

Avaliação da eficácia do retalho glandular na proteção da incisão no sulco mamário em cirurgias de implante de silicone



**ROSANA FLORA RIBEIRO
FREMPONG**^{1,2,3*}

MARCEL VINICIUS DE AGUIAR MENEZES^{1,2,3,4,5}
MOEMA MARIA CARVALHO DE SANTANA^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0111

INTRODUÇÃO

A cirurgia de aumento mamário tem sido um dos procedimentos de cirurgia plástica mais comumente realizados em todo mundo. Segundo as estatísticas da *American Society of Plastic Surgeons*, mais de 3 milhões de implantes foram inseridos para o aumento primário nos Estados Unidos desde 2005¹.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de Sergipe - Aracaju, SE, Brasil.

³ Clínica Perfecta cirurgia plástica e dermatologia, Aracaju, SE, Brasil.

⁴ American Society of Plastic Surgery.

⁵ International Society of Aesthetic Plastic Surgery.

RESUMO

A inclusão de implantes de silicone para mamoplastia de aumento é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no Brasil e no mundo. O propósito desta cirurgia é aumentar o volume para que o paciente diminua sua insatisfação quanto à forma e aparência da mama. Apesar de tratar-se de um procedimento com tempo cirúrgico rotineiramente pequeno e baixo risco intraoperatório, as complicações que envolvem a mamoplastia de aumento são dramáticas e envolvem infecção, contratatura capsular a longo prazo, extrusão do implante com falência da cirurgia e o risco de litígio por insatisfação das pacientes. Na atualidade, as incisões para mamoplastia de aumento se tornaram menores para melhorar os resultados estéticos, enquanto que, ao mesmo tempo, os volumes dos implantes mamários aumentaram. A localização da incisão depende basicamente das preferências individuais de cada cirurgião. Sabe-se que a posição da incisão é um fator determinante do grau de trauma tissular, exposição do implante às bactérias endógenas, dano sensitivo potencial, visibilidade e hemostasia. O objetivo desse estudo é avaliar a funcionalidade do retalho glandular do polo inferior para proteção da exposição do implante de silicone nas pacientes que realizaram cirurgias de mamoplastia de aumento via sulco inframamário em uma série de casos.

Descritores: Implante mamário, Mamoplastia, Elastômeros de silicone; géis de silicone; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

ABSTRACT

Silicone implants inclusion for augmentation mammoplasty is one of the most performed surgical procedures in Brazil and worldwide. Purpose of this surgery is to increase the volume so that the patient decreases their dissatisfaction with breast shape and appearance. Although it is a procedure with short surgical time and has low intraoperative risk, complications involving augmentation mammoplasty are dramatic and involve infection, long-term capsular contracture, surgery extrusion with surgery failure, and litigation risk because of patient dissatisfaction. At present, breast augmentation incisions have become smaller to improve aesthetic results, while at the same time breast implant volumes have increased. Incision location depends primarily on each surgeon individual preferences. It is known that incision position is a determining factor for tissue trauma degree, implant exposure to endogenous bacteria, potential sensory damage, visibility and hemostasis. This study aim is to evaluate inferior pole glandular flap functionality to protect exposure of silicone implant in patients who underwent mammoplasty surgeries via inframammary sulcus in a series of cases.

Keywords: Breast Implants; Mammoplasty; Silicone elastomers; Silicon gels; Reconstructive surgical procedures.

A inclusão de implantes de silicone para mamoplastia de aumento é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no Brasil e no mundo. Seu propósito é aumentar o volume para que o paciente diminua sua insatisfação quanto à forma e aparência da mama².

Nas últimas décadas, um grande número de estudos foram desenvolvidos para avaliar a segurança e eficácia do

aumento cosmético da mama. Muitos destes trabalhos em segurança têm se concentrado nas questões sobre morbidade do procedimento, incluindo relatórios sobre a ruptura do implante, taxas de deiscência pós-operatória, associações com doenças autoimunes e câncer³.

Existem múltiplos fatores que podem afetar os resultados de cirurgias com implante mamário como: a seleção dos pacientes, eficácia na orientação do paciente, plano para colocação do implante, local da incisão, escolha do implante, técnica cirúrgica e cuidados pós-operatórios⁴. A ineficiência em realizar qualquer das etapas no tratamento pode resultar em um aumento das taxas de complicações e reintervenções cirúrgicas⁵.

