

# A abordagem transaxilar nas mamoplastias de aumento: aspectos técnicos do procedimento

DANIEL GOUVEA LEAL, ANA CLÁUDIA WECK ROXO, TATIANA TURINI DA CUNHA, JOSÉ HORÁCIO ABOUDIB JÚNIOR, CLÁUDIO CARDOSO DE CASTRO, ANTONIO ROBERTO VIEIRA DE MORAES FILHO

## Objetivo

Revisar uma série de casos de pacientes submetidos à mastoplastia de aumento por via axilar.

## Método

Estudo retrospectivo de 50 pacientes submetidas a mamoplastia de aumento por via axilar no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no período entre Junho de 2009 e Janeiro de 2012. Os critérios de inclusão foram: hipoplasia das mamas ou flacidez cutânea sem ptose.

As pacientes foram avaliadas por um período de 1 mês, 3 e 6 meses pós-operatório quanto a complicações e pela análise subjetiva da satisfação com o procedimento e qualidade da cicatriz, através de um escore de 1 a 4, em que 1 = insatisfeita; 2 = satisfeita, porém não repetiria o procedimento; 3 = satisfeita e repetiria o procedimento; 4 = muito satisfeita. A marcação da incisão deve ser realizada com a paciente em pé ou sentada. Utiliza-se a prega axilar em sua porção mais anterior como parâmetro para a incisão, que deve medir aproximadamente 3,5 a 4 cm. Como algumas pacientes não possuem pregas axilares bem definidas, podemos utilizar a borda lateral do músculo peitoral maior como parâmetro para o posicionamento da incisão, que deverá se localizar no sulco formado entre o músculo e o oco axilar. A cirurgia é realizada sob anestesia local com sedação. A paciente é colocada em decúbito dorsal, com elevação do dorso de aproximadamente 30 graus. Iniciamos com a infiltração da área com solução anestésica e, a seguir, incisa-se a pele e o tecido celular subcutâneo subjacente. Após a visualização da borda lateral do músculo peitoral

maior, inicia-se a dissecação, no plano subglandular, da loja mamária. O túnel de dissecação criado entre a incisão e a loja mamária deve ser de tamanho suficiente para a inserção do implante, evitando-se disseções amplas para que não haja comunicação entre a loja do implante e a incisão. O descolamento é realizado com eletrocautério e descolador rombo, que também auxilia na averiguação do sulco submamário. O descolamento deve proceder-se 0,5 cm abaixo do sulco submamário, já que pela via transaxilar os implantes possuem uma tendência de se posicionarem um pouco mais altos. A seguir, insere-se o implante previamente selecionado na loja criada, que é ajustado em sua posição ideal. O tecido celular subcutâneo é aproximado com suturas simples de nylon 3-0 e a pele fechada com uma sutura contínua intradérmica de nylon 4-0. Não há necessidade na utilização de drenos.

## Resultados

Todas as pacientes foram operadas de acordo com a padronização técnica descrita, por residentes, porém sob supervisão de um mesmo cirurgião. Todos os implantes utilizados foram de silicone, texturizados, perfil alto e redondos com o tamanho variando entre 195 e 305 cc, provenientes de duas empresas distintas. O tempo médio operatório foi de 80 minutos e o tempo médio de internação foi de 24 horas. Em um total de 50 pacientes, 10% (n=5) apresentaram algum tipo de complicação. Das 3 pacientes que apresentaram hematoma, em uma foi necessária a reabordagem cirúrgica, porém nas outras apenas a punção percutânea foi suficiente como

tratamento conservador. A paciente que apresentou infecção de ferida operatória compatível com micobacteriose teve seu diagnóstico comprovado pelo quadro clínico e análise anatomopatológica e cultura bacteriológica de fragmentos de pele, glândula mamária sobrejacente e da cápsula. Esta paciente realizou tratamento clínico e teve que ser submetida a cirurgia para retirada dos implantes. A contratura capsular (Baker tipo III) observada ocorreu na paciente que apresentou hematoma no pós-operatório precoce e que havia sido tratada de forma conservadora. Não foram evidenciados seromas, deslocamentos do implante, queloides ou cicatrizes hipertróficas, parestesias tardias do complexo aréolo-papilar ou face interna dos braços. O grau de satisfação com o procedimento e a qualidade da cicatriz foram avaliadas com 6 meses de pós operatório. A maioria (n=40, 90%) das pacientes ficou muito satisfeita e 10% (n=10) se consideraram satisfeitas e repetiriam o procedimento, inclusive as que apresentaram complicações. A paciente que apresentou contratura capsular foi reoperada após o diagnóstico, através da troca da loja do implante para submuscular. A paciente com o diagnóstico primário de micobacteriose realizou nova cirurgia para recolocação dos implantes após o tratamento clínico e liberação do serviço de Infectologia.

## Conclusão

A abordagem transaxilar nas mamoplastias de aumento se mostrou um método seguro, com resultados previsíveis, baixa taxa de complicações e com alto índice de satisfação das pacientes que não desejam cicatrizes aparentes.