

Mastoplastia em L - Chiari: variações táticas

Mastoplasty in L - Chiari: variations tactics

ROBERTO LUIZ SODRÉ¹

Trabalho realizado na clínica privada do autor, São Paulo, SP.

Este artigo foi submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 26/4/2009
Artigo aceito: 21/7/2009

RESUMO

A cirurgia plástica das mamas para correção de hipertrofia e ptose mamárias tem evoluído ao longo do tempo, buscando resultados seguros e estéticos, com cicatrizes cada vez mais reduzidas. A mastoplastia em L na técnica de Chiari Júnior engloba tais objetivos, com mínimas complicações. A experiência iniciada em 1997 levou o autor a aprimorar os resultados e assim utilizar táticas apropriadas para montagem do tecido mamário nos casos de redução e pexia. Desta forma, consegue-se obter mamas com melhor projeção e consistência mais firme, satisfazendo o desejo do cirurgião e da paciente.

Descritores: Mamoplastia. Cirurgia plástica. Mama/cirurgia.

SUMMARY

The mammary plastic surgery for correction of hypertrophic and ptotic breasts has evolved, searching resulted safe and aesthetic, with reduced scars each time more. The Chiari L-shaped mammoplasty get such objectives with minimum complications. The experience initiated in 1997 in the technique of Chiari Jr. has vained to continue and to improve the results and use tatics to suture glandular tissue in cases of reduction and pexy. So get better projection and firmer consistency, satisfying the desire of the surgeon and the patient.

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

INTRODUÇÃO

Inúmeros autores têm buscado minimizar o comprimento das cicatrizes nas mastoplastias em T invertido. Hollander¹ (1924), Dufourmentel² (1961), Elbaz & Verheecke³ (1972), Meyer & Kesselring⁴ (1975), Bozola⁵ (1982), Chiari Jr.⁶ (1992) e Lejour⁷ (1994), entre outros autores⁸⁻¹⁰, desenvolveram técnicas com cicatrizes reduzidas, evitando a medial do T, que pode ser motivo de insatisfação das pacientes. As portadoras de hipertrofia e ptose mamárias que optam pela cirurgia plástica desejam mamas menores, bem posicionadas e mais firmes. A técnica Chiari possibilita a realização de mamas que apresentam boa projeção, formato estético natural, simetria desejada e resultados duradouros, com cicatrizes bem localizadas em forma de L.

A técnica foi aprimorada ao longo do tempo pelo próprio Chiari Jr.¹¹ com o propósito de minimizar a cicatriz do L. Devido à diversidade de formatos de mamas quanto a quantidade do volume, qualidade do tecido mamário e grau de flacidez, além da dificuldade na montagem das mamas em casos de conteúdo predominante adiposo e baixa elasticidade da pele,

é possível utilizar métodos que melhorem o preenchimento do pólo superior.

Atualmente são utilizadas táticas apropriadas para os casos com mamas hipertróficas e com mamas ptosadas e normotróficas. Tais abordagens favorecem a montagem do parênquima a partir da técnica Chiari (Figura 1).

Nas hiperplastias, após a redução do tecido mamário excedente, esmera-se na sutura dos pilares medial e lateral e sua fixação em ponto superior e medial do músculo peitoral (Figura 2A). Nos casos de mastopexias, sem redução ou aumento do volume mamário, utiliza-se o retalho (pedículo) inferior de segurança de Ribeiro¹², que é fixado em região mais superior e medial da mama (Figura 2B). Ambas as táticas conferem consistência e formatos mamários mais adequados.

MÉTODO

Entre fevereiro de 1997 e fevereiro de 2009 (período de 12 anos) foram realizadas mastoplastias pela técnica Chiari em 294 pacientes, sendo 181 mastoplastias redutoras e 112 mastopexias. A faixa etária variou de 16 a 62 anos, com