Na atualidade, as incisões para mamoplastia de aumento se tornaram menores para melhorar os resultados estéticos, enquanto que, ao mesmo tempo, os volumes dos implantes mamários aumentaram. A localização da incisão depende basicamente das preferências individuais de cada cirurgião. Sabe-se que a posição da incisão é um fator determinante do grau de trauma tissular, exposição do implante às bactérias endógenas, dano sensitivo potencial, visibilidade e hemostasia⁶.

Um dos grandes problemas em cirurgia com prótese mamária é o risco de extrusão via cicatriz, visto que os implantes não podem ter contato com o meio externo após sua implantação. Caso exista contato do implante com o meio externo, este se encontra sob risco de infecção. Dessa forma, a confecção de estratégias técnicas para proteção dos implantes se torna necessária⁷.

Muitos autores referem à confecção de retalhos glandulares para proteção de implantes em mastopexia, porém em próteses mamárias sem ptose não encontramos estratégias deste tipo na literatura⁸⁻¹⁰. Independentemente da causa, as reoperações resultam em risco adicional ao paciente. Representam um alto custo tanto para a paciente quanto para a prática cirúrgica e, mais importante, apresentam dificuldades técnicas em relação ao procedimento inicial na obtenção de um resultado cirúrgico ideal⁵.

Dessa forma, o planejamento de utilização de um retalho glandular para proteção da incisão no sulco mamário torna-se um incremento importante neste procedimento, com intenção de reduzir o risco do efeito gravitacional do implante (peso) sobre a incisão e, porventura, minimizar o risco de deiscência cutânea, exposição do implante e posterior extrusão.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo é avaliar a funcionalidade do retalho glandular do polo inferior para proteção da exposição do implante de silicone nas pacientes que realizaram cirurgias de mamoplastia de aumento via sulco inframamário em uma série de casos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo tipo prospectivo, realizado a partir da avaliação de 100 pacientes acompanhadas durante 24 meses após realização da cirurgia de mamoplastia de aumento com confecção de retalho glandular, cuja incisão foi no sulco mamário. Foram incluídas nesse estudo indivíduos do sexo feminino entre 18-40 anos de idade, submetidas à mamoplastia de aumento, em hospital terciário privado, no período de janeiro 2016 a janeiro de 2018.

Todas utilizaram implantes redondos de perfil alto e super-alto texturizados. Foram operadas sob anestesia geral, sendo realizada infiltração anestésica local antes da incisão cirúrgica composta por 10ml de anestésico lidocaína a 2% com adrenalina, visando a vasoconstrição e analgesia. A incisão da

pele foi realizada na região submamária medindo entre 3,5 e 4,5cm de comprimento.

Não foram incluídas neste estudo pacientes portadoras de doenças crônicas não controlada, doenças psiquiátricas, pacientes com cirurgia prévia de mama, pacientes tabagistas ou ex-tabagistas há menos de um ano, pacientes com disfunção cognitiva ou doença psiquiátrica.

Foram excluídas deste estudo pacientes que não retornaram para avaliação pós-operatória e aquelas que retiraram o termo de consentimento. Todas as pacientes são provenientes de consultório privado e foram operadas pela mesma equipe cirúrgica em Aracaju-SE.

Técnica Cirúrgica

Realizada incisão da pele foi através da via submamária (Figuras 1 e 2). Com auxílio de dois ganchos de Guilles (Figura 3), foi realizada uma tração da margem superior da incisão. Realizado descolamento inicial com bisturi elétrico no sentido cranial logo abaixo da transição dermogordurosa por 2cm, com redirecionamento posterior, no sentido perpendicular à parede torácica até a altura do músculo peitoral maior.



Figura 1. Marcação do retalho.

Tendo sido encontrado o plano subglandular, faz-se o descolamento no plano desejado para inclusão do implante superiormente (subglandular, subfascial ou submuscular); no sentido inferior faz-se o descolamento do tecido ao nível do sulco mamário de modo a se obter um retalho pequeno, de cerca de 3cm de comprimento e 4cm de largura, aproximadamente (Figura 4).

Após verificação rigorosa da hemostasia, procede-se à colocação dos implantes nos sítios. Realiza-se a troca das luvas cirúrgicas e lavagem com soro fisiológico e secagem com compressas esterilizadas, antes da introdução de cada implante. Os mesmos foram banhados em soro fisiológico e manipulados somente pelo cirurgião até sua introdução através de manobras digitais.

Posteriormente, realiza-se o fechamento do plano do retalho glandular a cerca de 2 cm da linha cutânea da incisão. As suturas foram realizadas no plano mamário com nylon 3-0,



Figura 2. Incisão no sulco mamário.



