

Novo momento da cirurgia de redução mamária, *follow up* de 25 anos de redução mamária por via axilar



**YHELDA DE ALENCAR
FELÍCIO** ^{1,2,3,4*}

■ RESUMO

Introdução: Nos últimos 30 anos, o uso de próteses mamárias aumentou demasiadamente e, conseqüentemente, as complicações advieram. O câncer mamário, principalmente o ALCL (Linfoma Anaplástico de Grandes Células), após o uso de implante mamário, aumenta a largos passos e não é divulgado como deveria ser. O modismo acompanha o desejo feminino e muitas mulheres não querem mais nem mamas grandes demais e nem pequenas. Acredita-se que se inicia um novo momento e a cirurgia de redução mamária deve ser revista. O objetivo é implementar novos conceitos referentes à cirurgia de redução mamária. Reduzir e elevar a mama com preservação do complexo areolomamilar (CAM) mantendo o polo superior cheio, evitando cicatriz na mama. **Método:** A paciente deve permanecer em decúbito dorsal, deitada, com os braços abertos; a anestesia poderá ser local, geral e peridural alta e sedação (que é a preferência da autora). Incisão fusiforme, contornando a axila; o plano de clivagem ideal é intraglandular e a remoção de tecido mamário e gorduroso é feita sob radiofrequência, auxiliada por fibra óptica, sendo que a retirada dos tecidos recomenda-se ser pouco a pouco, não em bloco, até não mais haver tecidos sobre os músculos peitorais, momento este em que deve findar a ressecção tecidual, preservando o CAM. A drenagem permanece por 48 horas. As suturas devem ser em 3 planos, mamário com vicryl 3 zeros, subcutâneo, com mononylon 4 zeros e pele, com mononylon 5 zeros. Curativo contensivo nas axilas por 24 horas e o uso direto de sutiã, no mínimo nos 3 primeiros meses. Acesse os links: <https://youtu.be/aknly9Zz8JO> e <https://youtu.be/NcsBMYzOEKE> **Resultados:** 514 mamas foram registradas, sendo operadas de redução mamária por via axilar: 66,14% de casos de hipertrofia mamária; 14,98%: ptose; 9,72%: assimetria; 7,79%: mastopexia associada a implante de silicone e 1%: tumor benigno e ginecomastia aberrante. A idade variou de 16 a 58 anos. A quantidade de tecido ressecado variou de 50 a 1500g. Complicações: 3,30%, 6: queiloide; 6: cicatriz hipertrófica com seroma; 3 hematoma com pequena deiscência; 2 hipersensibilidade de braço, que desapareceram após 30 dias de fisioterapia. **Conclusão:** A técnica de redução mamária via axilar é econômica, pouco agressiva, mantém a forma inicial da mama, soluciona o difícil problema da lateralização da mama, achado comum nas técnicas convencionais e muito criticado pelas pacientes. Proporciona uma satisfatória projeção do polo superior da mama, tornando-o cheio, saliente (desejo da maioria das pacientes) e como principal vantagem: resulta em uma única cicatriz que permanece escondida nas pregas naturais da axila.

Descritores: Mamoplastia; Doença da mama fibrocística; Neoplasias da mama; Implante mamário; Axila.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0120

