

# Variação da técnica em “L” para redução de volume e correção das ptoses mamárias

*Variation of the “L” technique for reducton of volume and mammary ptosis correction*

MÁRCIO PIFANO SOARES  
FERREIRA<sup>1</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O autor apresenta uma variação da técnica em “L” preconizada por Ariê/Pitanguy para redução de volume e correção das ptoses mamárias. **Método:** O trabalho analisa 172 pacientes operadas utilizando a variação tática proposta pelo autor, no período compreendido entre janeiro de 1997 e abril de 2007. **Resultados:** A idade das pacientes situou-se entre 16 e 60 anos, o volume mamário ressecado foi entre 80 a 600g e apresenta uma casuística de 4,1% de complicações. **Conclusão:** O autor acredita que esta variação técnica proporciona um bom resultado do ponto de vista estético, com cicatriz bastante reduzida. Baseado em uma experiência de 10 anos, tem utilizado esta manobra tática em 60% dos casos de mamoplastia redutora e/ou mastopexia.

**Descritores:** Mamoplastia/métodos. Mama/cirurgia. Cirurgia plástica/métodos.

## SUMMARY

**Introduction:** The author presents a variation of the “L” technique preconized by Ariê/Pitanguy for reduction of volume and mammary ptosis correction. **Method:** This study analyses 172 patients operated by the tactic variation shown by the author, in the period between January of 1997 and April of 2007. **Results:** The patients age was between 16 and 60 years old. The volume resection of tissue was 80 through 600g. A rate of 4.1% of complication was found. **Conclusion:** This paper describes that the technique variation had led to a good aesthetic result, with a very short scar. The author, based on an experience of ten years, has used this technique in 60% of all cases of mammary reduction and mastopexy.

**Descriptors:** Mammoplasty/methods. Breast/surgery. Surgery, plastic/methods.

Trabalho realizado no Hospital São Judas, Belo Horizonte, MG. Trabalho apresentado ao Exame de Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica no Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, Curitiba, PR, em novembro de 2007. Artigo recebido: 13/06/2008 Artigo aceito: 21/10/2008

## INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico para redução de volume e correção das ptoses mamárias se estende por um período superior a 110 anos, uma vez que a primeira referência a este assunto foi feita por Pousson e Michel<sup>1</sup>, em 1897.

Um número enorme de técnicas e variantes táticas tem sido praticado com esse objetivo, com resultados bastante variados quanto a aspecto final, complicações, estabilidade dos resultados, qualidade e tamanho das cicatrizes. No tópico qualidade e tamanho das cicatrizes surgiram técnicas com cicatrizes periareolar, verticais, em L, J, ou vírgula.

Em 1924, Hollander<sup>2</sup> já propõe a excisão da parte ínfero-lateral da mama, seguida de sutura por planos, deixando uma cicatriz em forma de “L”.

Um dos marcos mais importantes para o tratamento das mamas somente ptosadas ou com ptose e pequena hipertrofia foi a técnica apresentada por Arié<sup>3</sup>, em 1957, que propôs incisão exclusivamente vertical, retomando o conceito de evitar grandes descolamentos entre a glândula e os tecidos mamários. Esta técnica foi aperfeiçoada por Pitanguy<sup>4</sup>, mas com o segmento subareolar da cicatriz ligeiramente oblíquo para fora, em direção à axila, não ultrapassando o sulco submamário, ficando conhecida como técnica Arié-Pitanguy.

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Elbaz e Verheek<sup>5</sup>, em 1972, também descrevem técnica com cicatriz resultante oblíqua lateral, também utilizada no Brasil por Eli (1983).

Em 1975, Meyer<sup>6</sup> publica sua técnica com cicatriz em "L" já apresentada em 1973<sup>7</sup>, no Congresso de Cirurgia Plástica Estética realizado em Jerusalém.

A mesma cicatriz foi descrita por Regnault<sup>8</sup>, em 1974, e teve seguidores brasileiros como Bozola<sup>9</sup>, em 1982, Chaves et al.<sup>10</sup>, em 1988, e Chiari<sup>11</sup>, em 1990.

Em 1980, Peixoto<sup>12</sup> discute a ressecção ampla do parênquima mamário e ressecção mínima de pele, com cicatriz resultante com variação de comprimento, sendo menor em mamas pequenas e médias e podendo ter um pequeno componente horizontal nas mamas grandes.

