

Tática para evitar complicações em mastoplastia de aumento via sulco submamário

Tactic to avoid complications in augmentation mastoplasty via submammary groove

SILVIA HELENA MANDU ^{1*}

BRUNA FERREIRA BERNERT ¹
 FABIOLA GRIGOLETTO LUPION ¹
 FLÁVIA DAVID JOÃO DE MASI ¹
 RUTH MARIA GRAF ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0030

INTRODUÇÃO

Considerada uma das cirurgias estéticas mais procuradas e realizadas atualmente, a mamoplastia de aumento sofreu aprimoramentos e adaptações permitindo cada vez mais melhorias para cada técnica^{1,2}.

Em 1962, Cronin e Gerow retrataram a implantação de próteses de silicone em posição subglandular. Como resultado imediato, a mama permanecia com um formato satisfatório; porém, em longo prazo, iniciava com *rippling* e maior incidência de contratura capsular; além da ptose mamária mais acentuada, devido à falta de sustentação do polo inferior³⁻⁵.

Com o objetivo de diminuir a incidência de resultados insatisfatórios, Dempsey e Latham, em 1968, expuseram a técnica submuscular; porém se defrontaram com complicações dinâmicas e deformação dos implantes devido à contração do músculo peitoral^{6,7}.

Posteriormente, em 1998, Graf apresentou mais uma opção aos cirurgiões com a técnica subfascial, oferecendo um controle mais preciso da forma da mama e posição no sulco inframamário. Com menor morbidade, a recuperação pós-operatória é mais rápida e a movimentação do implante menor, evitando distorções quando acionado o músculo peitoral, se comparado com a técnica submuscular^{1-3,7}.

Por fim, em 2000, Tebbets retratou a técnica *dual-plane*, a qual ofereceu menores taxas de visibilidade e migração do implante, se comparadas ao plano submuscular total, porém

RESUMO

As técnicas para mamoplastia de aumento apresentaram ao longo do tempo inúmeras adaptações que garantiram refinamentos e melhores resultados. Como adição à técnica já descrita por Graf, em 1998, relatamos aqui uma tática de fechamento de retalho fascial em sulco inframamário. A fim de evitar complicações, como a temida deiscência de ferida operatória e ptose mamária precoce, a estratégia de fechamento descrito garante uma forma natural de proteção ao implante de silicone. De rápida e fácil execução, a técnica do retalho fascial em região de sulco submamário, já rotina em nosso serviço, mostra ser eficaz na proteção do implante.

Descritores: Mama; Mamoplastia; Próteses e implantes; Cirurgia plástica; Retalhos cirúrgicos.

ABSTRACT

The techniques for augmentation mammoplasty presented over the course of time numerous adaptations that ensure refinements and better results. In addition to the technique already described by Graf, in 1998, we report here a tactic of fascial flap closure in the inframammary groove. In order to avoid complications such as the dreaded operative wound dehiscence and early mammary ptosis, the closure strategy described guarantees a natural form of silicone implant protection. The technique of fascial flap in the region of the submammary sulcus, already a routine in our service, is shown to be effective in implant protection.

Keywords: Breast; Mammoplasty; Prosthesis and implants; Plastic surgery; Surgical flaps.

em alguns casos ainda apresentava algum grau de animação e contração muscular e de achatamento no polo superior^{3,6}.

A fásia do músculo peitoral, do ponto de vista anatômico, é um plano bem identificável durante o intraoperatório. Apesar de variações de espessura a depender de cada paciente, ela se apresenta como unidade anatômica bem definida em toda estrutura da mama desde seu polo superior até sua inserção no sulco submamário. Essa característica fornece um suporte forte no polo superior, fornecendo ao implante uma melhor cobertura e diminuindo a sua visualização^{1,2}.

O descolamento subfascial na cirurgia de aumento mamário requer uma elevação precisa da fásia do músculo peitoral nos terços médio e superior, assim como a fásia do músculo serrátil e do reto abdominal inferiormente para confecção da loja.

OBJETIVO

O nosso objetivo é expor uma técnica de retalho da fásia do músculo peitoral na porção inferior da mama a fim de evitar a exposição da prótese caso haja deiscência de ferida operatória, e manter a posição do implante evitando a ptose mamária no pós-operatório tardio, melhorando assim os resultados em longo prazo.

MÉTODO

Foi descrito neste artigo o passo a passo da realização da técnica cirúrgica.

¹ Departamento de Cirurgia Plástica e Reparadora, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

² Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética.

RESULTADOS

Técnica cirúrgica

Com bisturi frio, lâmina 15, inicia-se a incisão cirúrgica em região já demarcada previamente em sulco submamário (Figura 1). Posteriormente, com eletrocautério, utilizando uma potência de 20-25 Watts – coagulação, de forma metódica e delicada, diseca-se, no sentido cranial, cerca de 4 cm, o tecido celular subcutâneo até a visualização da fásia do músculo peitoral (Figura 2). Nesse momento, realiza-se a dissecação e isolamento da fásia para cima e para baixo, acompanhando a loja já definida previamente, que então servirá como retalho inferiormente para fechamento após a colocação do implante (Figura 3).