1. Membro Titular da SBPCP; Cirurgião Plástico.

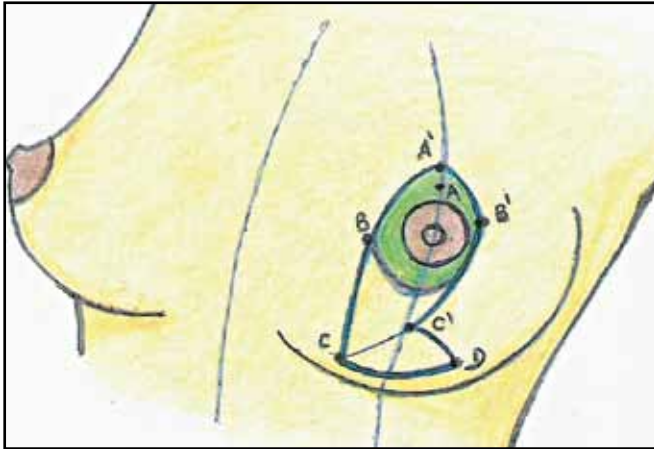


Figura 1 - Esquema da técnica Chiari.

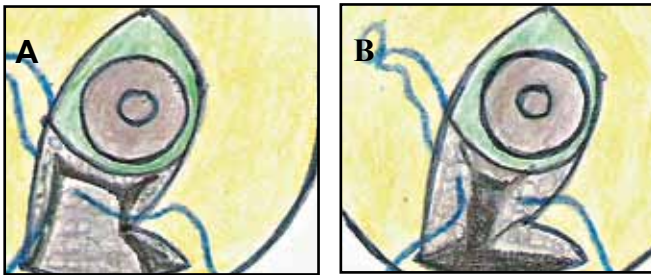


Figura 2 - A: Mastoplastia redutora. B: Mastopexia.

remoção máxima de 700g de tecido mamário e achados histológicos benignos. As pacientes foram submetidas a anestesia local e sedação (49% dos casos), bloqueio peridural (36%) e anestesia geral (15%).

Marcações

Com a paciente em posição ortostática marcam-se as linhas médio-esternal e médio-mamárias e ainda o ponto A, que é a reflexão do sulco inframamário. O ponto A' é marcado 1,5 cm acima do ponto A.

Na posição supina e com a pele esticada define-se o ponto C, a uma distância de 8 cm da linha médio-esternal e 1 cm acima do sulco inframamário. O ponto B é colocado 6 cm acima do ponto C e a 10 cm da linha médio-esternal.

A linha BC delimita a coluna medial. Ponto B' é marcado ao nível do mamilo, margeando a aréola. O ponto C' é posto a 6 cm do ponto B', em direção ao ponto C. A linha B'C' forma a coluna lateral e está sempre em nível superior à linha BC.

Com o pinçamento manual das linhas BC e B'C', obtém-se a coluna vertical da mama. Na existência de excesso cutâneo lateral, marca-se o ponto D 1,5 cm acima do sulco mamário. A horizontal do L é delimitada pela linha C'D (Figura 3).

Nos casos em que não acontece o excesso de pele inferior, com a manobra bidigital de aproximação dos pontos C e C', não haverá necessidade de prolongamento lateral da cicatriz e a resultante final será vertical, em forma de I (Figura 4).

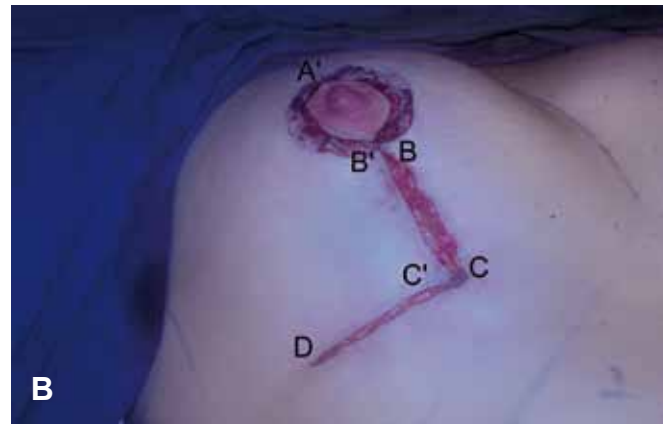
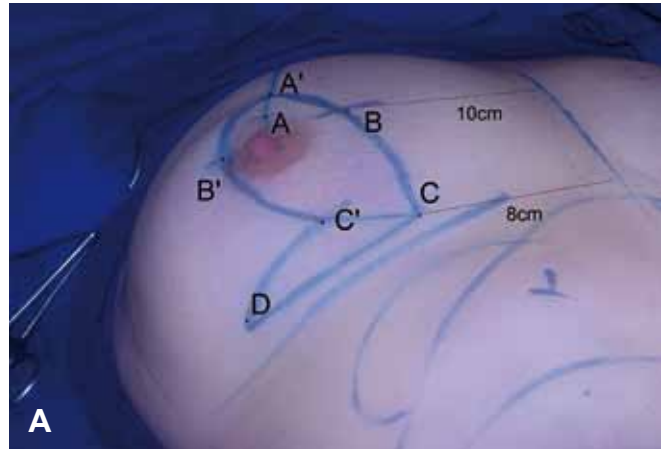