Nosso trabalho tem como objetivo apresentar a experiência do autor utilizando uma variação técnica para redução do volume e correção de ptoses mamárias, baseada na técnica em "L" preconizada por Ariê/Pitanguy. A tática proposta pode ser utilizada para correção de mamas com boa elasticidade de pele, independente do volume a ser ressecado e da idade de cada paciente.

### MÉTODO

No período compreendido entre janeiro de 1997 e abril de 2007 (10 anos), foram operadas 172 pacientes utilizando a variação tática proposta pelo autor.

**Tabela 1 – Idade das pacientes.**

Idade	número de casos	%
16 a 19 anos	15	9
20 a 29 anos	60	35
30 a 39 anos	55	32
40 a 49 anos	37	22
> 60 anos	5	2
Total	172	100

Obs: Os valores percentuais foram arredondados para mais, para facilitar a análise dos resultados.

**Tabela 2 – Volume ressecado.**

Volume ressecado	número de casos	%
80 a 100 g	59	34
100 a 200 g	62	36
200 a 300 g	38	23
300 a 400 g	11	6
500 a 600 g	2	1
Total	172	100

Obs: Os valores percentuais foram arredondados para mais, para facilitar a análise dos resultados.

A idade das pacientes situou-se entre 16 e 60 anos, sendo o maior índice encontrado (67%) entre 20 e 39 anos (Tabela 1).

O volume ressecado situou-se entre 80 e 600g, sendo a maior incidência (70%) entre 80 e 200 g (Tabela 2).

A cirurgia foram realizadas sob anestesia peridural alta e sedação. A mama foi infiltrada em toda sua base, acima do músculo peitoral, com solução de soro fisiológico 0,9% e adrenalina a 1:200.000.

A marcação foi feita com a paciente em posição semi-sentada, em ângulo de 45°, braços abduzidos, marcando-se uma linha desde a fúrcula externa até o apêndice xifóide. Traçou-se uma linha desde o ponto médio clavicular descendendo em direção ao complexo aréolo-papilar e verticalmente até o sulco mamário. A intersecção desta linha médio-clavicular com o sulco submamário foi denominada de ponto "M".

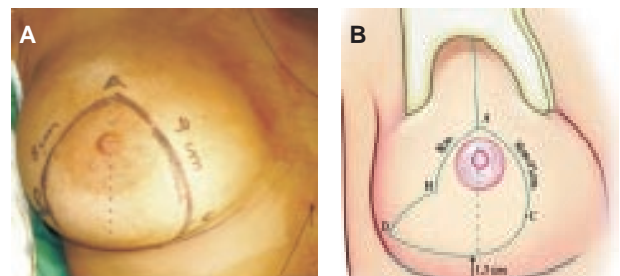
Com a ponta do indicador posicionada no ponto "M" e projetado sobre a linha hemiclavicular, foi estabelecido o ponto "A" (Pitanguy). Mediante pinçamento bidigital, estimou-se a quantidade de pele a ser ressecada, traçando duas linhas interna e externa, em forma de elipse. Sobre a linha externa da elipse marcou-se o ponto B, distante 8 cm do ponto A e na linha interna da elipse marcou-se o ponto C, entre 9 a 11 cm do ponto A, sendo a distância AC maior quanto maior for a flacidez da pele. Os segmentos AB e AC foram traçados com linhas curvas.

Unindo-se os pontos B e C digitalmente, formou-se uma dobra de pele e, ao final desta dobra de pele, a 1,5 cm do sulco submário, marcou-se o ponto D. Desenhou-se, então, uma linha curva BD e a partir do ponto C, traçando-se um semicírculo, unindo o ponto C ao ponto D, paralelamente ao sulco e a 1,5 cm deste (Figuras 1A e 1B).

Com o auxílio dos pontos de mononylon previamente fixados, fez-se a transposição da marcação.

A nova aréola foi então marcada com o auxílio do areolótomo de 4,3 cm.

A cirurgia iniciou-se pela aréola já demarcada, com uso de bisturi lâmina 15 e manobra de Swartzman complementar.



**Figura 1 – A e B:** Marcação, evidenciando-se o ponto B, distante 8 cm do ponto A e o ponto C, entre 9 a 11 cm do ponto A. O segmento CD em semicírculo segue paralelamente 1,5 cm acima do sulco mamário.

A mama foi então tracionada para cima a partir do ponto A e a pele foi incisada ao longo da linha CD. Esta incisão aprofundou-se em direção oblíqua até acima da borda inferior do músculo peitoral. A mama foi descolada do músculo peitoral, tanto medial quanto lateralmente.

