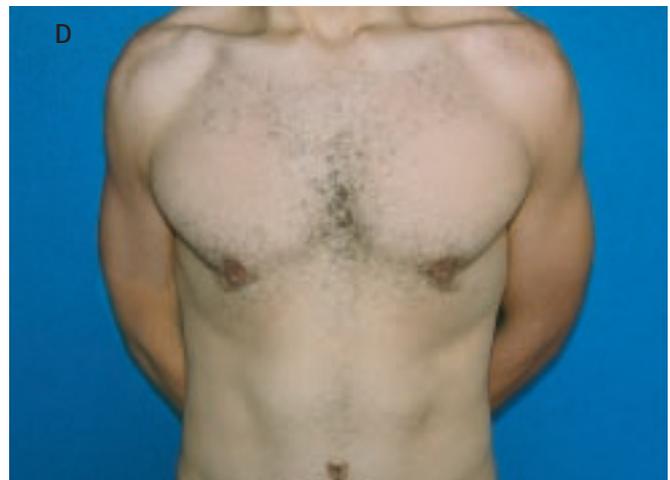
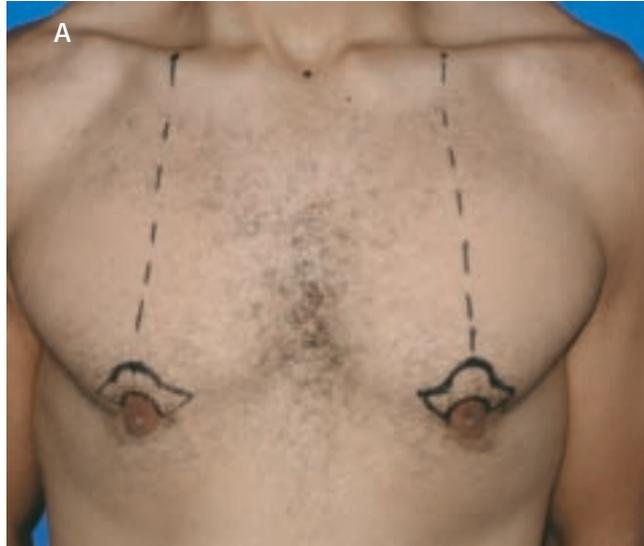


Figura 10 – A: Pré-operatório; B: Pós-operatório com 1 ano; C: Pré-operatório de perfil; D: Pós-operatório de perfil.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beck W, Stubbe P. Endocrinological studies of the hypothalamo-pituitary gonadal axis during danazol treatment in pubertal boys with marked gynecomastia. *Horm Metab Res.* 1982;14(12):653-7.
2. Braunstein GD. Gynecomastia. *N Engl J Med.* 1993; 328(7):490-5.
3. Courtiss EH. Gynecomastia: analysis of 159 patients and current recommendations for treatment. *Plast Reconstr Surg.* 1987;79(5):740-53.
4. Nuttall FQ. Gynecomastia as a physical finding in normal men. *J Clin Endocrinol Metab.* 1979;48(2):338-40.
5. Pensler JM, Silverman BL, Sanghavi J, Goolsby C, Speck G, Brizio-Molteni L, et al. Estrogen and progesterone receptors in gynecomastia. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 106(5):1011-3.
6. Rohrich RJ, Ha RY, Kenkel JM, Adams WP Jr. Classification and management of gynecomastia: defining the role of ultrasound-assisted liposuction. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(2):909-25.
7. Davidson BA. Concentric circle operation for massive gynecomastia to excise the redundant skin. *Plast Reconstr Surg.* 1979;63(3):350-4.
8. Mladick RA. Gynecomastia. *Aesthetic Surg J.* 2004; 24:471-9.
9. Pitanguy I. Transareolar incision for gynecomastia. *Plast Reconstr Surg.* 1966;38(5):414-9.
10. Tan YK, Birch CR, Valerio D. Bilateral gynaecomastia as the primary complaint in hyperthyroidism. *J R Coll Surg Edinb.* 2001;46(3):176-7.
11. Webster JP. Mastectomy for gynecomastia through a semicircular intraareolar incision. *Ann Surg.* 1946; 124:557-75.
12. Wilson JD, Aiman J, MacDonald PC. The pathogenesis of gynecomastia. *Adv Intern Med.* 1980;25:1-32.

Trabalho realizado no Hospital dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro, RJ.

Artigo recebido: 27/09/2006

Artigo aprovado: 15/01/2007