Figura 3 - A: Mastoplastia Chiari com cicatriz em L. B: Mastoplastia Chiari com cicatriz em L.

Mastoplastia redutora

Inicia-se a decorticação periareolar seguindo a marcação prévia. Diérese na linha CD em direção ao sulco submamário e descolamento da glândula do plano muscular, tendo o cuidado de preservar ramos dos 4°, 5° e 6° nervos intercostais responsáveis pela sensibilidade do complexo aréolo-mamilar.

Traciona-se superiormente a mama e incisa-se as linhas BC e B'C' em ângulo de 60° em relação à parede torácica. A irrigação da aréola é preservada por um pedículo súpero-medial que tem fácil mobilidade e boa perfusão.

A montagem da mama merece cuidado especial no intuito de conseguir uma consistência mais firme, principalmente nas mamas de componente mais adiposo. A simples sutura dos pilares medial e lateral pode não projetar adequadamente a mama, portanto eles são aproximados e fixados no músculo peitoral em região mais superior (Figura 5A), conferindo melhor preenchimento do pólo superior. Sínteses são feitas em sequência, unindo as linhas BC a B'C'.

Realiza-se uma bolsa de compensação circunareolar, ressecção dos excessos cutâneos e sutura por planos. O

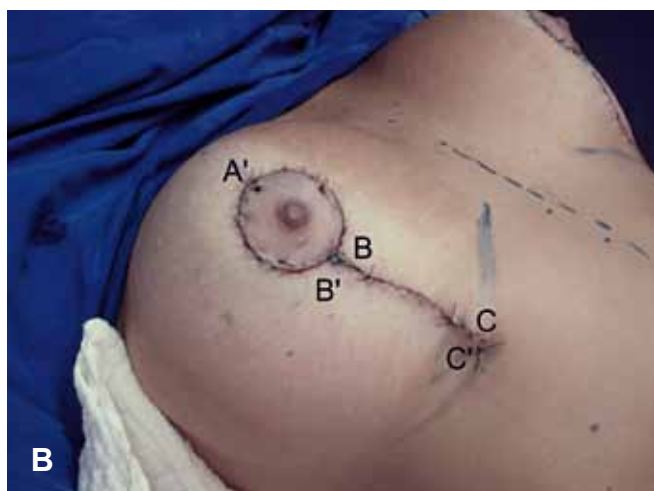
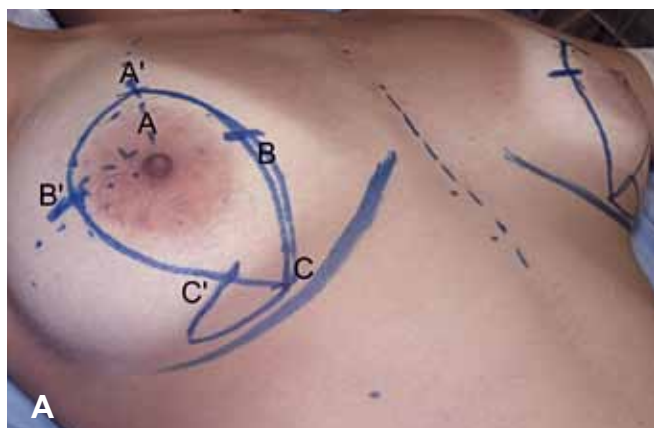


Figura 4 - A e B: Mastoplastia Chiari com cicatriz vertical.

complexo aréolo-mamilar localiza-se no ápice da projeção mamária (Figura 5B).