¹ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Hospital Regional da Unimed, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Clínica Yhelda Felício Cirurgia Plástica e Reconstructora, Fortaleza, CE, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Breast prostheses use had great growth in the last 30 years, then, complications are very high, including breast cancer, ALCL and that is not divulged in the world. Modism accompanies female desire and many women no longer want big breasts or too small or small, it is believed that a new time begins and breast reduction surgery should be reviewed. The objective is to implement new concepts about breast reduction surgery. To lift up and reduce breast, preserving CAM (complex areolomamilar) and maintaining superior pole full, avoiding breast scar. **Method:** The patient should remain in supine position, lying down, with arms outstretched; anesthesia may be local, general and high epidural and sedation (which is the author's preference). Spindle incision, bypassing the armpit; ideal cleavage plane is intraglandular and removal of breast and greasy tissue is done under radiofrequency, aided by fiber optics, and removal of tissues is recommended to be gradually, not in block, until there are no more tissues on pectoral muscles, which should end the tissue resection, preserving CAM. The drainage remains for 48 hours. Sutures should be in 3 planes, mammary with vicryl 3 zeros, subcutaneous, with mononylon 4 zeros and skin with mononylon 5 zeros. Contouring dressing in the armpits for 24 hours and direct use of bra, at least in the first 3 months. See the links: <https://youtu.be/aknly9Zz8JO> and <https://youtu.be/NcsBMYzOEKE>. **Results:** 514 breasts were registered, undergoing axillary reduction by the axillary route: 66.14% of cases of mammary hypertrophy; 14.98%: Ptose; 9.72%: Asymmetry; 7.79%: Mastopexy associated with silicone implant and 1%: Benign tumor and Aberrant gynecomastia. Age ranged from 16 to 58 years. The amount of resected tissue ranged from 50 to 1500g. Complications: 3.30%, 6: keloid; 6: hypertrophic scar with seroma; 3 hematoma with small dehiscence; 2 arm hypersensitivity, which disappeared after thirty days of physical therapy. **Conclusion:** The axillary breast reduction technique is economical, low aggressive, maintains initial breast shape, solves the difficult problem of breast lateralization, a common finding in conventional techniques and much criticized by the patients. It provides satisfactory projection of breast upper pole, making it full, salient (desire of most patients) and as a main advantage: it results in a single scar that remains hidden in the natural folds of the armpit.

Keywords: Mammoplasty; Fibrocystic breast disease; Breast neoplasms; Breast implantation; Axilla.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 10 anos, muitos trabalhos sobre cirurgia de implantes mamários foram publicados em todo o mundo, havendo uma drástica redução de publicações sobre redução mamária. Nos anos 60, a modelo Twiggy influenciou a moda e a maioria das mulheres gostavam de ter as mamas pequenas, porém, após 1990, trinta anos depois, principalmente nos EUA, houve uma forte mídia estimulada por laboratórios até os dias de hoje, fazendo com que a grande maioria das mulheres escolha mamas cada vez maiores.

Houve o surgimento de inúmeras complicações, como: formação de cápsulas, com endurecimentos, assimetrias, infecções, dores, desconfortos, resultados artificiais, necessidade de troca de implantes e até formação cancerígena, casos estes que não são divulgados. Acredita-se que este é um novo momento da cirurgia de redução mamária.

Apesar de que em 1924 a técnica de redução mamária por via axilar ter sido descrita por D'Artigues¹, ainda não se popularizou. Para a maioria dos autores, a técnica cirúrgica a ser empregada no tratamento das hipertrofias e ptoses mamárias deve ser aquela em que a/o cirurgiã/o tenha mais habilidade, desde que seja o melhor para a/o paciente. O resultado final depende principalmente do tipo da mama, se:

glandular, gordurosa ou mista e não necessariamente depende da técnica escolhida.

Em 1993, Felicio² desenvolveu um método de redução mamária pela via axilar, que evita cicatriz na mama, resultando em uma única cicatriz que permanece escondida nas pregas axilares; o maior entrave da cirurgia mamária é a cicatriz resultante.

A Medicina de Evidência comprova com mais de 500 casos operados com sucesso, sua eficácia, sendo um método econômico, realizável com menos tempo cirúrgico quando comparado com os métodos convencionais, preserva-se o complexo areolomamilar (CAM), mantendo cheio o polo superior da mama.

Em 1997, Felicio³ publicou: “*Axillary reduction mammoplasty*”, a sua experiência de cinco anos utilizando a técnica de redução mamária por via axilar, no jornal do ISAPS.

Apesar da autora ter apresentado em congressos de Cirurgia Plástica em todos os continentes e ter realizado demonstrações cirúrgicas, ainda há muito desconhecimento da técnica de redução mamária por via axilar. Recentemente, Kaiser, de Zurique, Suíça, e Klepetko, de Viena, Áustria⁴, publicaram um laborioso trabalho: “*Breast reduction mammoplasty a review of literature and presentation of novel*

technique dual vascular supply" na *Advances in Plastic & Reconstructive Surgery* e citam Schlenz *et al.*⁵, que descrevem: "that ANY breast reduction technique avoiding a resection of the central parenchyma, detachment of the central part of the breast from thoracic wall, or injury of the lateral part of the pectoral fascia had a low risk of injury to the dominant nerve of the nipple-areola complex", portanto, a autora comprova há 25 anos (exatamente o contrário) que a parte central da mama é preservada quando se utiliza a técnica de redução mamária por via axilar.

