

# IMPLANTE DE SILICONE MAMÁRIO: ALÇAS PARA FACILITAR SUA COLOCAÇÃO E DAR MAIOR PRECISÃO AO POSICIONAMENTO\*

## *Silicone breast implant: loops to facilitate its placement and to give better precision to the positioning*

FAUSTO VITERBO<sup>1</sup>, RODOLFO ARAÚJO<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A via axilar tem a desvantagem de maior dificuldade na colocação dos implantes e possibilidade do implante ficar rodado, mal posicionado, especialmente se for em forma de gota. O revestimento com poliuretano aumenta o atrito, dificultando também sua colocação via axilar. Tentando evitar estes percalços, os autores decidiram colocar quatro pequenas alças de Dacron sob a base dos implantes, de forma a se poder tracioná-los com fios passados pela pele. **Método:** Foram operadas seis pacientes, com idades variando de 21 a 41 anos. Os implantes mamários foram colocados no plano subfascial, via axilar, com visualização por fibra óptica. Foram passados dois fios de náilon 2-0 transcutâneos, nas extremidades medial e lateral do sulco inframamário. Após a introdução do implante pela incisão axilar, os fios foram tracionados, determinando o deslocamento do implante para a posição ideal. O terceiro fio, fixado na alça súpero-lateral, saía pela incisão e também auxiliou na determinação da adequada posição do implante. **Resultados:** Nenhuma paciente apresentou reação inflamatória local ou formação de cápsula até a presente data. A consistência em todas as mamas era normal. As cicatrizes axilares apresentaram excelente qualidade. Os implantes com alças podem ser utilizados também por outras vias, como a infra-axilar e transareolar. **Conclusão:** Os autores concluíram que as alças permitiram alocar os implantes mamários de perfil natural e superfície de poliuretano via axilar com facilidade e precisão.

**Descritores:** Mama, cirurgia. Implantes de mama. Elastômeros de silicone.

### SUMMARY

**Background:** Transaxillary breast augmentation has the disadvantages of greater difficulties on its implantation and the possibility of displacement and malpositioning (rotation), especially if anatomic ("tear drop") implants used. The polyurethane shell also increase the friction forces to its placement through an axillary's incision. With the intent to avoid these problems, the authors designed four small Dacron loops on the implants undersurface, so that they could have been pulled through the skin with a 2-0 nylon. **Methods:** This operation was performed in six patients (ages 21 to 41) and the implants were placed transaxillary in the subfascial plane (under pectoralis major fascia), with fiber optic light source. The implants with Dacron loops had a polyurethane shell, around base and natural profile. The volumes varied from 120 to 205 ml. Two 2-0 nylon stitches were passed through the skin at the medial and lateral aspects of inframammary fold. After implantation, the stitches were pulled out to determinate the adjustment of the implant to its ideal position. A third stitch in the upper lateral loop was exteriorized through the incision and helped the correct placement on the implant as well. **Results:** No inflammatory reaction or capsular contraction has been detected to the present date. The consistence of all breasts is normal and the axillary scars are all of good quality. The implants with loops can be used also if another incision is chosen (inframammary or periareolar). **Conclusions:** The authors concluded that the loops allowed an easy and precise transaxillary placement of natural profile breast implants with a polyurethane shell.

**Descriptors:** Breast, surgery. Breast implants. Silicone elastomers.

1. Professor Assistente - Doutor, Responsável pela Disciplina de Cirurgia Plástica, UNESP, Botucatu, SP.  
2. Residente.

**Correspondência para:** Fausto Viterbo  
Rua Domingos Minicucci, 587 - Vila Sônia - Botucatu - SP - Cep: 18607-030  
Tel.: 0xx14 3882-5414

\*Trabalho vencedor do Prêmio George Airé 2005.

## INTRODUÇÃO

Desde 1964, quando Cronin & Gerow<sup>1</sup> introduziram as próteses de silicone, o esforço de diversos autores pelo aprimoramento das técnicas cirúrgicas, materiais aloplásticos e vias de abordagem tornaram possível a grande aceitação e procura da mamoplastia de aumento<sup>2</sup>.