Mastopexia

Após a desepidermização circunareolar da área previamente demarcada, incisa-se transversalmente o parênquima 1 cm abaixo da aréola até aponeurose e faz-se o descolamento superior até o nível do 2º espaço intercostal.

Confecciona-se o pedículo de segurança inferior (não-areolado) de Ribeiro, com média de 8 cm de altura e 6 cm de largura. Este retalho apresenta boa mobilidade e é suturado no músculo peitoral, na região mais superior e medial da mama (Figura 6A).

Realizam-se a aproximação dos pilares medial e lateral, a bolsa de compensação periareolar e a exérese dos excessos de pele. Finaliza-se com o correto posicionamento do complexo aréolo-mamilar e o fechamento por planos, com tensão adequada para a perfeita cicatrização dos tecidos operados (Figura 6B).

Não se usam drenos laminares ou de sucção e o curativo é realizado com soro fisiológico, gazes estéreis e fita adesiva microporosa.



Figura 5 - A: Sutura dos pilares. **B:** Mastoplastia redutora em L.

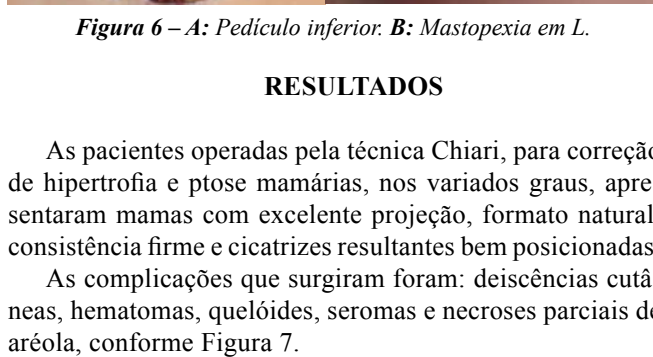
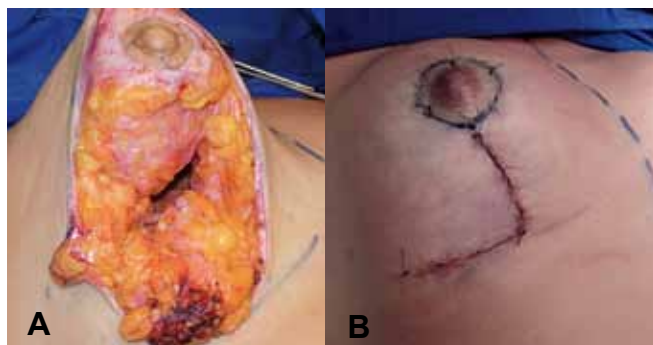


Figura 6 - A: Pedículo inferior. **B:** Mastopexia em L.

RESULTADOS

As pacientes operadas pela técnica Chiari, para correção de hipertrofia e ptose mamárias, nos variados graus, apresentaram mamas com excelente projeção, formato natural, consistência firme e cicatrizes resultantes bem posicionadas.

As complicações que surgiram foram: deiscências cutâneas, hematomas, quelóides, seromas e necroses parciais de aréola, conforme Figura 7.

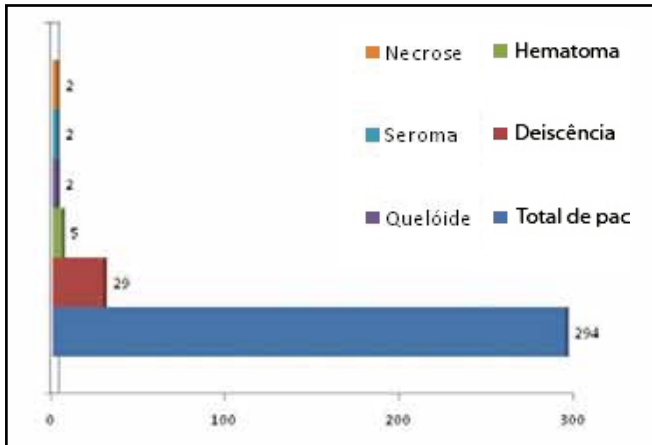


Figura 7 – Complicações.

