Mamaplastia pós grande perda ponderal

Mamaplasty after massive weigth loss

FERNANDO SANFELICE ANDRÉ¹

Trabalho realizado no Hospital Regional Hans Dieter Schimit – Joinville, SC.

> Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 9/7/2009 Artigo aceito: 23/10/2009

RESUMO

Após grande perda ponderal, resultante de gastroplastias ou de regimes dietéticos rígidos, além de todo corpo, as mamas também sofrem consequências: acentuada flacidez e ptose, resultantes da absorção do tecido adiposo mamário. Algumas pacientes, no entanto, podem manter as formas e volumes mamários anteriores à redução ponderal. Apresentamos nosso protocolo de atendimento, planejamento cirúrgico (baseado nas formas mamárias encontradas), os resultados e conclusões do tratamento de 40 pacientes.

Descritores: Mamoplastia. Obesidade mórbida. Mama/cirurgia. Cirurgia plástica/métodos.

SUMMARY

After the massive weight loss, resultant from gastroplasty or severe regimes, the breast suffer the consequences: accentuated laxity and ptosis, resultant of the absorption of the mammary adipose tissue. Although, a few patients can maintains the original shapes and volume, before massive weight loss. We present our surgical planning, treatment, results and conclusions of 40 patients.

Descriptors: Mammaplasty. Obesity, morbid. Breast/surgery. Surgery, plastic/methods.

INTRODUÇÃO

O resultado do tratamento da obesidade mórbida, por meio da gastroplastia ou regimes dietéticos rigorosos, trouxe ao cirurgião plástico um novo e desafiador campo de atuação. Diversas deformidades corporais estão agora presentes, uma delas é a dismorfia mamária pós-gastroplastia e após grandes reduções ponderais com dietas alimentares. Apesar de todas as pacientes obterem expressiva redução ponderal, as consequências sobre as mamas são muito diversas: atrofia mamária, ptose, combinação das anteriores, ou mesmo, pouca alteração das formas mamárias pós redução ponderal. Essa diversidade nos obrigou a adotar para cada caso em particular uma tática/técnica cirúrgica, utilizando ou não os recursos dos implantes mamários e dos retalhos de pedículo inferior, areolados ou não. Mesmo após a realização da mamaplastia, podemos observar excessos adipo-cutâneos na porção lateral das mamas. Esses excessos são tratados, por nós, em outro tempo cirúrgico, normalmente combinado com a braquioplastia.

Diversos autores propuseram tratamento para as deformidades mamárias¹⁻²¹, sem, no entanto, indicar o tratamento específico para cada caso em particular. Não encontramos na literatura artigos que tivessem essa abrangência por nós proposta.

Esse estudo tem por objetivo apresentar o protocolo de programação das cirurgias, critérios de escolha das técnicas/táticas cirúrgicas e demonstrar os resultados obtidos no tratamento das pacientes ex-obesas mórbidas, submetidas à mamaplastia com as condutas adotadas pelo autor.

MÉTODO

Durante o período de março de 2007 a agosto de 2009, 40 pacientes foram submetidas à mamaplastia pós-gastroplastia e pós redução ponderal importante.

Essas pacientes tiveram sua cirurgia programada após seguirem o protocolo de liberação da Equipe Multidisciplinar da Obesidade Mórbida do Hospital Regional Hans Dieter Schimit:

^{1.} Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Cirurgião Plástico do Hospital Regional Hans Dieter Schimit - Joinville, SC.