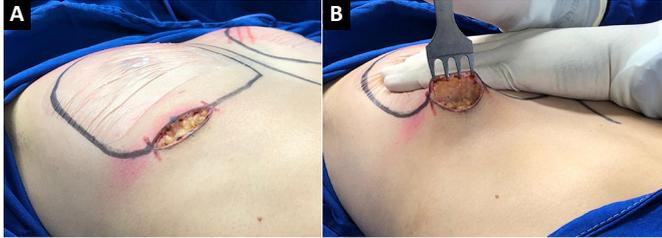


Figura 1. A e B: Incisão cirúrgica em marcação prévia em sulco submamário e dissecação por planos. dissecação por planos.

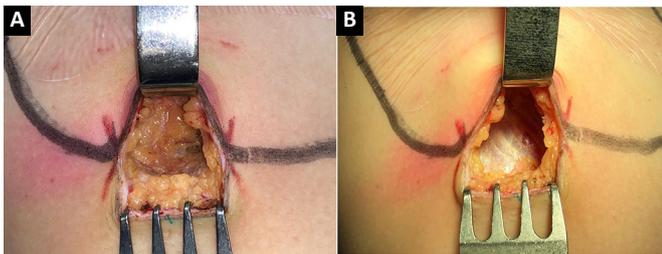


Figura 2. A: Dissecção com eletrocautério de tecido subcutâneo; **B:** Dissecção até fásia do músculo peitoral maior.

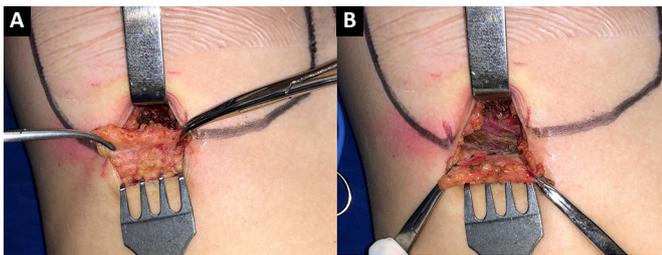


Figura 3. A e B: Retalho fascial do músculo peitoral maior.

A seguir, após descolamento de toda a loja, colocação do implante e confirmada a disposição da prótese, inicia-se o fechamento por planos. Com Monocryl 4-0, confecciona-se com pontos simples a sutura da fásia, tendo o cuidado de fixar o retalho fascial inferior à fásia ou ao tecido glandular superiormente, iniciando pelos extremos da incisão, o que já isola o implante mamário e garante a oclusão da loja subfascial (Figura 4). Prosseguindo a técnica, pontos simples com mesmo fio cirúrgico são dados entre o tecido glandular adjacente e o tecido celular subcutâneo inferior; e, por fim, pontos subdérmicos e intradérmicos, garantindo três camadas de síntese e maior proteção ao implante (Figura 5).

DISCUSSÃO

Para a completa compreensão das vantagens do plano subfascial e do retalho inferior relatado, uma discussão sobre anatomia da mama é imperativa. Alguns autores reputam a

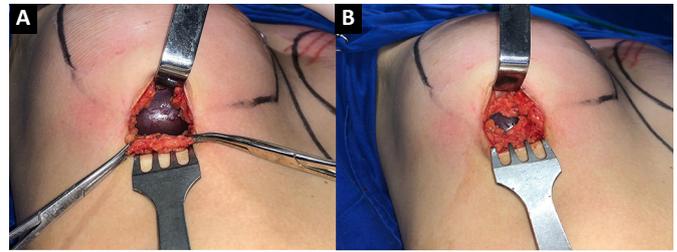


Figura 4. A: Implante mamário em loja subfascial e retalho fascial; **B:** Fechamento de retalho fascial inferior e superior, fechando loja de prótese mamária.

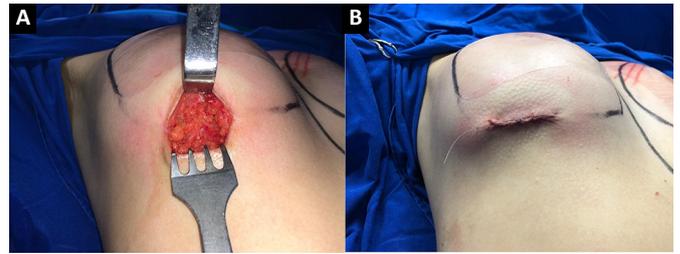


Figura 5. A: Oclusão completa de loja subfascial de implante mamário; **B:** Aspecto final de incisão cirúrgica.

ideia da técnica por acreditarem que a fásia é um tecido fino e fraco, mas sabe-se que ela cobre todo o músculo peitoral maior – está firmemente aderida a ele e ligada ao esterno, clavícula, e é contínua com a fásia do ombro, axila e serrátil inferolateralmente. No intraoperatório, embora variações possam ocorrer, é observado que a fásia tende a ser uniforme e confere ao cirurgião a estrutura anatômica ideal para cobrir o implante e melhorar os resultados em longo prazo.

