

Mamoplastia orientada pela proporção áurea (ϕ) associada à rafia interna multiplanar com suturas progressivas

OSVALDO JOÃO PEREIRA FILHO, JORGE BINS-ELY, KUANG HEE LEE

Introdução

As técnicas utilizadas no planejamento das mamoplastias baseiam-se em detalhes aleatórios, como manobra bidigital, complexas demarcações e até moldes pré-determinados.

Objetivo

Nesta investigação, a mamoplastia redutora e a mastopexia são planejadas de acordo com a proporção áurea, baseada no número ϕ (ϕ) $n = 1,618$. Internamente, essa estratégia está associada a suturas multiplanar em três planos tegumentares, similares aos “Pontos de Baroudi” usados na abdominoplastia.

Método

A nova mama é projetada ao longo dos eixos de uma figura em forma de “V”, cujo vértice situa-se no umbigo, abrindo-se em um ângulo de 60 graus em direção à axila. O traçado assemelha-se à linha mamária feminina. O ponto P1 localiza-se na intersecção de cada linha mamária dos ramos da figura em “V” com o sulco mamário. O ponto P2, o ápice da nova mama, é marcado com um compasso, sobre os mesmos ramos do “V”, na distância = {P1 até a linha média esternal (m) medida em (cm) X ϕ 1,618}. Coincidentemente, o traçado entre P2-P2’ situa-se superiormente e paralelo ao plano P1-P1’, e distam um do outro na linha média na mesma distância entre P1 ou P1’ até m medido em (cm). Coincidentemente, a distância entre (m’), ponto que toca o trajeto entre P2-P2’ na linha média esternal e (m), o equivalente entre P1-P1’ é igual a 1/3 da medida entre (m’) e o umbigo (u). Essa técnica foi indicada 115 pacientes, com média de idade de 37 anos. A ressecção variou de 289 g a 1.300 g.

Resultados

A evolução pós-operatória transcorreu normalmente. Obteve-se mamas com configuração anatômica satisfatória. As complicações foram mínimas, destacando-se assimetria em 4 (3,47%) pacientes e necrose parcial do CAP em 2 (1,7%) pacientes unilateralmente. O seguimento operatório variou de 1 mês a 1 ano.

Discussão

Investigamos neste estudo o planejamento da nova mama sob visão geométrica, guiado pela proporção áurea ou proporção divina. Se observarmos o tronco feminino de frente, a mama atrativa configura na união dos mamilos e o umbigo, um triângulo quase equilátero, com ângulo interno de 60°. Na mamoplastia de aumento com implante de silicone, a proporção áurea é demonstrada em alguns parâmetros que orientam a escolha do implante. Algumas táticas utilizam molde pré-concebido, desconsiderando-se a peculiaridade anatômica inerente a cada paciente. Sob o ponto de vista oncológico, nossa abordagem resseca preferencialmente no quadrante externo, onde o tumor é mais prevalente. Preserva-se ao máximo o tecido sob o CAP, com o objetivo de manter volume no pólo superior, mimetizando um implante biológico. Neste ponto, nossa tática difere do preconizado por Pitanguy, que ao realizar a ressecção em “quilha” contribui para o achatamento precoce do pólo superior e reduz a funcionalidade mamária quanto a lactação. O preenchimento do pólo superior é reforçado pela sutura multiplanar e tão efetivo quanto as táticas que utilizam o pedículo inferior. No plano médio, sutura-se o plano tegumentar até o remanescente da fásia sob o sulco submamário profundamente. Isto promove maior resistência

à montagem mamária. Desse modo, as suturas multiplanares funcionam como os pontos progressivos do retalho abdominal preconizado por Baroudi e Pollock. Reduzem espaço morto, estabilizam o cone mamário, projetam melhor o pólo superior e facilitam a subida do CAP. Indiretamente reduz-se a tensão no ponto P1, o que contribui para uma cicatriz de melhor qualidade. Pois a montagem da mama faz-se de forma centrípeta, de lateral para medial, e não de modo centrífugo. Contrariamente às técnicas tradicionais em que se monta a mama a partir da união dos pontos B e C, bases dos pilares mamários, nossa abordagem por meio da rafia multiplanar ancora o tecido internamente, reduzindo-se a tração e potenciais deiscências junto à P1. Em casos em que o CAM precisa ser elevado por mais de 8 cm, ou em presença de tecido pouco elástico, manobras como a lipoaspiração subareolar, liberando-se concomitantemente o pedículo do complexo aréolo-mamilar, facilitam a subida deste. Em pacientes com boa elasticidade areolar e que se necessitam ascender o CAP numa distância menor que 5 cm, basta liberar a derme resultante da manobra de Schwartzman ao redor do aréolo, ilhando-o.

Conclusão

A mamoplastia planejada geometricamente com base na proporção áurea, projetada sobre o eixo em “V”, cujo o vértice localiza-se no umbigo abrindo-se num ângulo de 60 graus em direção as axilas, e, estruturada internamente por ráfias multiplanares, mostrou-se eficaz. O baixo índice de complicações, a forma mamária satisfatória obtida na amostra e a expectativa da melhor preservação funcional suportam positivamente a estratégia proposta.