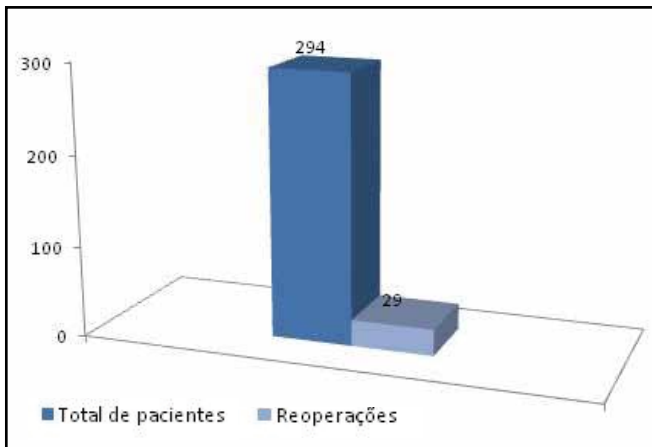


Figura 8 – Reoperações.

As reoperações (retoques) aconteceram por motivos de cicatrizes inestéticas, ptose precoce ou volume residual, referidos pelas pacientes (Figura 8). A grande maioria das pacientes ficou satisfeita com o resultado da cirurgia plástica mamária.

DISCUSSÃO

A técnica Chiari torna as mamas hipertróficas e ptosadas mais bonitas e com formas bem harmoniosas. As variações táticas vêm aprimorar os resultados e ampliar as indicações para referida técnica, que permite tal versatilidade.

A mastoplastia em L tem excelente indicação nas pacientes jovens, com mamas de componente mais glandular e pele de boa qualidade, como acontece em outras técnicas. A limitação acontece nas gigantomastias e nas grandes ptoses, sendo em alguns casos empregada a técnica de mastoplastia redutora em T invertido¹³, com pedículo de base medial¹⁴.

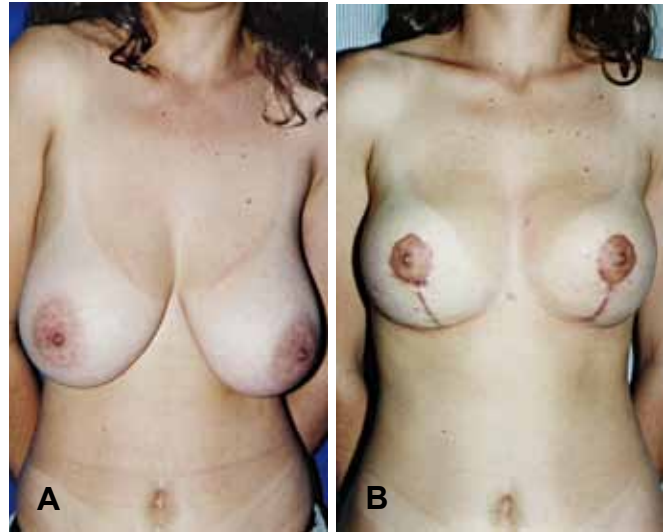


Figura 9 – Paciente de 18 anos com hipermastia (A) e 2 meses após a cirurgia (B). Redução de 320g de cada mama.

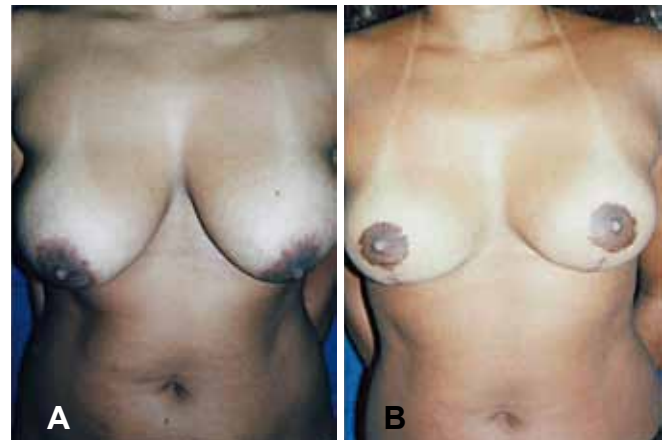


Figura 10 - Paciente 23 anos, hipertrofia e ptose mamárias (A) e 12 meses de pós-operatório (B). Ressecção 200g de cada lado.