OBJETIVO

Implementar novos conceitos em cirurgia de redução mamária. Reduzir e elevar a mama, podendo retirar tumores benignos, evitando cicatriz na mama. Preservar o CAM, mantendo o polo superior da mama cheio.

MÉTODO

A paciente deverá manter-se em decúbito dorsal, deitada e não sentada, como nas demais técnicas, propiciando um maior conforto para o anestesista; a anestesia poderá ser local, peridural ou geral; a preferência da autora é de peridural alta com sedação.

A técnica consiste em fazer uma incisão fusiforme, contornando a axila, pois a cicatriz resultante será do mesmo tamanho da axila da paciente. O plano de clivagem ideal é intraglandular, evitando superficializar, para não queimar a pele e não aprofundar para não cortar as fibras musculares. Com uma válvula de Hegar, descola-se rapidamente toda a mama. Em aproximadamente 5 minutos, toda a mama deverá estar liberada e o tecido mamário é retirado pouco a pouco com uso da radiofrequência, que corta e coagula ao mesmo tempo, evitando grandes sangramentos, propiciando uma cirurgia limpa, com redução do tempo cirúrgico e auxiliada com a fibra óptica.

O CAM é mantido e se retira a maior parte do tecido mamário e gorduroso dos quadrantes laterais e inferiores, mantendo o polo superior, para promover convexidade do mesmo. A sutura deve ser realizada em três planos: tecido mamário com vicryl 3 zeros, o subcutâneo, com mononylon 4 zeros e pele com mononylon 5 zeros. Apenas 4 fios de sutura são necessários para ambas as mamas. Nas técnicas convencionais é necessário um número superior de fios, que pode variar de 10 a 30 fios de sutura. A redução dos custos na técnica por via axilar é uma realidade.

Quando não mais houver tecido mamário e gorduroso sobre os músculos peitorais, este é o momento de cessar a ressecção.

O dreno deverá ser colocado na região lateral e inferior da mama e permanecer por 48 horas (o dreno é confeccionado através de um equipo de soro, que devem ser feitos furos distando 5 cm de cada). O curativo contensivo deve permanecer na axila por 24 horas e imediatamente terminada a cirurgia a paciente deverá fazer uso do sutiã, devendo usá-lo no mínimo nos primeiros três meses.

Esta técnica não conifica nem modifica a forma da mama, apenas reduz e eleva a mama.

RESULTADOS

No período de 1993 até 2016, 514 mamas foram registradas, sendo 500 mamas registradas no *e-book* da autora⁶, sendo operadas pela técnica de redução mamária via axilar: 66,14%: foram hipertrofia mamária; 14,98%: ptose; 9,72%: assimetria; 7,79%: mastopexia associada a implante de silicone mamário; 1%: tumor e ginecomastia aberrante. A idade variou

de 16 a 58 anos. A quantidade de tecido ressecado variou de 50 a 1500g, com maior percentagem de 36,77% em que foi ressecado entre 200 e 300g.

Devido ao modismo, na atualidade a preferência das mulheres é de mama grande, diferentemente de 20 anos atrás, quando a preferência era por mamas bem pequenas...

O índice de complicação foi de 3,30%, índice baixo quando comparado com os demais procedimentos. Em 514 mamas operadas, 17 tiveram complicações: 6 queloides, 6 cicatrizes hipertrófica com seroma, 3 hematomas com pequena deiscência, 2 hipersensibilidades de braço, que desapareceram após 30 dias de fisioterapia.

DISCUSSÃO

A filosofia baseada na redução mamária via axilar é completamente diferente das demais técnicas. A cirurgia de redução mamária via axilar é fechada e as demais são abertas; o resultado final somente ocorre após um ano. Nas técnicas clássicas há uma báscula da mama transformando o polo superior côncavo (devido à retirada da porção central da mama), enquanto no mesmo período de tempo pela técnica axilar torna-se CONVEXO. É a única técnica que soluciona a lateralização da mama.