Em busca da minimização das cicatrizes e com o objetivo de melhorar, cada vez mais, o contexto estético da implantação de próteses mamárias, a abordagem axilar vem sendo recentemente utilizada, com resultados muito satisfatórios, tanto para as pacientes como para o cirurgião<sup>2-6</sup>. A desvantagem é a maior dificuldade na colocação dos implantes devido à maior distância e à possibilidade do implante ficar rodado, dobrado ou mal posicionado.

Quanto à forma dos implantes, também houve grande aperfeiçoamento com o formato em gota, ou seja, a extremidade inferior mais espessa que a superior. A forma mamária obtida é esteticamente superior às proporcionadas pelos implantes redondos. Entretanto, estes novos implantes não podem ser colocados de forma incorreta, ou seja, rodados, com a extremidade inferior mais espessa para cima<sup>7,8</sup>.

O revestimento dos implantes com poliuretano trouxe diminuição importante no aparecimento da contratatura capsular, mas, por outro lado, determina maior dificuldade na colocação devido ao atrito do poliuretano<sup>7,8</sup>.

Todos estes avanços trouxeram benefícios, mas também dificuldades na colocação dos implantes<sup>7,8</sup>.

Tentando evitar estes percalços, os autores imaginaram colocar quatro pequenas alças sob a base dos implantes, de forma a permitir a tração com fios passados pela pele da mama, facilitando a colocação e dando maior precisão à posição final dos implantes. Estas pequenas alças foram confeccionadas de Dacron e revestidas de silicone, para oferecerem resistência adequada à tração e determinar contato dos tecidos apenas com silicone.

Este trabalho tem como objetivo testar um implante de silicone com pequenas alças.

## MÉTODO

Foram operadas seis pacientes, com idades variando de 21 a 41 anos, provenientes do ambulatório de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Botucatu / UNESP, que passaram por avaliação clínica e laboratorial pré-operatória. A indicação cirúrgica foi hipoplasia.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (CONEP Nº 308/2004).

As cirurgias foram realizadas no período de janeiro a maio de 2005.

Foi realizada anestesia geral com intubação endotraqueal e infiltração local com lidocaina a 0,25% e adrenalina na concentração de 1 para 200.000. Os implantes mamários foram colocados no plano subfacial por via axilar, com visualização por fibra óptica.

Foram utilizadas próteses de silicone preenchidas com gel de silicone, revestidas com espuma de poliuretano, de forma redonda, perfil natural, com alças de Dacron revestidas por silicone, produzidas e fornecidas gratuitamente pela Silimed. Os volumes dos implantes variaram de 120 a 205 ml.

A marcação da incisão foi feita em "s", na altura da prega axilar média, aproximadamente 1 cm posterior ao rebordo do músculo peitoral maior, tendo esta um comprimento de 5 cm. A marcação da área do descolamento inferior foi feita 2 cm abaixo do sulco inframamário.

Foi utilizada fibra óptica com lâmina afastadora de 11 cm no começo da abordagem e, posteriormente, lâmina de 16 cm e 23 cm.

Após a abertura da loja, foi feita hemostasia sob visualização direta com fibra óptica.

A seguir, foram passados três fios de nylon 2-0 transcutâneos com agulha de Reverdin, sendo dois, nas extremidades medial e lateral do sulco inframamário, e o último, no quadrante súpero-medial. Estes fios foram passados nas alças do implante de silicone (Figuras 1 a 3). Após a introdução do implante pela incisão axilar, os fios foram traçados, determinando o deslocamento do implante para a posição ideal. O terceiro fio, fixado na alça súpero-lateral, saía pela incisão e também auxiliou na determinação da adequada posição do implante. Após, os fios foram removidos (Figura 4).

Figura 1 – Momento em que a agulha do fio a ser utilizado na tração transfixa a alça de Dacron revestida de silicone.