A ressecção do tecido mamário iniciou-se a partir da incisão ao longo da linha BD. Ressecou-se o pólo inferior, a base e quadrantes mediais e laterais da mama, de acordo com o grau de ptose e hipertrofia apresentado em cada caso (Figuras 2A e 2B). O quadrante lateral foi deixado mais longo e espesso para acompanhar o contorno da caixa torácica, preservando o pedículo neurovascular. Quando a base da mama era muito larga, uma quilha foi confeccionada para garantir o formato cônico e os pilares poderem rodar facilmente.

Após hemostasia, iniciou-se a montagem da mama, com ponto intradérmico de monocryl 3.0, unindo os pontos B e C (Figuras 3A e 3B). A partir deste ponto, iniciou-se a sutura intradérmica, superiormente até o ponto A, fazendo-se as compensações necessárias.

A sutura horizontal do “L” foi iniciada a partir do ponto D, seguindo até a união dos pontos BC, fazendo-se as compen-

sações necessárias. A sutura horizontal do “L” iniciou-se a partir do ponto “D” e continuou até o ponto BC (Figura 4).

Marcou-se a aréola a 5 cm do novo sulco mamário (Figura 5) e a mesma foi reposicionada a partir dos quatro pontos cardeais, com fio de mononylon 5.0.

O curativo foi feito com gaze vaselinada sobre as incisões e micropore.

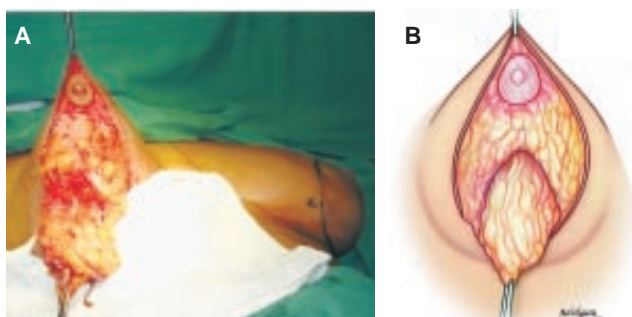
## RESULTADOS

Em estudo retrospectivo de nossa casuística, foram observadas algumas complicações, as quais encontram-se na Tabela 3.

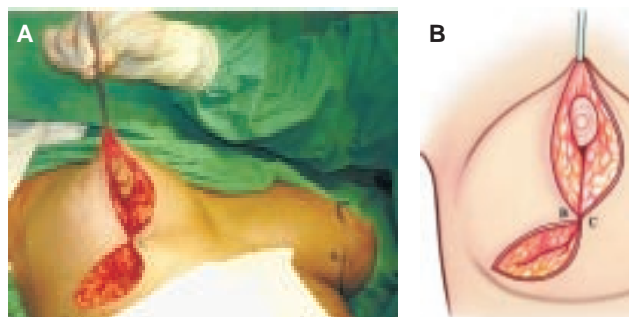
Observamos, também, alguns casos de resultados insatisfatórios, como: cicatrizes alargadas (12%) e volume final maior ou menor do que o almejado pela paciente (3%).

O retorno da sensibilidade do complexo aréolo-papilar ocorreu até 12 meses após a cirurgia em 80% dos casos e 20% das pacientes relataram alguma redução desta sensibilidade.

Alguns casos operados são ilustrados nas Figuras 6 a 9.



**Figura 2 – A e B:** Ressecção do tecido mamário do pólo inferior, base e quadrantes mediais e laterais da mama.



**Figura 3 – A e B:** Montagem da mama, com pontos intradérmicos de monocryl 3.0, iniciando pela união dos pontos B e C.



**Figura 4 –** A sutura horizontal do “L” inicia-se a partir do ponto D.



**Figura 5 –** Marcação da nova aréola a 5 cm do sulco mamário e transposição da marcação. A aréola é reposicionada a partir dos quatro pontos cardeais, com fio de mononylon 5.0.