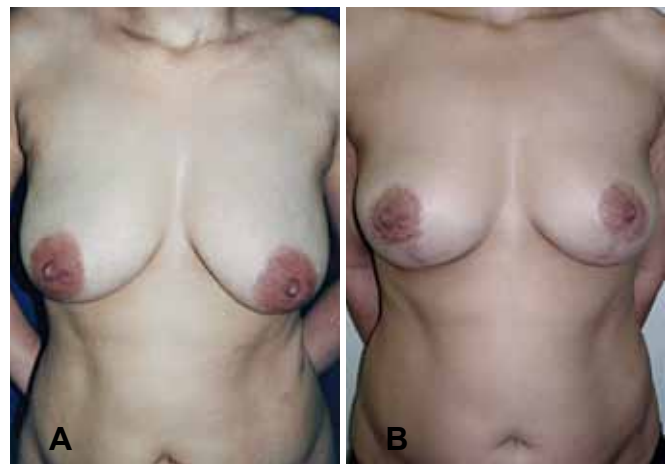


Figura 11 - Paciente 48 anos com ptose mamária (A) e resultado após 2 anos e 6 meses da mastopexia (B).

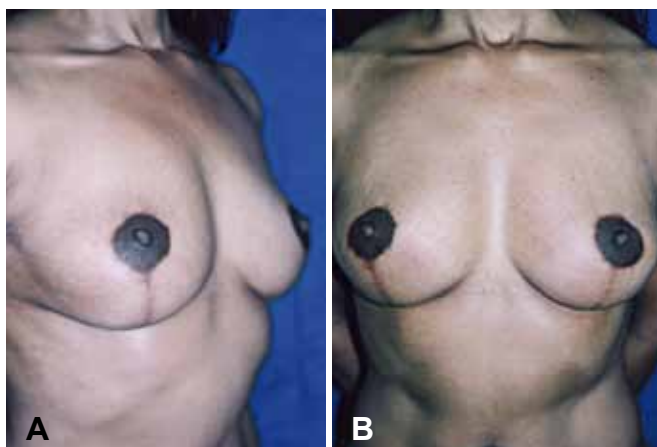


Figura 12 - Paciente 45 anos, antes da mastopexia L (A) e resultado após 12 meses (B).

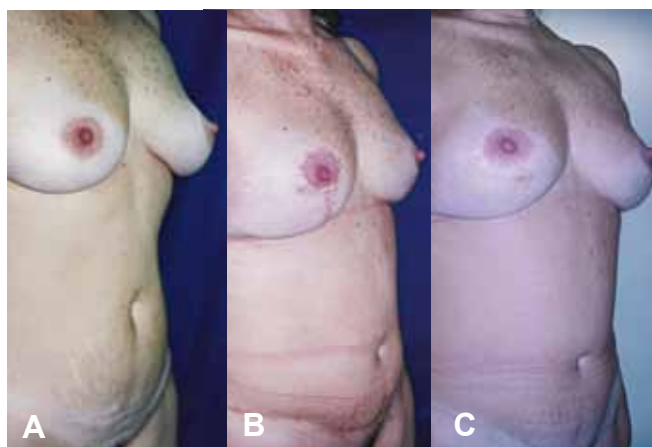


Figura 13 - Paciente 39 anos, antes da abdominoplastia e mastoplastia L (A), resultado 8 meses após (B) e 6 anos pós-operatório (C).

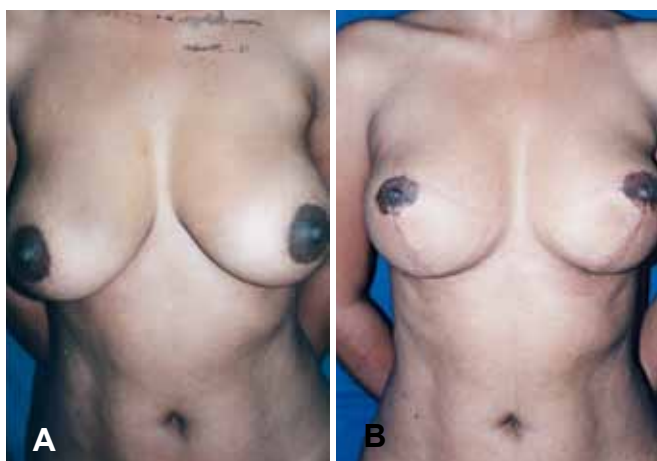


Figura 14 - Paciente 29 anos, antes da mastoplastia redutora L (A) e resultado após 8 meses (B). Ressecção de 125g cada mama.

