

Mamoplastia com montagem multiplanar centrípeta baseada na proporção áurea

OSVALDO JOÃO PEREIRA FILHO^{1*}
JORGE BINS ELY²

RESUMO

O propósito desse estudo é planejar a mastopexia e a redução mamária baseado na proporção divina, representada pela letra phi, com a montagem multiplanar centrípeta convergente em múltiplas camadas. Essa estratégia baseia-se na constância do sulco submamário, orienta-se pelos ramos de um triângulo com vértice no umbigo abrindo-se em direção à articulação acrômio-clavicular. Esse triângulo funciona como um ponto de fuga que orienta a ressecção horizontal e vertical da mama, bem como a montagem convergente. A estratégia foi investigada em 265 pacientes (n = 530 mamas). A média de idade dos pacientes foi de 36 anos. O período do segmento pós-operatório variou de 6 meses a 3 anos.

Descritores: Mamoplastia; Reconstrução Mamária; Cirurgia Plástica; Proporção Áurea

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0076

INTRODUÇÃO

As técnicas mais populares destinadas à mamoplastia redutora ou mastopexia com ou sem implantes em geral são planejadas aleatoriamente usando-se a manobra bidigital, com o uso de moldes, dentre outras táticas. Independentemente do biotipo delas, posicionam o mamilo entre 18 a 25cm da fúrcula supra esternal ou da metade da clavícula.

Em geral, a montagem da mama é feita unindo-se os pontos B e C referentes aos quadrantes medial e lateral do tecido preservado. O reposicionamento do complexo areolopapilar (CAP) está sujeito à interpretação artística do cirurgião¹⁻³. Diferentes tipos de pedículos são utilizados para facilitar a ascensão do CAP. Observa-se que a atratividade do cone mamário pode ser identificada sob parâmetros geométricos onde detecta-se a proporção áurea.

OBJETIVO

O propósito desse estudo é planejar a mastopexia e a redução mamária baseado na proporção divina⁴, representada pela letra phi, com a montagem em múltiplos planos. Amparase na constância do sulco mamário e converge os quadrantes medial e lateral da mama em direção aos ramos de um triângulo com vértice no umbigo abrindo-se em direção à articulação acrômio-clavicular. Esse triângulo funciona como um ponto de fuga que orienta a ressecção horizontal e vertical da mama bem como a montagem convergente.

MÉTODOS

A estratégia foi investigada em 265 pacientes (n = 530 mamas). A média de idade dos pacientes foi de 36 anos. O período do segmento pós-operatório variou de 6 meses a 3 anos.

Técnica

O planejamento mamário é orientado sobre um triângulo de vértice no umbigo, ponto **u**, abrindo-se aproximadamente em 60° com os ramos paralelos à linha mamária em direção à articulação acrômio clavicular. **P1**, o ponto chave da estratégia

situa-se na intersecção de cada ramo do triângulo com o sulco submamário.

Com um compasso mede-se a distância entre P1 à linha média, ponto **m**, cuja distância é transposta à linha média cranialmente determinando o point **m'**. De acordo com a proporção divina, o ponto **P2**, situado no ápice da nova mama posiciona-se sobre o ramo do triângulo V distante de P1 igual a $(P1 \text{ até } m) \times \phi =$ a distância de (P2 até m') cm. Coincidentemente a distância entre **P1 até P2** medido com um compasso é aproximadamente a mesma distância entre **P2 até m'** (Figura 1).

Puxando-se o tecido mamário para cima com suturas temporárias no ponto P2, a mesma distância entre P1 até P2 é transposta desse ponto para baixo sobre o ramo do V marcando-se o limite da ressecção horizontal do cone mamário. Por exemplo, se a distância entre **P1** ao **m=7,5cm**, o **P2**, que marca a posição da borda superior da aréola deve situar-se $P1 \text{ até } m (7,5\text{cm}) \times \phi (1,618) = 12,1\text{cm}$ de **P1**. Essa distância é igual à P2 até m' em cm (Figura 2). A cicatriz final é convertida num T invertido que pode ser transformado numa cicatriz em L-J se a distância entre o limite medial a ser ressecado, ponto C, até o sulco submamário, P1, for menos que 2 cm.

A montagem é feita em múltiplos planos. O auxiliar mobiliza o quadrante externo mamário medialmente. Múltiplos pontos unem a camada interna da mama ao músculo serrátil e ao peitoral maior em direção à P1. A principal camada dessa união é realizada entre a borda do tecido ressecado e a fásia ao longo do sulco submamário^{5,6} (Figura 3).