**Tabela 3 - Complicações.**

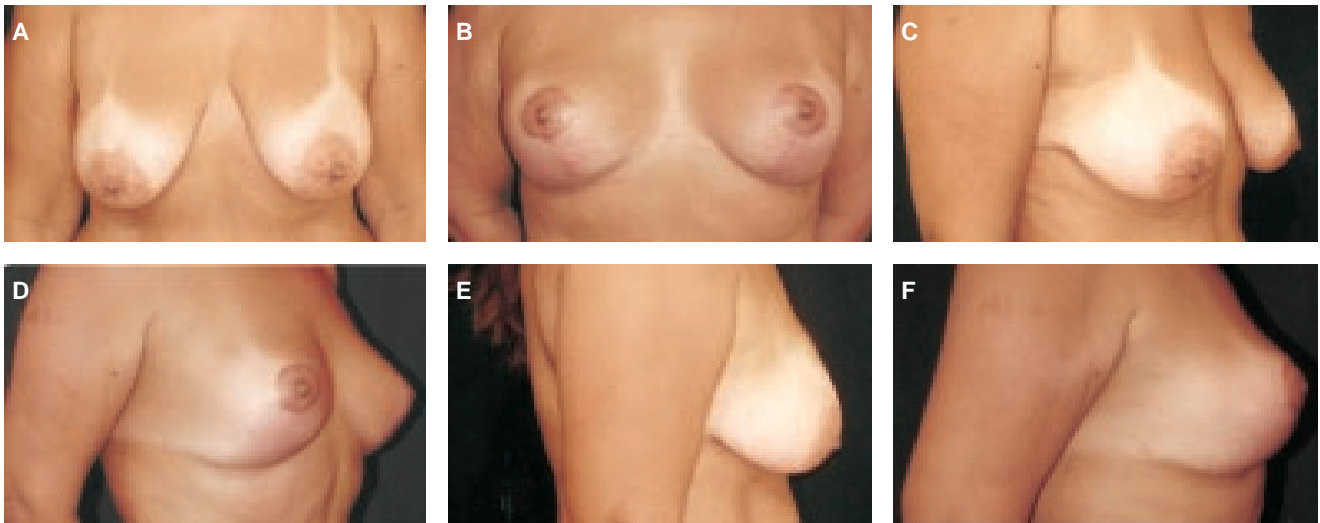
Complicações	número de casos	%
Deiscência de sutura mínima	1	0,6
Deiscência de sutura significativa	1	0,6
Quelóide	1	0,6
Necrose do CAM mínima	1	0,6
Hematoma	2	1,1
Assimetria mamária	1	0,6
Total	7	4,1

Obs: Os valores percentuais foram arredondados para mais, para facilitar a análise dos resultados.

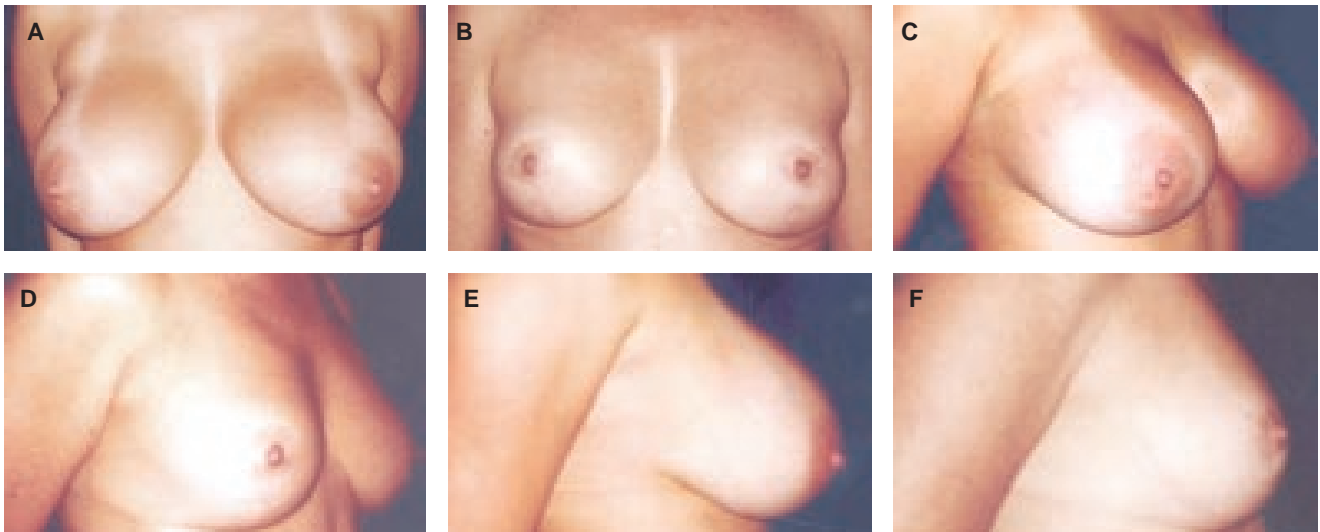
## DISCUSSÃO

Várias técnicas têm sido desenvolvidas visando proporcionar à mama forma e volume mais satisfatórios, com menores incisões e diminuindo o índice de complicações.