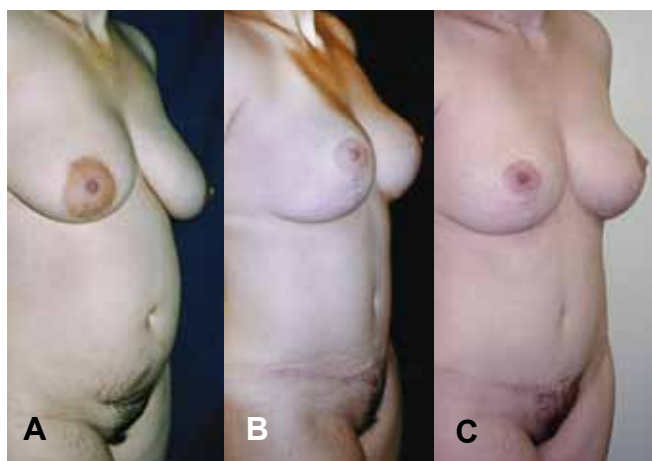


Figura 15 - Paciente 34 anos, antes da abdominoplastia e mastopexia L (A), resultado 12 meses após (B) e 2 anos pós-operatório (C).

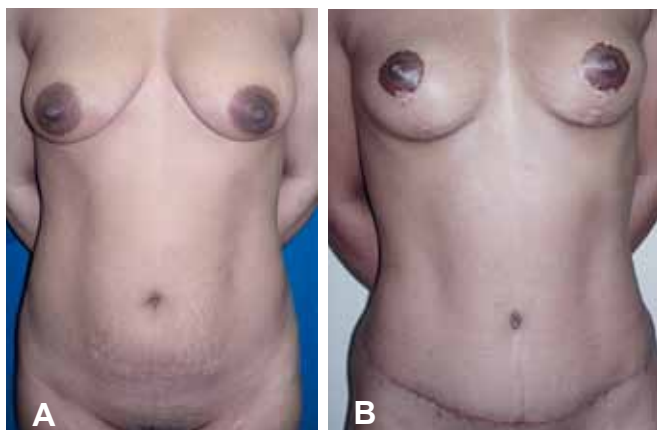


Figura 16 - Paciente 31 anos, antes (A) e 5 meses após a abdominoplastia e mastopexia L (B).

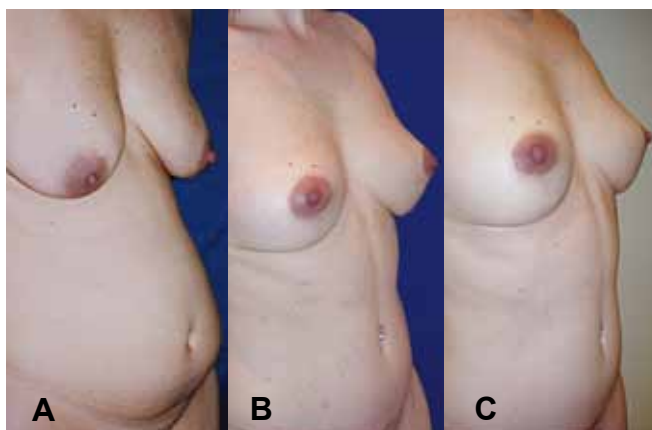


Figura 17 - Paciente 27 anos, antes (A), 12 meses de pós-operatório (B) e 2 anos e 9 meses após abdominoplastia e mastopexia L (C).