Figura 3. Elevação do polo superior da incisão submamária para confecção do retalho.

subcutâneo superficial também com nylon 3-0, subdérmico com nylon 4-0 e intradérmico com monocryl 5-0.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 100 pacientes com idades entre 18 e 40 anos. Estas foram operadas com anestesia geral e tempo médio de cirurgia de 45min (30min a 70min). Todas as cirurgias foram realizadas pela mesma equipe e as pacientes foram acompanhadas de janeiro de 2015 a janeiro de 2018.

Destas, 8 pacientes (8%) apresentaram deiscência cutânea, que foi classificada como completa quando ocorreu abertura total da cicatriz cutânea e incompleta quando esta



Figura 4. Evidencia o retalho já confeccionado se interpondo entre o implante e o meio externo.

abertura era parcial. Essa abertura ocorreu por: reação cutânea à fita cirúrgica microporada em 3 pacientes, trauma local em outras 3 pacientes, 2 pacientes por reação inflamatória ao fio de sutura.

Duas pacientes tiveram deiscência completa da cicatriz de 1 das mamas, com total exposição do retalho glandular. Quatro pacientes tiveram deiscência cutânea parcial (extensão incompleta da cicatriz) de 1 das mamas e 2 pacientes apresentaram deiscência parcial das 2 cicatrizes (extensão incompleta da cicatriz, porém acontecendo bilateralmente). Observou-se que à despeito da abertura cutânea, nenhuma das pacientes apresentou exposição do implante mamário, numa mostra de que o retalho conferiu proteção extra à prótese (Figura 5).

Todas as cicatrizes foram tratadas em consultório, sob anestesia local, com desbridamento simples das margens da FO e posterior sutura com pontos simples de nylon 5-0.

DISCUSSÃO

A mastoplastia de aumento é um procedimento cirúrgico estabelecido e se constitui na primeira opção do tratamento das hipomastias¹¹.

Com a evolução da técnica e da qualidade dos implantes de silicone, as taxas de complicações desta cirurgia têm diminuído progressivamente, tornando-a mais segura. Os riscos relacionados à colocação de implantes mamários se devem principalmente ao fato do procedimento se fundamentar na colocação de um material sintético dentro do organismo, em íntimo contato com estruturas orgânicas².

A incisão para colocação de próteses mamárias produz cicatrizes que podem conduzir a alterações funcionais, cosméticas e psicológicas. O tecido da cicatriz é geralmente diferente da pele saudável por cor aberrante, espessura aumentada, área

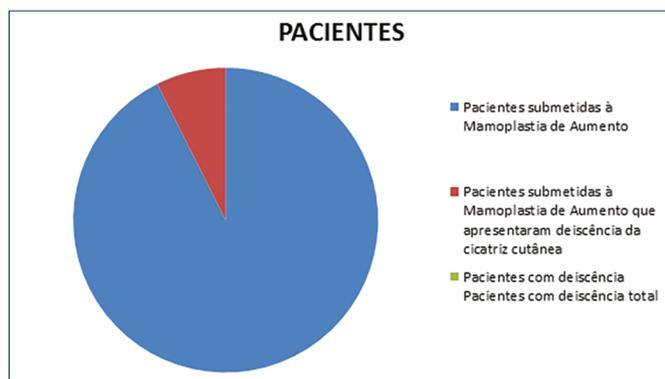


Figura 5. Gráfico mostrando baixa incidência de deiscência cutânea. O gráfico também evidencia que não houve deiscência do retalho.

de superfície irregular e perda da elasticidade. As características da cicatriz dependem do tamanho, da posição, da técnica de sutura e do tratamento da ferida, bem como da idade, raça, alimentação, morbidades associadas, uso de medicações e predisposição genética¹².

A incisão submamária permite acesso direto à loja onde será colocado o implante, sem penetrar no parênquima mamário. Tem cerca de 4,0cm de extensão, é paralela ao sulco e localizada a cerca de 1cm acima deste. Dois terços de sua extensão são colocados lateralmente ao eixo vertical da mama.

Trata-se de uma abordagem padrão, que não apresenta nenhuma limitação para qualquer tipo de mama e deixa uma cicatriz muito bem aceita pela maioria das pacientes. Oferece uma excelente exposição de todas as áreas de descolamento e para a confecção do espaço retromamário ou retropeitoral. Por esta via, não se secciona ou se cria nenhum traumatismo adicional a qualquer tecido, exceto pele e tecido subcutâneo. Sua principal crítica é referente ao seu aspecto estético¹³.