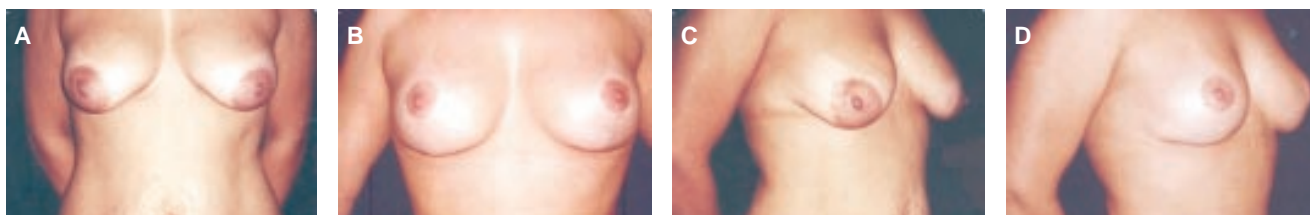
A preocupação com a extensão das cicatrizes levou vários autores a idealizarem novas formas de incisão e, a partir da proposição Ariê/Pitanguy, as técnicas com cicatriz resultante vertical, em "L", "J" ou vírgula vêm sendo utilizadas amplamente.



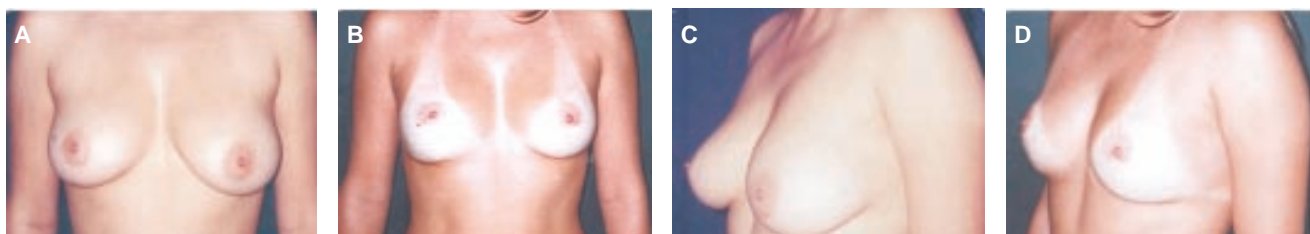
**Figura 6** – Caso 1. **A, C e E:** Pré-operatório de paciente apresentando mama hipertrofica, ptose acentuada, assimetria mamária e grande complexo aréolo-papilar. **B, D e F:** pós-operatório de 3 meses da paciente operada pela variação da técnica em "L" descrita.



**Figura 7** – Caso 2. **A, C e E:** Pré-operatório de paciente apresentando hipertrofia e ptose mamária bilateral. **B, D e F:** Pós-operatório de 1 ano. Ressecção de tecido mamário e diminuição do complexo aréolo-papilar.



**Figura 8** – Caso 3. **A e C:** Pré-operatório de paciente apresentando ptose mamária e grande complexo aréolo-papilar. **B e D:** 1 ano e 3 meses de pós-operatório. Ressecção de tecido mamário, diminuição do complexo aréolo-papilar e abdominoplastia.



**Figura 9** – Caso 4. **A e C:** Pré-operatório de paciente de apresentando assimetria mamária. **B e D:** 1 ano e 6 meses de pós-operatório com correção da assimetria e da ptose mamária.

Também a observação que a báscula mamária e o esvaaziamento do pólo superior eram relativamente freqüentes em pós-operatório de mamaplastia redutora fez com que outros autores, como Ribeiro<sup>13</sup>, utilizassem um retalho de pedículo inferior, modificado posteriormente por Daniel<sup>14</sup>, que associou um retalho bipediculado do músculo peitoral maior, que mantém o retalho de Ribeiro<sup>13</sup> em uma posição superior.

O preenchimento do pólo superior com um retalho dermo adiposo teve sua primeira descrição com Maliniac<sup>15</sup>, em 1943, com um retalho dermo adiposo de pedículo inferior fixado à parede torácica.