Em geral, seis a oito pontos de adesão unem o quadrante lateral em direção à P1 e duas a três suturas da região esternal também em direção de P1. Os ramos do triângulo em V orientam também a ressecção vertical ao longo do eixo P1 até P2. Complementa-se com a manobra de Schwartzmann. A distância ideal entre a borda inferior do CAP até P1 deverá ser a mesma distância de P1 até m. Mas devido à ação da gravidade subtrai-se -1cm. Contudo, a proporção final do polo superior/polo inferior deve ser de 55/45 (Figura 4). Não se usa dreno.

¹ Clínica Jane, Ilha Hospital & Maternidade, Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina UFSC – Florianópolis, SC, Brasil.

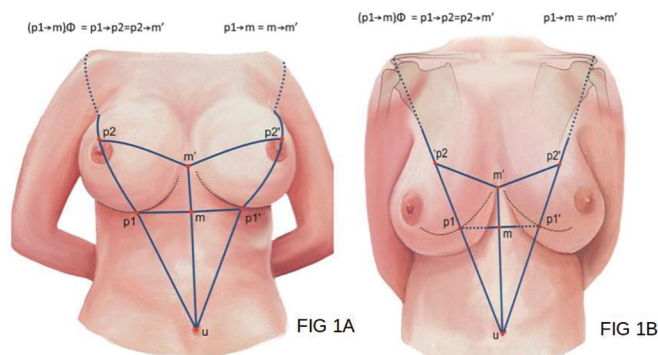


Figura 1. A - A análise da mama atrativa sob um triângulo em V com vértice no umbigo com seus ramos em direção à articulação acrómio-clavicular paralela à linha mamária mostra que há uma correlação geométrica. O ponto chave P1 se situa no cruzamento do sulco mamário com o ramo do triângulo. P1 até m é igual a m até m'. De acordo com a proporção áurea, P1 até P2 é igual a P1 até m x phi (1,618) que deve ser igual 'a distância de m' até P2. Ex. Se a distância de P1 até m for de 7cm, logo P1 até P2 = 7 x phi (1,618) = 11,3cm. B - A importância do planejamento em pé é determinar o exato trajeto do sulco mamário, o perímetro torácico nesse plano para determinar o biótipo do paciente.

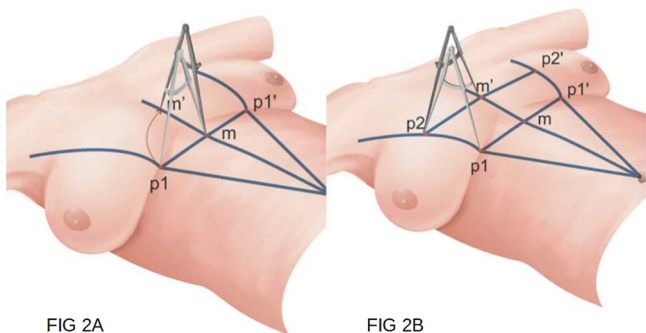


Figura 2. A - Sabendo-se a distância entre P1 e m e o biótipo do paciente fica fácil determinar o ponto m', e P2 sobre os ramos do V. B. Com o compasso determina-se o ponto P2 a partir de m' que é igual a distância P1 até P2 sobre o ramo do V, que é igual a distância de P1 até m x phi.

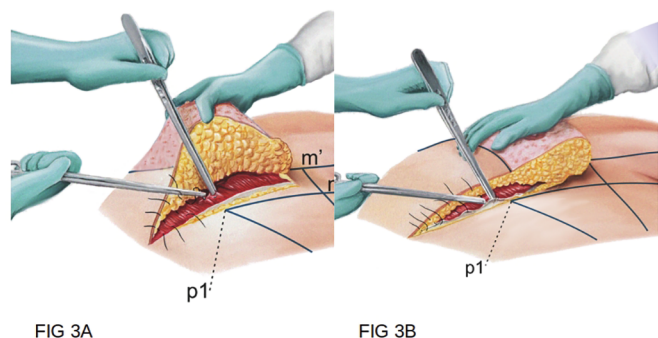


Figura 3. A - A montagem centrípeta é feita mobilizando-se os quadrantes mamários lateral e medial em direção à P1 com várias camadas com múltiplos pontos de adesão internos. B. A sutura mais importante é feita entre a base do cone mamário e a fáscia de Scarpa.

Para obter-se uma análise objetiva do resultado estético, os dados foram analisados pela escala de Strasser⁷. De um a quatro é considerado bom resultado.

Os critérios de inclusão foram redução mamária com pedículo superior e sem implante.