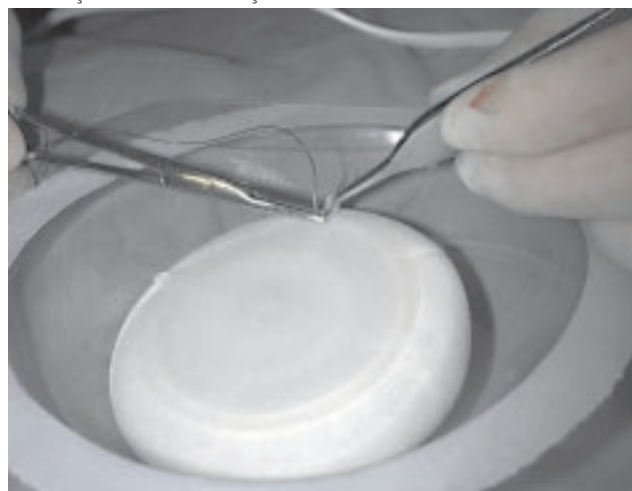


Figura 2 – Os três fios após transfixação nas alças.

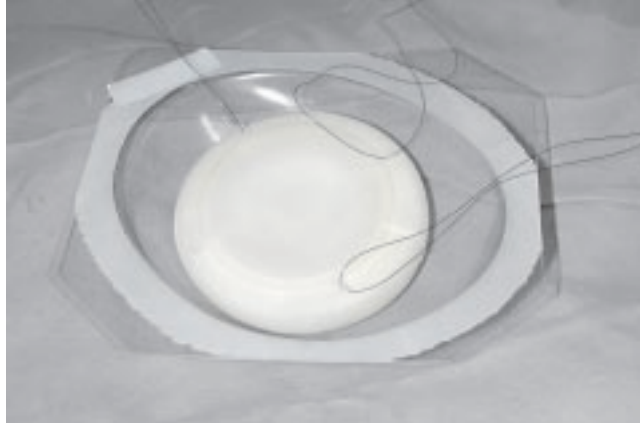
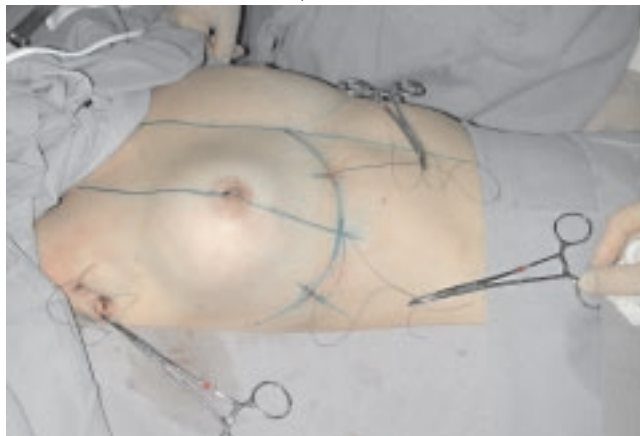


Figura 3 – Detalhe mostrando a agulha de Reverdin transfixando a pele, no sulco inframamário, e saindo na incisão axilar. O implante previamente à introdução.



Figura 4 – O implante já locado, auxiliado pelos três fios utilizados para a tração.



A incisão axilar foi fechada em dois planos, com fio de nylon 5-0.

Foi colocado dreno aspirativo na face lateral das mamas e o mesmo foi retirado com 6 a 12 horas de pós-operatório.

As pacientes receberam antibiótico de amplo espectro por cinco dias após a cirurgia e analgésicos, em caso de dor.

## RESULTADOS

As pacientes foram avaliadas, semanalmente, no primeiro mês de pós-operatório e, posteriormente, uma vez por mês.

Foram avaliados diversos atributos, tais como presença de reação inflamatória local, formação de cápsula cicatricial, consistência, além das cicatrizes. Nenhuma paciente apresentou reação inflamatória local ou formação de cápsula até a presente data. Após a regressão do edema, nas duas primeiras semanas de pós-operatório, a consistência em todas as mamas era normal. As cicatrizes axilares apresentaram excelente qualidade e as resultantes da passagem dos fios de náilon na região mamária tornaram-se inconspícuas.