Técnicas com incisão somente periareolar permitem a retirada da pele excedente, mas não proporcionam uma boa projeção areolar.

Apesar da diversidade de técnicas e manobras, é possível obtermos um bom resultado estético utilizando a variação tática posposta, pois esta é ajustável a vários tipos de mamas, podendo ser ressecadas até 600g de tecido mamário.

Nas mamas que apresentam um grau mais acentuado de flacidez e ptose, observamos, no pós-operatório imediato, maior grau de enrugamento da pele, porém este se desfaz com 20 a 60 dias de pós-operatório.

Não realizamos sutura unindo os pilares medial e lateral do tecido mamário, pois observamos que, com a variação técnica utilizada, consegue-se uma boa forma e projeção da mama por tempo prolongado.

A estabilidade do resultado pós-operatório tem sido mantida em pacientes com até 8 anos de seguimento.

A flacidez exagerada da pele é uma limitação à utilização do procedimento. Quando a elasticidade da pele é pobre

(muita estria e pele fina), optamos pela incisão em “T” invertido, pois com este tipo de pele não conseguimos acomodar a forma da mama. Também não utilizamos a técnica em “L” nos casos de grandes hipertrofias, que necessitam ressecção de mais de 600g de tecido.

## CONCLUSÃO

A mamaplastia redutora e/ou mastopexia em “L” é uma técnica altamente eficaz no embelezamento das mamas e tem ganho muita aceitação, pois proporciona um bom resultado estético, com economia de cicatriz.

A incisão oblíqua em forma de “L” elimina o componente horizontal da cicatriz, geralmente de pior qualidade.

Acreditamos que a utilização da variação da técnica em “L” apresentada proporciona resultado harmonioso do ponto de vista estético, com redução das cicatrizes, preenchimento do pólo superior da mama e báscula mínima no pós-operatório tardio. É um procedimento eficaz e seguro, com resultados naturais e baixas taxas de complicações, que traz às pacientes alto grau de satisfação.

Baseados em uma experiência de 10 anos, temos utilizado esta manobra tática em 60% de nossos casos.

## REFERÊNCIAS

1. Pousson M, Michel L. Sur un cas de mastopéxie. J Méd Bordeaux. 1897;27:495.
2. Holander E. Die operation der mammahypertrophie und der hangebrust. Deutsch Wschar. 1924;50:1400.



3. Ariê G. Nova técnica em mamoplastia. *Rev Latin Amer Cir Plast.* 1957;3:28.
4. Pitanguy I. Breast hypertrophy. In: *Transactions of International Society of Plastic Surgery. 2<sup>nd</sup> Congress.* London: Livingstone;1959. 1960. p.509.
5. Elbaz JS, Verheek G. La cicatrice em L dans les plastic mammaires. *Ann Chir Plast.* 1972;17:283.
6. Meyer R. The reduction mamaplasty with the L-technique. *Jerusalém: Aesthetic Plastic Surgery;*1973.
7. Meyer R, Kesselring UR. Reduction mammaplasty with an L-shaped suture line: development of different techniques. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(2):139-48.
8. Regnault P. Reduction mammaplasty by the "B" technique. *Plast Reconstr Surg.* 1974;53(1):19-24.
9. Bozola AR. Mamaplastia em "L". Contribuição pessoal. *Rev AMRIGS (Porto Alegre).* 1982;26(3):207-14.
10. Chaves L, Ceceau MA, Magalhães HGA. Mastoplastia em "L", um novo desenho. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 1986;3(1):40-8.
11. Chiari Jr. A. "L" mammaplasty a new approach. *Annals of the International Symposium RAPS, 1990, Brazil,* p.99-108.
12. Peixoto G. Reduction mammaplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(2):217-26.
13. Ribeiro L. The Lozenge technique. In: Goldwyn RM, ed. *Reduction mammaplasty.* Boston:Little Brown and Company;1990. p.365.
14. Daniel MJB. *Mammaplasty with pectoral muscle flap.* Montreal: 64<sup>th</sup> American Annual Scientific Meeting;1995.
15. Maliniac JW. Arterial blood supply of the breast. *Arch Surg.* 1943;47:329-43.

---

**Correspondência para:**

Márcio Pifano Soares Ferreira  
Rua Bolívia, 175 apto 402 – Bairro São Pedro – Belo Horizonte, MG. – CEP: 30330-360 –Brasil.  
E-mail: marcio.pifano@uol.com.br