RESULTADOS

Duzentos e vinte e um pacientes foram classificados como bom (83%). Boa configuração anatômica das mamas foram

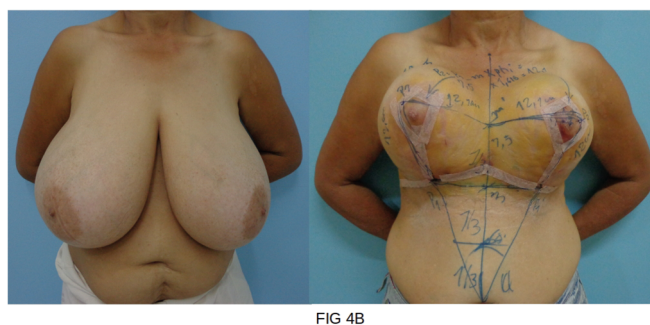


Figura 4. A - Pré-operatório de uma paciente de 64 anos com ptose e hipertrofia significativa e biótipo intermediário na escala de Del Yerro⁸. B. Pós-operatório após ressecção de 1028g da mama direita, 950 da mama E e mais 950ml de lipoplastia. A distância entre P1 até m é 7,5cm. Portanto, nesse biótipo intermediário, a distância entre P1 e P2 e entre P2 e m' é de 7,5xphi (1,618) = 12,1cm.

registradas na maioria dos pacientes submetidos a redução mamária e mastopexia. A mobilização convergente do tecido mamário em direção à ponto P1 reduziu significativamente a flacidez axilar e proporcionou a projeção do polo superior. As complicações foram poucas e incluíram cicatrização prolongada no vértice do T invertido em 19 pacientes (7%), assimetria em 16 (6%), e necrose parcial do CAP em 4 (1,5%). O método possibilitou a transposição do CAP no pedículo superior ao ponto P2, mesmo em casos de mamas grandes.

DISCUSSÃO

A proporção áurea pode ser identificada na mama realística padrão como visto na mamoplastia de aumento. Entretanto, a analogia com a geometria pode ser simplificada aos diferentes biótipos. Conforme DelYerro⁸, a mama deve manter uma harmonia com o corpo que o envolve. Normalmente num paciente ectomórfico, magro e compleição física mais afinada a distância entre P1 até m é 6.5 a 7cm. A base do cone é mais oval com o eixo mais vertical.

No paciente endomórfico, musculoso, ombros largos, presente em nosso meio devido à miscigenação racial, a distância entre P1 até m é normalmente entre 8 a 9cm. Nesse caso a base do cone é mais oval com eixo horizontal mais largo. Considerando a base horizontal do cone mamário da distância entre P1 até P2, que foi calculada a partir do produto entre (P1 até m) x phi (1,618) deve-se subtrair de 1 a 2cm, pois como salientamos o eixo horizontal é mais largo que o vertical nesse biótipo.

Entre esses dois tipos têm-se o intermediário, o mais prevalente, na qual a distância entre P1 até m é em geral de 7 a 7,5 cm e a base do cone é circular. Nesses casos a correlação entre P1 até P2 e de P2 até m' é usualmente igual distância P1 até m x phi (Tabela 1).

A segunda camada da montagem multiplanar centrípeta que une o tecido mamário com a fáscia de Scarpa é a mais forte. Ela contribui para a rotação medial, minimiza a tensão na cicatriz, reduz a flacidez axilar, promove volume ao polo mamário superior e minimiza espaço morto. Esse método expande a rotação simples do quadrante externo suturando-o à segunda costela proposto por Tarik e Webel⁹. Com isso, o eleva-se o CAP sem dificuldade à P2 usando-se o pedículo superior com a mesma facilidade que o proposto com o uso do pedículo medial¹⁰ e inferior¹¹.

A cicatriz ao final do procedimento geralmente termina num T invertido. Mas pode ser convertido num JL se a distância entre a borda medial da mama a ser ressecada, ponto C E ponto P1 for menor igual ou menor que 2cm. É uma forma de facilitar o que outras marcações engenhosas propõem nesses casos^{12,13}. No posicionamento do CAP, a distância entre o contorno areolar inferior e P1 deve ser igual a distância entre

Tabela 1. Distância entre P1 até m, P1 até P2 e de P2 até m' relacionado aos diferentes biótipos e a constante phi (1,618).

Biotipo	Distância (cm)			%
	P1 -> m	(P1 -> P2) x phi	(P2 -> m) x phi	
Ectomórfico	6,5 a 7	10,5 a 11,3	10,5 a 11,3	15%
Intermediário	7 a 7,5	11,3 a 12,1	11,3 a 12,1	54%
Endomórfico	8 a 9	12,9 a 14,5 - 1 a 2cm	12,9 a 14,5	31%

P1 – Ponto situado na interseção entre o sulco submamário e o ramo do triângulo com vértice no umbigo (ponto u) abrindo-se em direção à articulação acromioclavicular.

m – Ponto de união entre uma linha que corre em direção à linha média desde P1 e a linha média.

m' – Igual distância entre P1 até m é transposta cranialmente sobre a linha médio esternal.