Grover⁷ descreveu em 2017: "Why supercharging a Wise-Parttern Might Be Wise in a select group of large breast Reduction", citando o grande problema na junção dos retalhos no T invertido, técnica descrita por Pitanguy⁸, a mais popular, utilizada nas últimas cinco décadas.

Com a experiência adquirida pela autora, comprova-se que é possível remover 1500g ou mais de tecido mamário e gorduroso da mama, evitando isquemia nos retalhos, como na técnica do T invertido. O resultado não depende da técnica, mas principalmente do tipo de mama, tendo os seus melhores resultados nas mamas glandulares, experiência pessoal. É mais econômico quando comparado com os demais métodos, utilizando apenas quatro fios de sutura para ambas as mamas, tempo cirúrgico de aproximadamente duas horas.

Faz-se necessário romper paradigmas e realizar a cirurgia de redução mamária com uma única cicatriz que permanecerá escondida nas pregas axilares. Será mais fácil corrigir uma má cicatriz na axila do que na mama, órgão nobre da mulher.

Muitas mulheres gostariam de reduzir suas mamas, porém, evitam devido à cicatriz resultante, por não saberem que é possível reduzi-las sem cicatriz na mama.

Colegas, ao operar uma mama, façam uma reflexão: caso sua filha, sua esposa, sua namorada necessitem uma cirurgia de redução mamária, pensem onde permanecerá a cicatriz.

O maior entrave da cirurgia mamária é a CICATRIZ.

CONCLUSÃO

A grande maioria das mulheres gostam de ter a sua mama com o polo superior cheio, ou convexo e sem cicatrizes. Uma técnica não invalida uma outra, paradigmas devem ser rompidos. A técnica de redução mamária por via axilar mantém o polo superior saliente, algo que a maioria das mulheres desejam, é econômica, pouco traumática, soluciona o problema da lateralização da mama, achado muito comum nas técnicas convencionais e muito criticado pelas pacientes, reduz o parênquima, preserva a sensibilidade por manter o CAM, mantém a forma original da mama e, como principal vantagem, evita cicatriz na mama, permanecendo uma única cicatriz escondida nas pregas axilares. É mais uma arma terapêutica

em nossas mãos. Vale ressaltar, para cada tecido mamário, uma resposta terá, como a nossa digital, única, pessoal.

REFERÊNCIAS

1. D'Artigues. Chirurgie réparatrice, plastique et esthétique de la poitrine, et de l'abdomen. Paris: Lépine Éditeur; 1924. p. 44-7.
2. Felicio Y. Plastie mammaire de réduction sans cicatrice mammaire, avec radio-chirurgie. La Rev Chir Esthét. 1993;18(73):53-8.
3. Felicio Y. Axillary reduction mammoplasty--Yhelda Felício's technique. Aesthetic Plast Surg. 1997;21(4):270-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s002669900124>
4. Kaiser SF, Klepetko H. Breast Reduction Mammoplasty: a Review of Literature and Presentation of a Novel Technique with Dual Vascular Supply. Adv Plast Reconstr Surg. 2017;1(6):136-43.
5. Schlenz I, Rigel S, Schemper M, Kuzbari R. Alteration of nipple and areola sensitivity by reduction mammoplasty: a prospective comparison of five techniques. Plast Reconstr Surg. 2005;115(3):743-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000152435.03538.43>
6. Felicio Y. Redução mamária axilar. Ebook [Internet]. Novas Edições Acadêmicas; 2015 [citado 2018 Maio 10]. Disponível em: <https://www.morebooks.de/store/pt/book/redu%C3%A7%C3%A3o-mam%C3%A1ria-via-axilar,-por-yhelda-felicio/isbn/978-613-0-16890-2>
7. Grover R. Why Supercharging a Wise-Parttern Might Be Wise in a select group of large breast reduction. Adv Plast Reconstr Surg. 2017;1(5):137-8.
8. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. Br J Plast Surg. 1967;20(1):78-85. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(67\)80009-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(67)80009-2)

***Endereço Autor:**

Yhelda de Alencar Felicio

Rua Raimundo Esteves nº 108, Praia do Futuro - Fortaleza, CE, Brasil

CEP 60182-330

E-mail: yheldacplastica@gmail.com