Cirurgia bariátrica: pacientes com cirurgia realizada há 1 ano, peso estabilizado há 3 meses, índice de massa corpórea (IMC) abaixo de 30, adoção integral das recomendações de pós-operatório (ingesta dos suplementos vitamínicos, atividade física, acompanhamento médico);

Psicologia: aceitação e compromisso de cumprir as regras do Serviço; verificamos abandono de acompanhamento, transtornos psicológicos, problemas familiares;

Nutrição: seguir todas as orientações sobre as reposições dietéticas, vitaminas, suplemento de ferro. Toda a rotina dos exames pré-operatórios foi avaliada. Atenção aos níveis protéicos e hemáticos (albumina acima de 3,5, hematócrito acima de 35);

Avaliação do cirurgião plástico: diagnóstico da deformidade mamária, indicação das técnicas e táticas cirúrgicas:

- mamaplastia vertical com implantes de silicone: para as pacientes que apresentavam mamas de pequeno volume, com pouca ptose e flacidez cutânea (AM até 3 cm);
- mamaplastia em L: para as pacientes que apresentavam ptose moderada (AM até 7 cm), mas com tecido suficiente para a montagem do cone mamário;
- mamaplastia em L com implantes de silicone: indicada para as pacientes com mamas de ptose moderada (AM até 7 cm), mas sem tecido mamário que pudesse ser utilizado na remodelagem

do cone mamário e assim obter um volume aceitável;

- mamaplastia em L-T: indicada para as pacientes que apresentavam excesso cutâneo e de tecido mamário (AM superior a 7 cm e inferior a 10 cm);
- mamaplastia L-T com retalho de pedículo inferior: indicada para as pacientes com excesso cutâneo (AM até 10 cm), com tecido suficiente para a confecção do retalho e para aquelas que recusaram o uso dos implantes mamários.
- mamaplastia em T com enxertia do complexo aréolomamilar - CAM (técnica de Marino): indicada para as pacientes com acentuada ptose (AM acima de 11 cm) e que apresentavam riscos para a confecção do retalho de pedículo inferior areolado muito longo (diabetes, tabagismo, hipertensão arterial);
- mamaplastia em T (técnica de Marino modificada pelo autor): com retalho de pedículo inferior areolado, indicada para as pacientes com acentuada ptose (AM acima de 11 cm), mas sem comorbidades.

RESULTADOS

Nossos resultados foram satisfatórios, obtivemos boas formas do cone mamário, cicatrizes de boa qualidade e extensão apropriada a cada caso (Figuras 1 a 7).









Figura 1 – Mamaplastia em L com implante. A: pré-operatório, vista ântero-posterior; B: pós-operatório, vista ântero-posterior; C: pré-operatório, vista oblíqua direita; D: pós-operatório, vista oblíqua direita.

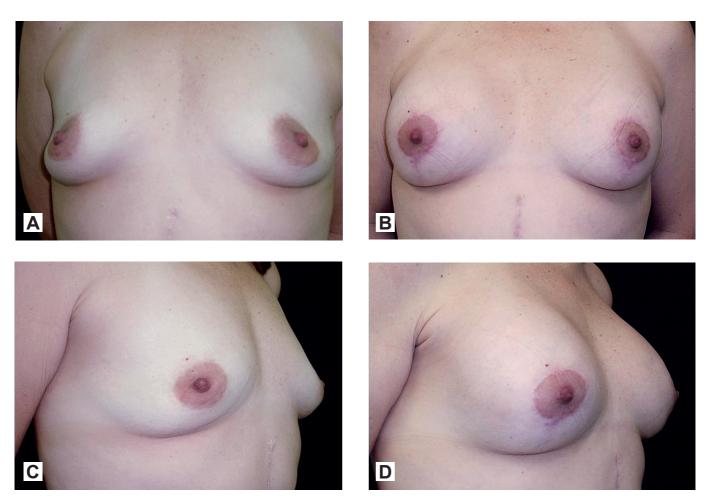


Figura 2 – Mamaplastia vertical com implante. A: pré-operatório, vista ântero-posterior; **B**: pós-operatório, vista ântero-posterior; **C**: pré-operatório, vista oblíqua esquerda; **D**: pós-operatório, vista oblíqua esquerda.

Como complicações, tivemos 1 caso de hematoma tardio, unilateral, em paciente submetida à enxertia do CAM, além de 1 caso de seroma unilateral.

Nenhum caso de infecção foi observado, tampouco necrose tecidual das mamas.

DISCUSSÃO

O ex-obeso mórbido nos chega repleto de queixas e solicitações. As dismorfias mamárias pós grande redução ponderal não se enquadram nas classificações clássicas. O tratamento, portanto, não é o mesmo para todos os casos.