Nas Figuras 5 a 10, observam-se alguns resultados obtidos com a técnica.

## DISCUSSÃO

O Dacron é utilizado há muito tempo em próteses vasculares e cardíacas, como telas para correção de hérnias e, em diversos locais, para a melhora do contorno corporal, sem apresentar complicações<sup>8-17</sup>.

As complicações decorrentes do uso de Dacron nos implantes mamários devem ser, na opinião dos autores, inexistentes, podendo, eventualmente, ocorrer reação tecidual com fibrose. Para evitar qualquer intercorrência como esta, ainda que improvável, as alças foram revestidas com silicone.

A via axilar é particularmente útil nos casos de sulcos inframamários pouco definidos e de aréolas pequenas, fatores pouco favoráveis às vias inframamárias e periareolar, respectivamente. Entretanto, através desta via, pode haver riscos maiores de assimetria e de posicionamento incorreto, sendo que procedimentos secundários por esta via são de difícil execução. Por vezes, em intervenções secundárias, opta-se por uma outra via. A inclusão de implantes mamários com alças tem como finalidade o posicionamento preciso dos mesmos, através de via axilar, portanto, há necessidade de procedimentos secundários. Estes implantes com alças podem ser utilizados também por outras vias, como a inframamária e transareolar, facilitando ainda mais a sua colocação.

Figura 5 - Pré e pós - operat6rios de 6 meses.

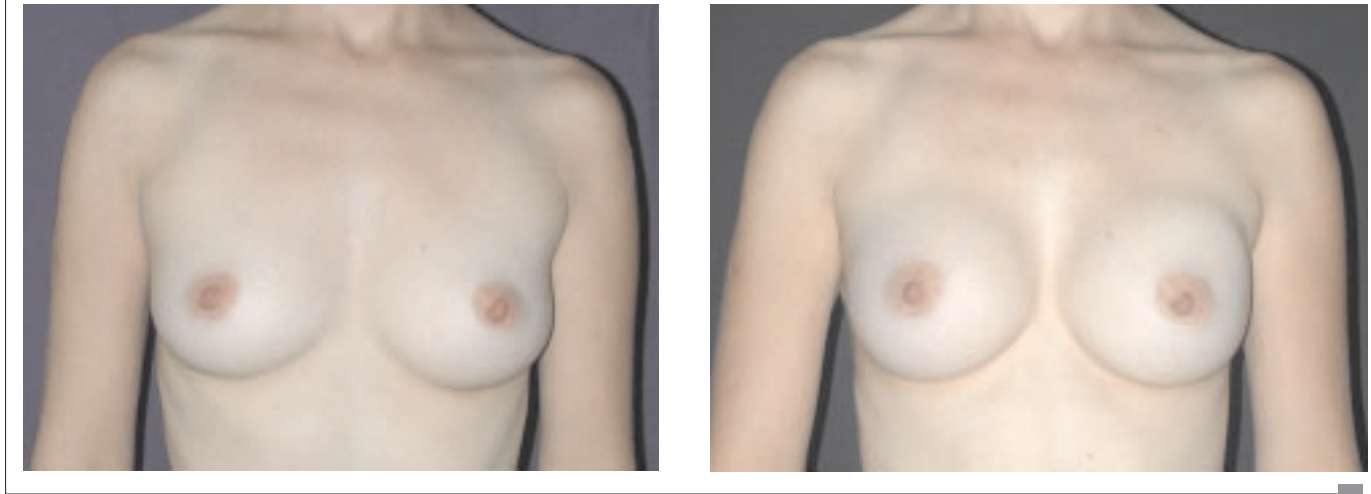


Figura 6 - Pré e pós - operat6rios de 6 meses.

