

PAM: um novo método para corrigir ptose e hipoplasia da mama por incisão periareolar

RAUL FRANCO GONZALEZ

Objetivo

Demonstrar uma nova técnica de aumento e pexia da mama através de uma incisão circumareolar.

Método

Entre novembro de 2009 e maio de 2012, 51 pacientes foram operadas por esta técnica. A idade das pacientes variou entre 19 e 57 anos (média de 34 anos). Nove pacientes tinham grau 2 de ptose, segundo a classificação de Regnaut e 13, grau 3. A distância que as aréolas foram elevadas para ocupar a posição mais cefálica variou de 3 a 7 cm. Os implantes variaram de tamanho entre 135cc a 305cc e só foram empregados implantes redondos, texturizados ou lisos de perfil alto ou extra-alto. Todos os pacientes foram operados sob anestesia local, por bloqueio intercostal e sedação, exceto duas pacientes operadas sob anestesia peridural, visto que foram também submetidas a abdominoplastia. O tempo de internação foi de 24 horas, exceto as que tiveram abdominoplastia associada. Realizam-se marcações na pele com a paciente em pé; primeiro é marcada uma linha vertical hemiclavicular, que passa pelo meio da clavícula e no centro da aréola de cada lado. O ponto mais alto do desenho circumareolar (ponto “H”) é marcado sobre essa linha hemiclavicular, a uma distância que corresponde à altura da paciente em cm dividido por dez. Marca-se, a seguir, o ponto mais baixo da aréola (ponto “L”). Um desenho elipsoide ou quase ovoide é então desenhado entre os pontos H e L. Marca-se uma linha curva que vai do canto inferior medial ao canto inferior lateral da mama, passando por cima do desenho elipsoide. Essa linha vai indicar

o limite superior do descolamento no pólo. A cirurgia começa por uma abundante infiltração tumescente no subcutâneo, no nível do plano areolar. A aréola é marcada no tamanho desejado e, após aguardar o efeito hemostático da infiltração, a área entre as incisões da aréola e a elipsoide são desepidermizadas. A seguir, é feita uma incisão em toda a borda interna da linha circumareolar, que prossegue no plano areolar. Após o descolamento, realiza-se uma incisão vertical na glândula mamária, seguindo a linha hemiclavicular, desde a aréola até o sulco mamário inferior. Essa incisão segue até encontrar o músculo peitoral, onde um descolamento para expor o músculo é feito sobre a fáscia muscular. O descolamento submuscular é feito. Na parte caudal, os músculos devem ser incisados desde o canto medial até o lateral, onde a incisão desinsere também o músculo serratum. Quando se quer baixar o sulco mamário inferior, a fáscia muscular também deve ser incisada. Após a introdução dos tubos de drenagem aspirativa, coloca-se o implante e, após o fechamento da abertura muscular, procede-se à mastopexia. O primeiro passo da mastopexia é expor bem a incisão vertical previamente realizada. Uma vez exposta a incisão vertical, marcam-se 2 linhas verticais paralelas a ela e afastadas cerca de 2 cm da borda da incisão. É feita uma sutura inicial com fio de Vicryl 2-0, tomando a glândula em duas pegadas, uma em cada uma das linhas verticais paralelas já demarcadas. São passados 5 a 7 pontos de sutura para a pexia, desde cerca da aréola até perto do sulco inferior. O fechamento da incisão circumareolar com uma sutura em bolsa de tabaqueira, usando um fio de 2-0 nylon multitrçado. O fechamento

desta sutura circumareolar é feita de acordo com o tamanho da aréola previamente escolhida.

Resultados

Uma paciente teve uma pequena necrose parcial da pele periareolar devido à pouca espessura do retalho descolado, à tensão do fechamento da incisão circumareolar por causa do tamanho muito grande do implante, e ao curativo compressivo que utilizamos. Uma vez que passamos a usar o plano areolar desde a borda da incisão, deixando assim um retalho mais espesso, e que abolimos curativos muito compressivos, a necrose não se repetiu. Essa pequena necrose evoluiu bem, cicatrizando por segunda intenção, sem deixar defeitos aparentes. Uma paciente apresentou discreta assimetria de aréolas, a esquerda 1 cm mais baixa que a direita, e deverá ser submetida a nova cirurgia para correção do problema. As aréolas não ficaram perfeitamente redondas em três pacientes, e uma delas já teve o retoque cirúrgico realizado, as outras duas pacientes não se incomodaram com o problema e não requereram correção. Uma paciente teve infecção unilateral do fio de nylon multitrçado, 45 dias após a cirurgia, o que forçou a retirada do fio de sutura, contudo, não houve cicatriz hipertrófica nos 6 meses que se seguiram retirada do fio. A correção da ptose foi satisfatória em todos os casos.

Conclusão

A técnica “PAM” demonstrou ser um excelente método para corrigir hipomastia com ptose de segundo e terceiro grau, com uma única cicatriz circumareolar.