O excesso cutâneo na porção lateral das mamas, normalmente exige um segundo tempo cirúrgico, combinado ou não com a braquioplastia. O recurso do retalho de pedículo inferior, como prescrito por Liacir Ribeiro, é uma tática muito interessante e útil para as pacientes com sobra de pele, mas que ainda têm algum tecido mamário restante.

A inclusão do CAM, no pedículo inferior, nos permitiu a eliminação da enxertia do mesmo em alguns casos. A indicação dos implantes, em casos selecionados, pode nos dar resultados muito bons, satisfazendo tanto a paciente quanto ao cirurgião.

CONCLUSÃO

As pacientes ex-obesas mórbidas submetidas à gastroplastia ou regime dietético rígido estão trazendo a nós cirurgiões plásticos muito trabalho, tanto manual quanto intelectual. No tocante às mamaplastias, nossos resultados serão melhores, desde que indiquemos corretamente a tática ou técnica cirúrgica para cada caso em particular e que utilizemos todos os recursos disponíveis. Todo cirurgião que se propuser a realizar essas cirurgias deverá levar em consideração: experiência, domínio das várias técnicas a serem utilizadas, curva de aprendizado, casuística, apoio do serviço e um bom relacionamento médico-paciente.

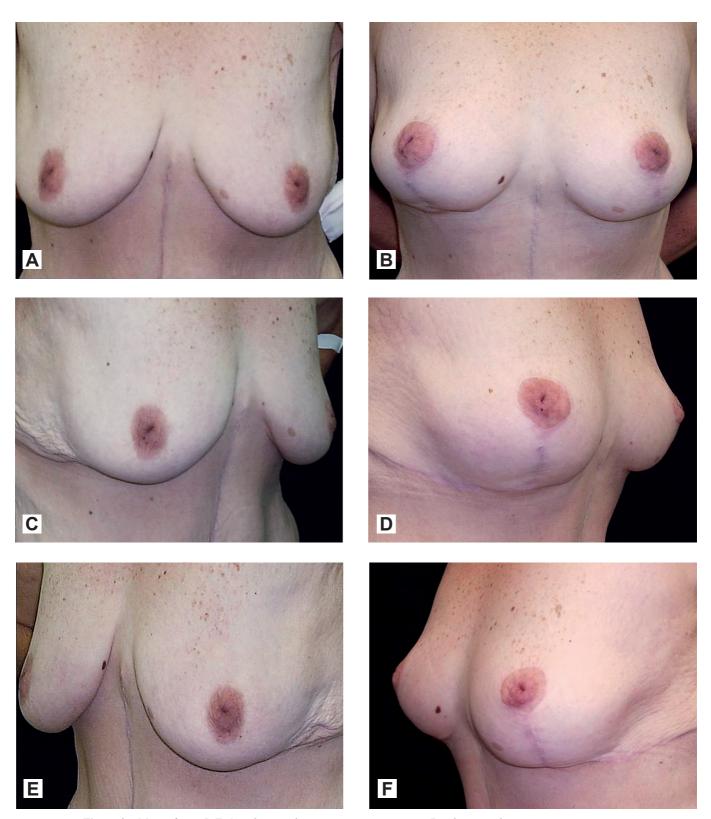


Figura 3 – Mamaplastia L-T. A: pré-operatório, vista ântero-posterior; B: pós-operatório, vista ântero-posterior; C: pré-operatório, vista oblíqua direita; D: pós-operatório, vista oblíqua direita; E: pós-operatório, vista oblíqua esquerda; F: pós-operatório, vista oblíqua direita.