Uma das complicações observadas na cirurgia de implante mamário é a deiscência da cicatriz cutânea, intercorrência que poderia facilmente ser conduzida de forma clínica, não fosse o contato do implante com o meio externo. A exposição externa da prótese leva a um alto risco de contaminação e complicações como infecção e contratura capsular a longo prazo, podendo levar à extrusão da mesma.

Em relação ao procedimento, a confecção de uma proteção adicional glandular não aumentou de forma significativa o tempo cirúrgico nem levou à formação de abaulamentos ou distorções no polo inferior da mama, o que faz do retalho uma estratégia de segurança que não prejudica o resultado final, não interfere no grau de satisfação das pacientes nem aumenta de forma significativa o tempo cirúrgico.

Não foi observada formação de hematomas ou infecção de ferida operatória. Também não ocorreu exposição de nenhum dos implantes mamários, nem houve necessidade de remoção, mostrando que se trata de uma manobra eficaz contra

exposição externa do implante. Isto, na prática, traduz-se em menor risco de reinternação para remoção e, portanto, menos gastos hospitalares e menor risco de litígio por insatisfação das pacientes.

CONCLUSÃO

A estratégia de confeccionar um retalho glandular no polo inferior nas incisões de cirurgias de mamoplastia de aumento oferece vantagens ao proporcionar maior proteção à prótese na região do sulco mamário, por ser uma interface adicional entre o implante e o meio externo. A execução desta tática não dificulta o ato cirúrgico e reduz o risco de extrusão de implantes.

REFERÊNCIAS

1. American Society of Plastic Surgeons. Plastic surgery procedural statistics. [acesso 2015 Mar 30]. Disponível em: <http://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics.html>
2. Pitanguy I, Amorim NFG, Ferreira AV, Berger R. Análise das trocas de implantes mamários nos últimos cinco anos na Clínica Ivo Pitanguy. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(4):668-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752010000400019>
3. Sarwer DB. Commentary on: Quality of Life After Breast Enlargement With Implants Versus Augmentation Mastopexy: A Comparative Study. *Aesthet Surg J.* 2018 Jun 12. [Epub ahead of print]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/asj/sjy082>
4. Maximiliano J, Oliveira AC, Lorencetti E, Bombardelli J, Portinho CP, Deggerone D, et al. Mamoplastia de aumento: correlação entre o planejamento cirúrgico e as taxas de complicações pós-operatórias. *Rev Bras Cir Plást.* 2017;32(3):332-8.
5. Somogyi RB, Brown MH. Outcomes in primary breast augmentation: a single surgeon's review of 1539 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(1):87-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000000773>
6. Barbosa MV, Nahas FX, Ferreira LM. A safe way to insert breast implants. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(6):1824-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000188853.55181.1e>
7. Middleton MS. MR evaluation of breast implants. *Radiol Clin North Am.* 2014;52(3):591-608. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcl.2014.02.013>
8. Mansur JRB, Bozola AR. Mastopexia e aumento das mamas com proteção e suporte inferior da prótese com retalho de pedículo inferior. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(3):304-9.
9. Ribeiro L, Backer E. Mastoplastia com pedículo de seguridad. *Rev Esp Cir Plast.* 1973;16:223-34.
10. Ribeiro L. Pedicles in mammoplasties. In: Transactions of the VIII International Congress of Plastic Surgery; 1983; Montreal, Canada.
11. Munhoz AM, Aldrighi C, Buschpiegel C, Ono C, Montag E, Fells K, et al. The feasibility of sentinel lymph node detection in patients with previous transaxillary implant breast augmentation: preliminary results. *Aesth Plast Surg* 2005;29(3):163-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-004-0103-8>
12. Glicenstein J. History of augmentation mammoplasty. *Ann Chir Plast Esthet.* 2005;50(5):337-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anplas.2005.07.003>
13. Valente DS, Carvalho LA, Ferreira MT. Avaliação da qualidade de cicatrizes em mamoplastia de aumento por via submamária e transareolomamilar: um estudo longitudinal prospectivo. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(1):81-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000100017>

*Endereço Autor:

Rosana Flora Ribeiro Frempong

Avenida Ministro Geraldo Barreto Sobral, nº 2100, Salas 1502, 1503 - Aracaju, SE, Brasil
CEP 49026-010

E-mail: rosanafrempong@gmail.com