P2 – Situado na borda superior da aréola sobre o ramo do triângulo equivalente ao resultado do produto da distância de P1 até m x phi (1,618). No biótipo endomórfico, com ombros largos, musculoso popularmente conhecido com biótipo maçã deve-se reduzir de 1 a 2cm da distância P1 até P2.

% Pacientes: Percentagem de cada biótipo e sua prevalência no estudo.

(Y) – Índice que marca a relação entre a altura planejada para o novo CAP (borda superior da aréola) (SN), e o perímetro torácico (TP), que é medido medida sob a linha do sulco mamário de acordo com Del Yerro⁹. $Y = TP / (SN \text{ até CAP})$: no biótipo ectomórfico (Y é menor do que 3,7); intermediário (Y deve situar-se entre 3,8 a 4,2) e endomórfico (Y é maior que 4,3).

P1 até m. Mas devido à ação da gravidade deve-se deduzir 1cm. Ao final, considerando-se a papila no centro do cone mamário a relação polo superior/polo inferior deve ser 55/45.

Desse modo, o método proposto deve ser incorporado ao arsenal dos procedimentos dedicados à mamoplastia, unicamente ou associado a outros métodos consagrados¹⁴.

CONCLUSÃO

A mamoplastia via montagem convergente centrípeta com múltiplas camadas baseada na proporção áurea dá precisão na ressecção vertical e horizontal da mama e no posicionamento do CAP. O método reduz a flacidez axilar, adiciona projeção ao polo superior, facilita a subida do CAP, minimiza a tensão da cicatriz e reduz espaço morto. A

estratégia mostrou com índice de complicações. Por isso, essa técnica deve ser considerada no arsenal da especialidade.

REFERÊNCIAS

1. Ariê G. Nova Técnica em Mamoplastia. Rev Lat Amer Cir Plast. 1957;3:28.
2. Ribeiro L. Redução mamária - pedículo II. In: Ribeiro L, ed. Cirurgia plástica da mama. Rio de Janeiro: Medsi; 1989. p.195-201.
3. Erol OO, Spira M. A mastopexy technique for mild to moderate ptosis. Plast Reconstr Surg. 1980;65(5):603-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198005000-00011>
4. Huntley HE. The Divine Proportion: a study in mathematical beauty. New York: Dover Publications; 1970.
5. Muntan CD, Sundine MJ, Rink RD, Acland RD. Inframammary fold: a histologic reappraisal. Plast Reconstr Surg. 2000;105(2):549-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200002000-00011>
6. Lockwood T. Reduction mammoplasty and mastopexy with superficial fascial system suspension. Plast Reconstr Surg. 1999;103(5):1411-20. PMID: 10190437 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199904020-00009>
7. Strasser EJ. An objective system for the evaluation of cosmetic surgical results. Plast Reconstr Surg. 1999;104(7):2282-5. PMID: 11149799 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-199912000-00058>
8. Del Yerro JLM. Anatomic Cohesive Gel Implants: Reshaping the Breast in Different Body Types. Innovations in Plastic Surgery. QMP Clin Series. 2007;1(3):15-36.
9. Uebel CO. Abdominoplastia e Mastopexia. In: Contorno Corporal e Lipoaspiração. Elsevier. 2013. p. 75-83.
10. Naufal RR, Pinheiro AS, Maciel PJ, Mélega JM. Impacto da mamoplastia redutora com técnica do pedículo medial na redução dos sintomas dolorosos em pacientes com gigantomastia. Rev Bras Cir Plást. 2010;25(3 Suppl.1):55.
11. Ribeiro L. Pedículos em mamoplastia: atlas e texto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.49-62.
12. Chiari A Jr. The L short-scar mammoplasty. Clin Plast Surg. 2002;29(3):401-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298\(02\)00004-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298(02)00004-4)
13. Bozola A. Mamoplastia em L: contribuição pessoal. Rev AMRIGS. 1982;26(3):207-14.
14. Pitanguy I. Breast hypertrophy. In: Wallace AB, ed. Transactions of the International Society of Plastic Surgeons. 2nd ed. Edinburgh: E&S Livingstone; 1960. p. 509-22.

*Endereço Autor:

Oswaldo João Pereira Filho

Rua Deputado Antônio Edu Vieira 1414-Pantanal, Florianópolis, SC, Brasil.

CEP 88070-790

E-mail: osvaldojpf@gmail.com