444

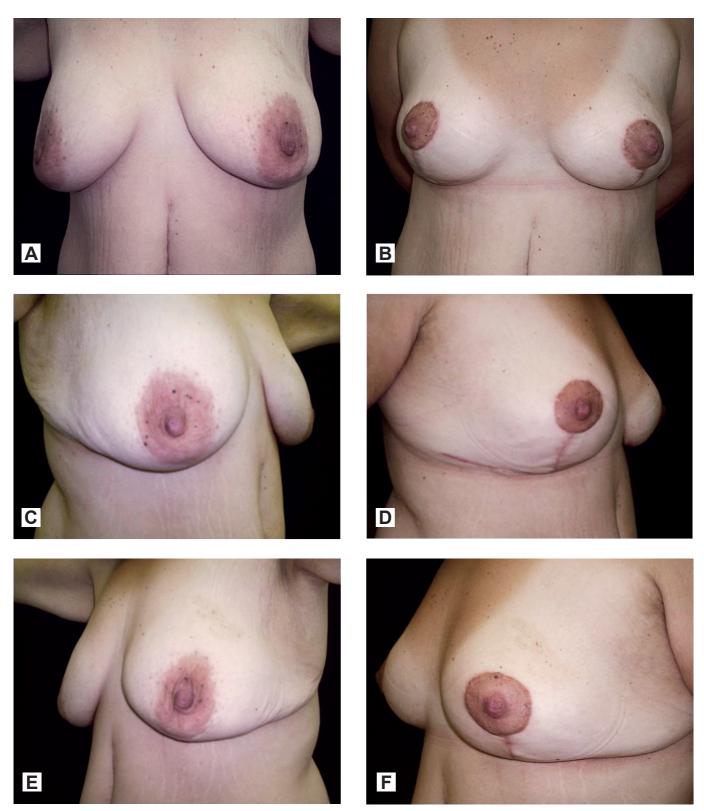


Figura 4 – Mamaplastia em L. A: pré-operatório, vista ântero-posterior; B: pós-operatório, vista ântero-posterior; C: pré-operatório, vista oblíqua direita; D: pré-operatório, vista oblíqua esquerda; E: pós-operatório, vista oblíqua esquerda; F: pós-operatório, vista oblíqua direita.

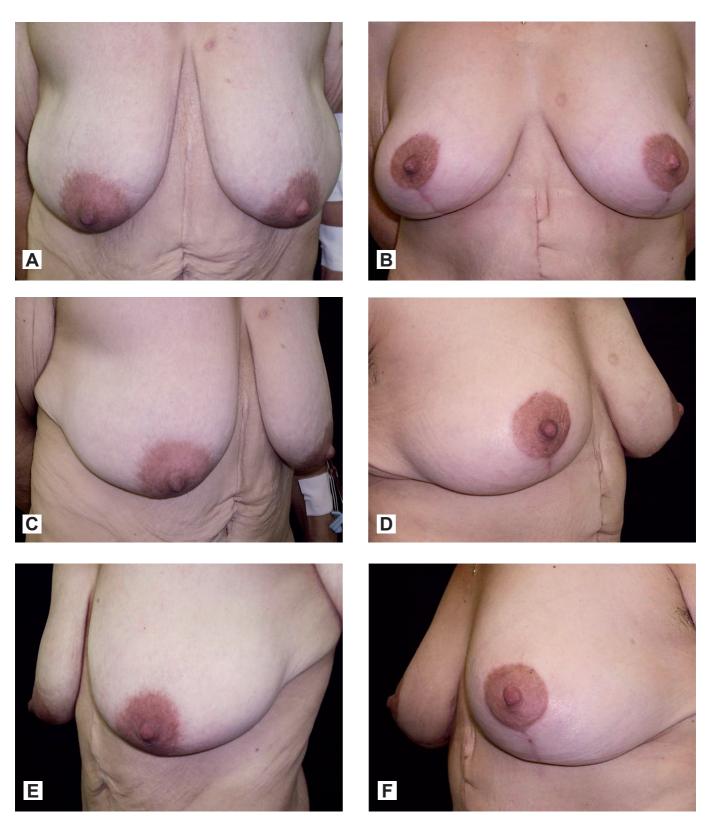


Figura 5 – Mamaplastia L-T com retalho de pedículo inferior. A: pré-operatório, vista ântero-posterior; B: pós-operatório, vista aliqua direita; D: pós-operatório, vista oblíqua direita; E: pré-operatório, vista oblíqua esquerda; F: pós-operatório, vista oblíqua esquerda.