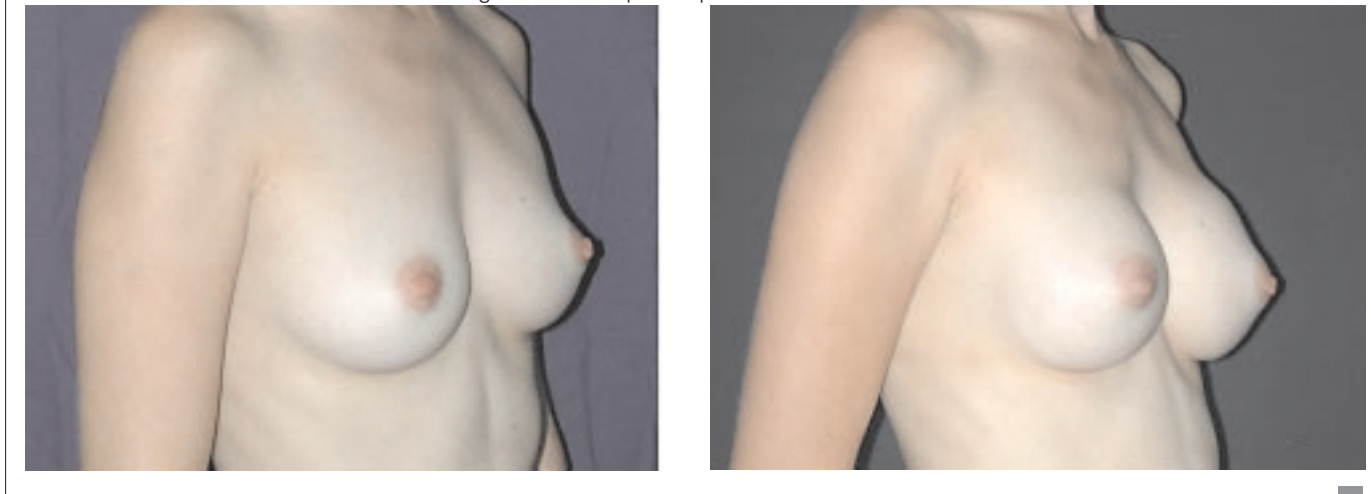


Figura 7- Pré e pós - operat6rios de 6 meses.

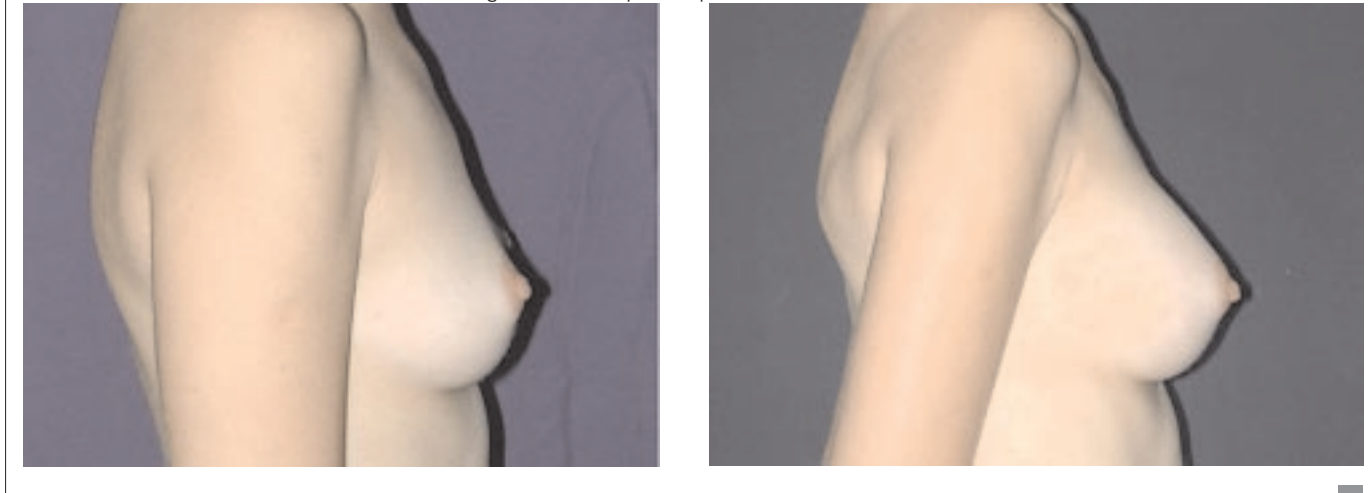


Figura 8 - Pós - operatório de 6 meses.