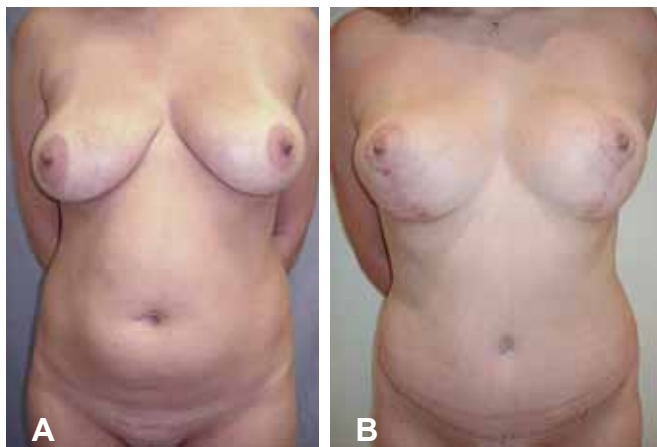


Figura 18 - Paciente 30 anos, antes (A) e 3 meses depois da abdominoplastia e mastopexia L (B).

Na hipertrofia mamária de volume moderado faz-se a opção pela mastoplastia redutora em L e tática da montagem com fixação dos pilares no músculo peitoral.

Na ptose com volume normal utiliza-se o retalho inferior de segurança para melhor projeção e firmeza na mastopexia. Desta forma, alcança-se o resultado tão desejado pelo médico e pela paciente.

A indicação da técnica em L ocorre para um maior número de pacientes com diversos tipos de mamas, seja com volume mamário significativo, pouca elasticidade da pele ou componente gorduroso predominante.

A marcação prévia não impede o cirurgião de finalizar a cirurgia conforme sua experiência e sensibilidade (Figuras 9 a 18).

CONCLUSÃO

A técnica Chiari, já apresentada em outros trabalhos, demonstrou excelentes resultados. A evolução simplificou a marcação, reduziu o tamanho das cicatrizes e ampliou a indicação. Trata-se de uma técnica segura e confiável.

A utilização de diferentes táticas nas montagens do parênquima nas hipertrofias (fixação dos pilares no músculo peitoral) e nas ptoses (confeção do pedículo inferior de segurança) vem melhorar a projeção e consistência mamárias, gerando resultados harmônicos e estéticos.

AGRADECIMENTO

In memoriam Dr. Bonatto Júnior (1965-2004), que teve participação no desenvolvimento da tática de montagem nas mastoplastias redutoras em L.

REFERÊNCIAS

- Hollander E. Die operation der mammaryhypertrophie und der hängerbrust. Dtsch Med Wochenschr. 1924;50:1400-2
- Dufourmentel CL, Mouly R. Plastie mammaire par la méthode oblique. Ann Chir Plast. 1961;6:45-58.
- Elbaz JS, Verheecke G. La cicatrice en L dans le plasties mammaires. Ann Chir Plast. 1972;17(4):283-8.
- Meyer R, Kesselring UR. Reduction mammoplasty with an L-shaped suture line. Development of different techniques. Plast Reconstr Surg. 1975;55(2):139-48.
- Bozola AR. Breast reduction with short L scar. Plast Reconstr Surg. 1990;85(5):728-38.
- Chiari Júnior A. The L short-scar mammoplasty: a new approach. Plast Reconstr Surg. 1992;90(2):233-46.
- Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. Plast Reconstr Surg. 1994;94(1):100-14.
- D'Assumpção EA. Contribuição à mamoplastia redutora em L. Rev Soc Bras Cir Plast. 1998;13(1):51-60.
- McCulley SJ, Rousseau TE. A modified Chiari L short-scar mammoplasty: the technique and results. Br J Plast Surg. 1999;52(2):112-7.
- Graf R, Araújo LRR, Neto LG, Pace D, Biggs T. Mamoplastia vertical com retalho de parede torácica. Rev Soc Bras Cir Plast. 2005;20:148-54
- Chiari A Jr. The L short-scar mammoplasty: 12 years later. Plast Reconstr Surg. 2001;108(2):489-95.
- Ribeiro L. A new technique for reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg. 1975;55(3):330-4.
- Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. Br J Plast Surg. 1967;20(1):78-85.
- Nahabedian M, McGibbon BM, Manson PN. Medial pedicle reduction mammoplasty for severe mammary hypertrophy. Plast Reconstr Surg. 2000;105(3):896-904.

Correspondência para:

Roberto Sodré Cirurgia Plástica
Rua Antonio Alves Barril, 355 Apto. 191 - Jd. Anália Franco - São Paulo, SP. CEP: 03338-000