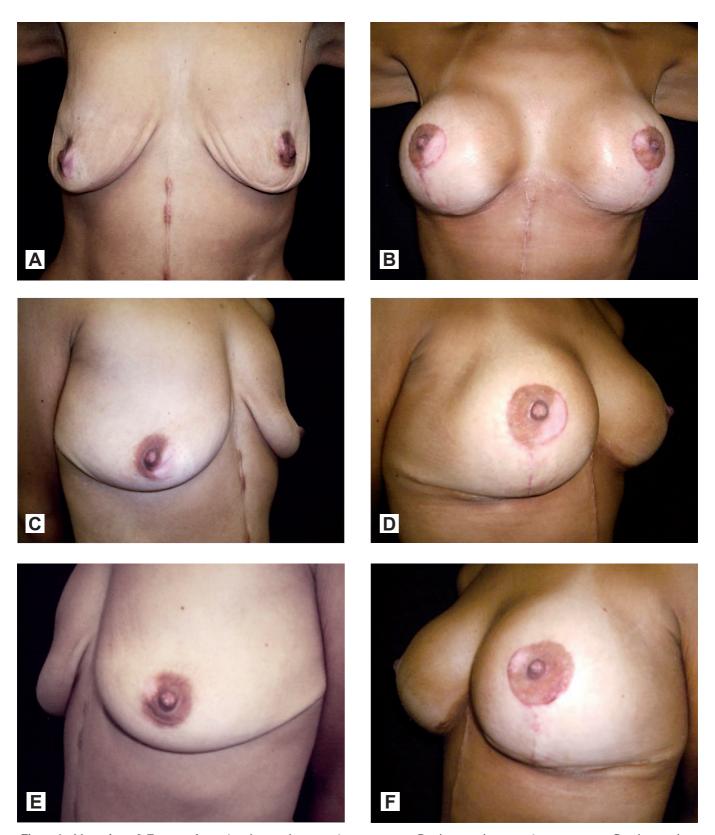


Figura 6 – Mamaplastia L-T com implante. A: pré-operatório, vista ântero-posterior; **B**: pós-operatório, vista ântero-posterior; **C**: pré-operatório, vista oblíqua direita; **D**: pós-operatório, vista oblíqua direita; **E**: pré-operatório, oblíqua esquerda; **F**: pós-operatório, vista oblíqua esquerda.