Figura 9 - Pré e pós - operatórios de 3 meses.



Figura 10 - Pré e pós - operatório de 3 meses.



Os autores acreditam que estas alças trarão grande contribuição nas mamoplastias de aumento.

## CONCLUSÃO

As alças permitiram alocar os implantes mamários de perfil natural e superfície de poliuretano via axilar com facilidade e precisão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cronin TD, Gerow FJ. Augmentation mammoplasty. A new "natural feel" prosthesis. In: Trans Third International Congress of Plastic Surgery. Amsterdam:Except Med;1964. p.41-9.
2. Hoehler H. Breast augmentation: the axillary approach. *Br J Plast Surg.* 1973;26(4):373-6.
3. Tebbets JB. Transaxillary subpectoral augmentation mammoplasty: a 9 year experience. *Clin Plast Surg.* 1998; 15(4):557-68.
4. Tebbets JB. Transaxillary subpectoral augmentation mammoplasty: long-term follow-up and refinements. *Plast Reconstr Surg.* 1984;74(5):636-49.
5. Barnett A. Transaxillary subpectoral augmentation in the ptotic breast: augmentation by disruption of the extended pectoral fascia and parenchymal sweep. *Plast Reconstr Surg.* 1990;86(1):76-83.
6. Graf RM. Mamoplastia de aumento transaxilar videoendoscópica subfascial. In: XVI Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica. *Arq Catarinenses Med.* 2000;29(2): 208-9.
7. Ochoa J, Viterbo F. Mamoplastia de aumento via transaxilar com fibra óptica. In: Anais do XXXVII Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Porto Alegre, RS, novembro de 2000.
8. Deutsch ER, Phaneuf MD, Willis DJ, Bide MJ, Kalish JA, Logerfo FW, et al. Development of a biologically active dacron vascular graft surface. *J Surg Res.* 2003; 114(2):298.
9. Meibaum C, Langwieder C, Micklefield G, Urban T. Diarrhea after vascular reconstruction of an abdominal aortic aneurysm. *Dtsch Med Wochenschr.* 2003;128 (36): 1829-32.
10. Rhee RY, Garvey L, Missig-Carroll MS. Does endograft support alter the rate of aneurysm sac shrinkage after endovascular repair? *J Endovasc Ther.* 2003;10 (3):411-7.
11. Walhout RJ, Lekkerkerker JC, Oron GH, Hitchcock FJ, Meijboom EJ, Bennink GB. Comparison of polytetrafluoroethylene patch aortoplasty and end-to-end anastomosis for coarctation of the aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;126(2):521-8.
12. AbuRahma AF, Hopkins ES, Robinson PA, Deel JT, Agarwal S. Prospective randomized trial of carotid endarterectomy with polytetrafluoroethylene versus collagen-impregnated Dacron (Hemashield) patching: late follow-up. *Ann Surg.* 2003;237(6):885-93.
13. Romanoff H, Moran E. The fate of arteriotomy patches of Dacron. *Angiology.* 1966;17(1):56-65.
14. Zannini G. Our experience with Dacron prostheses in vascular surgery. *Angeiologie.* 1966;18(2):23-8.
15. Sensenig DM. Experimental small artery grafts. Comparison of autogenous vein, Dacron and fascial grafts of carotid artery. *Am Surg.* 1966;32(4):269-71.
16. Dalton ML, Dixon RB, West RL. Dacron diaphragmatic grafts. *Am J Surg.* 1966;111(5):668-72.
17. Rives J. Surgical treatment of the inguinal hernia with Dacron patch. *Int Surg.* 1967;47(4):360-1.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Botucatu / UNESP, Botucatu, SP.  
Artigo recebido: 14/04/2007  
Artigo aprovado: 21/06/2007