

# Tratamento das contraturas nas mamoplastias de aumento retroglandulares: implante retropeitoral com retalho capsular

JOSÉ AURINO CAVALCANTI SARAIVA

## Introdução

Independentemente de toda evolução e do conhecimento que temos hoje a respeito dos procedimentos com implantes mamários, em trabalho feito com casuística recente na qual foram utilizados implantes de concepção atual, alguns autores referiram risco de revisão cirúrgica nessas pacientes de cerca de 12%. Boa parte dessas reoperações ocorre por insatisfação puramente estética, relacionada a forma e tamanho, porém 10% a 20% dessas revisões decorrem de contratura capsular, motivadas por dor ou dismorfias. Nas pacientes que chegam a nossos consultórios operadas há mais de 20 anos, a prevalência de contratura pode chegar a 50%. A presença de implante posteriormente à glândula mamária leva ao adelgaçamento da gordura subcutânea e da glândula. Além disso, eventos como gestações, perda de peso ou processo de envelhecimento podem acentuar esse fenômeno. Na presença desse aspecto e tendo em vista que a maioria das pacientes quando da mamoplastia de aumento secundária opta por volumes maiores, fazemos de rotina uma nova loja no plano retromuscular, com secção da porção ínfero-medial da origem do músculo peitoral maior, para acomodar melhor os implantes e eliminar a tendência de subida dos mesmos. Essa manobra, por sua vez, amplia a comunicação entre a nova loja e a anterior. Utilizamos o artifício de recobrir a porção inferior das próteses com um retalho confeccionado com parte da antiga cápsula retroglandular, para evitar que os implantes migrem para o plano original. Essas medidas garantem adequada cobertura com o necessário disfarce dos limites dos novos implantes e resultado bastante natural.

## Objetivo

As contraturas capsulares estão entre as causas mais comuns de revisão cirúrgica nas mamoplastias de aumento. Esse fenômeno pode ocorrer com qualquer tipo de implante, colocado em quaisquer dos planos possíveis. A literatura revela que existe prevalência maior do implante no plano retroglandular e, por essa razão, a maioria das pacientes que operamos para tratar a contratura está nessa situação.

## Método

De maio de 2007 a junho de 2012, 27 pacientes com quadro de contratura capsular foram submetidas a troca de implantes pela técnica em questão. Em 9 dessas pacientes houve associação de mastopexia. Marcamos a paciente em posição ortostática, de acordo com as dimensões dos implantes que serão utilizados. A abordagem cirúrgica ocorre pela via submamária, exceto naquelas pacientes cujas aréolas tenham ao menos 4 cm de diâmetro, com cicatriz anterior nesse sítio ou naquelas nas quais está indicada pexia no mesmo ato. Incisamos o parênquima mamário até identificar a cápsula, que é dissecada da mama em toda sua face anterior, com ou sem a presença do implante em seu interior. Após o explante, procedemos à capsulectomia parcial. Apenas a metade superior da cápsula é removida. A metade inferior preservada tem apenas seus segmentos medial e lateral seccionados, possibilitando que a lamela anterior da cápsula seja rebatida inferiormente, para posterior complemento da cobertura dos implantes. A lamela posterior aderida ao músculo peitoral garante a adequada irrigação sanguínea do retalho. Dissecamos o

espaço retromuscular seguindo a marcação prévia e seccionamos a origem do músculo peitoral maior em sua porção ínfero-medial, apenas o suficiente para provocar relaxamento nesse segmento e anular a tendência de subida dos implantes por pressão decorrente da ação muscular. Essa secção segmentar do músculo peitoral maior, via de regra, provoca significativa retração cranial do mesmo, uma vez que se encontra sem nenhuma fixação a outros planos teciduais. O implante é então posicionado no plano retropeitoral e o retalho capsular é rebatido inferiormente, levando consigo, no sentido caudal, o ventre do músculo peitoral maior a ele aderido. Após a excisão de eventuais excessos, é suturado na fáscia superficial, na altura do sulco inframamário, com fio de náilon 3-0. Os planos suprajacentes são suturados com fios absorvíveis. Não são utilizados drenos.

## Resultados

A totalidade das pacientes evoluiu com mamas de formato cosmeticamente agradável. Observamos um caso de seroma unilateral, que foi drenado em três ocasiões, apresentando boa evolução. Não houve ocorrência de hematomas, deiscências ou problemas cicatriciais.

## Conclusão

O emprego do retalho capsular mostrou ser uma excelente alternativa técnica para a contenção do novo implante no plano retropeitoral, mantendo-o nessa posição até completa cicatrização e formação de nova cápsula pelo organismo. Isso nos assegura que, mesmo após secções parciais da origem do músculo peitoral, o novo implante não migrará para situação retroglandular.