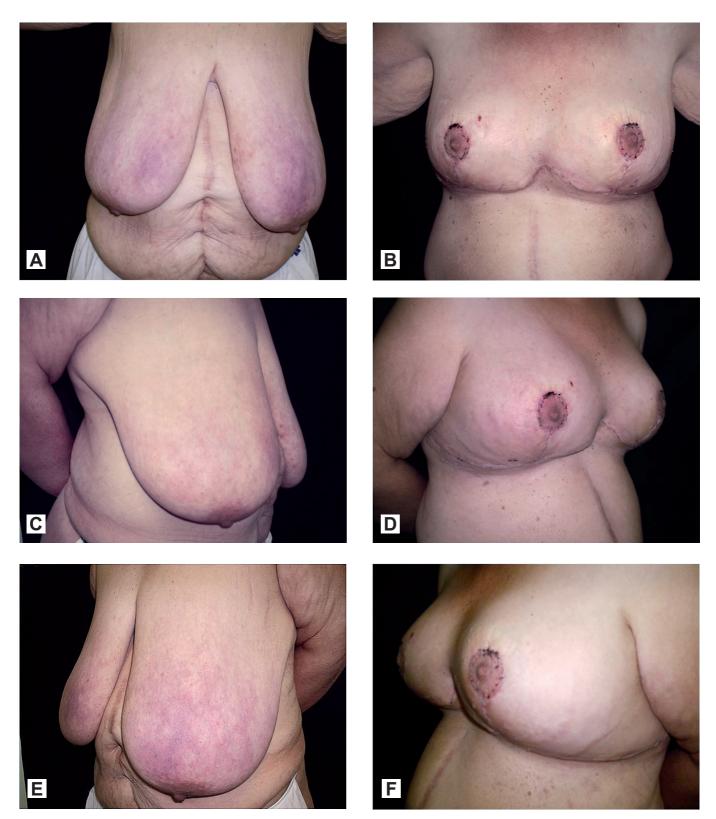


Figura 7 – Mamaplastia T com retalho inferior areolado. A: pré-operatório, vista ântero-posterior; B: pós-operatório, vista ântero-posterior; C: pré-operatório, vista oblíqua direita; D: pós-operatório, vista oblíqua direita; E: pré-operatório, vista oblíqua esquerda; F: pós-operatório, vista oblíqua esquerda.

448

REFERÊNCIAS

- Passot J. La correction esthetique du prolapsus mammaire pas de la transposition du mamelon. Press Med. 1925;33:317.
- Castro CC, Aboudib JH, Coelho RFS, Gatorno M. Conceituação sobre as mamaplastias e mastopexias. Rev Soc Bras Cir Plast. 2002;17(3):19-26.
- 3. Lexer E. Die gesante wederherstelung chirurgie. Leipzig J A Brath. 1931.
- 4. McKissoc PK. Reduction mammaplasty with a vertical dermal flap. Plast Reconst Surg. 1972;49(3):245-52.
- Peixoto G. Reduction mammaplasty: a personal technique. Plast Reconst Surg. 1980; 65(2):217-26.
- Pitanguy I. Breast hypertrophy. In: Anais do II Congress of International Society of Plastic Surgeons. Londres, Inglaterra; 1959.
- 7. Ribeiro L, Backer E. Mastoplastia com pediculo de seguridad. Rev Esp Cirug Plast. 1973;6:223-34.
- 8. Skoog T. A technique of breast reduction; Transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. Acta Chir Scand. 1963; 126:453-65.
- Strombeck JO, Mammaplasty in hypertrophy of the female breast.
 In: III Congress Transaction International Society of Plastic Surgery.
 Washington, USA;1967.
- Thorek M. Plastic reconstruction of the breast an free transplantation of the nipple. J Int Coll Surg. 1946;9.

- Ariê G. Una nueva técnica de mastoplastia. Rev Latinoam Cir Plast. 1957;3(1):23-31.
- 12. Ely JF. The devil's incision mammoplasty. Aesthetic Plast Surg. 1983;7(3):159-62.
- Lejours H. Vertical mammaplasty and liposuction of the breast. St Louis:Quality Medical Publishing;1993.
- Hollander E. Die operatione der mama hypertrofie un der Hägebrust. Dtsh Med Wachhenschr. 1924;50:1400-42.
- Bozola AR. Sistematização tática da mamaplastia em L. In: Anais da I Jornada Sul-brasileira de Cirurgia Plástica. Florianópolis, Brasil;1984.
- 16. Chiari Jr A. The L short-scar mammaplasty: a new approach. Plast Reconstr Surg. 1992;90(2):233-46.
- Andrews JM, Yshizuki MM, Martins DM, Ramos RR. An areolar approach to reduction mammaplasty. Br J Plasr Surg. 1975; 28(3):166-70.
- Bustos RA. Periareolar mammaplasty with silicone supporting lamina. Plast Reconst Surg. 1992; 89(4):646-57.
- Rees TD. An historical review of mammaplasty. Anais do Transact Fifht Intern Cong Plast S; Austrália.
- Carramaschi FR, Tanaka MP. Mastopexia associada à inclusão de prótese mamária. Rev Soc Bras Cir Plast. 2003;18(1):31-6.
- 21. Marino H. La mama. Buenos Aires: Editorial Cientifica Argentina; 1957.

Correspondência para: Fernando Sanfelice André

Rua Osvaldo Cruz, 128 - Bairro Boa Vista - Joinville. SC, Brasil

CEP 89295-240

E-mail: sanfi@brturbo.com.br