Um dos princípios mais importantes da técnica, por meio da incisão submamária, envolve evitar a continuidade da pele com o parênquima, o que é obtido iniciando a incisão na pele e continuando superiormente, como citado acima na técnica cirúrgica.

Após a inserção do implante, o fechamento dos planos fascial, subcutâneo e cutâneo garantem um isolamento mais seguro com as suturas em alturas diferentes e menor risco de exposição e infecção da prótese⁹.

Já pela incisão transaxilar, o descolamento é subcutâneo, sem entrar nas estruturas axilares e a fásia é incisada no rebordo lateral do músculo peitoral e o descolamento subfascial é realizado até o futuro sulco inframamário, não havendo a necessidade de fechamento da fásia nessa abordagem. Pela técnica areolar inferior, que é realizada em zigue-zague na pele, a fásia é incisada na mesma altura da incisão e após o seu descolamento subfascial ela é suturada ao final da cirurgia.

Segundo outros autores, o tempo cirúrgico é em média de 1 h e 15 min; 30 minutos a mais em comparação ao plano subglandular para a colocação de implantes por incisões pelo sulco submamário³.

Mesmo com uma etapa um pouco maior para dissecção, comparada com as demais técnicas, acreditamos que esse tempo a mais dispensado não compromete a segurança da cirurgia, e acrescenta diversos benefícios já comprovados por demais autores, como maior proteção do implante se houver a ocorrência de uma temível deiscência de sutura e maior sustentação da mama no polo inferior, caracterizando-a com uma forma mais natural e auxiliando na prevenção da ptose.

CONCLUSÃO

Por ser uma técnica versátil, pode ser utilizada em um procedimento de mamoplastia secundária, visto que, nos demais métodos, a tendência é que a fásia seja preservada,

o que acrescenta mais uma vantagem à subfascial, que pode ser realizada em um segundo momento sem perder seus resultados positivos^{8,16,20}. Pacientes magras ou que solicitam implantes maiores são exemplos que também se beneficiam dessa estratégia⁹.

Em pacientes que necessitam de remoção de implantes submusculares, por exemplo, a capsulectomia adicionada à fixação do músculo peitoral no tórax, com a subsequente dissecação do plano subfascial, é rotineiramente realizada para evitar a criação de um espaço e acúmulo de líquidos com potencial de infecção e complicações⁹.

Como adição à técnica de mamoplastia de aumento subfascial, o retalho de fásia na porção inferior, próximo ao sulco inframamário, demonstrou proporcionar uma forma natural de proteção ao implante e auxiliar na prevenção da ptose mamária. Por essas razões, sua implantação tornou-se rotina na realização de cirurgia para o aumento da mama no nosso serviço.

REFERÊNCIAS

1. Goes JCS, Munhoz AA, Gemperli R. The Subfascial Approach to Primary and Secondary Breast Augmentation with Autologous Fat Grafting and Form-Stable Implants. *Clin Plast Surg.* 42(4):551-64.
2. Goés JCS. Breast Implant Stability in the Subfascial Plane and the New Shaped Silicone Gel Breast Implants. *Aesth Plast Surg.* 2010; 34:23-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-009-9429-6>
3. Hunstad JP, Webb LS. Subfascial breast augmentation: a comprehensive experience. *Aesth Plast Surg.* 2010; 34:365-73. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-009-9466-1>
4. Serra-Renom JM, Garrido MF, Yoon T. Augmentation mammoplasty with anatomic soft, cohesive silicone implant using the transaxillary approach at a subfascial level with endoscopic assistance. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 116:640-5. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000173558.52280.6e>
5. Matousek SA, Corlett RJ, Ashton MW. Understanding the fascial supporting network of the breast: key ligamentous structures in breast augmentation and a proposed system of nomenclature. *Plast Reconstr Surg.* 2014 fev; 133(2):273-81.
6. Spear SL, Schwartz J, Dayan JH, Clemens MW. Outcome assessment of breast distortion following submuscular breast augmentation. *Aesth Plast Surg.* 2009; 33:44-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-008-9275-y>
7. Graf RM, Bernardes A, Auersvald A, Costa Damasio RC. Subfascial endoscopic transaxillary augmentation mammoplasty. *Aesth Plast Surg.* 2000; 24:216-20. / Graf RM et al (2003)
8. Siclován RH, Jomah AJ. Advantages and Outcomes in Subfascial Breast Augmentation: A Two-Year Review of Experience. *Aesth Plast Surg.* 2008; 32:426-31. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-008-9141-y>
9. Góes JCS, Landecker A. Optimizing Outcomes in Breast Augmentation: Seven Years of Experience with the Subfascial Plane. *Aesth Plast Surg.* 2003; 27:178-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-003-0004-2>

***Endereço Autor:**

Silvia Helena Mandu

Rua General Carneiro, nº 181 - Alto da Glória, Curitiba, PR, Brasil

CEP 80060-900

E-mail: silviahmandu@hotmail.com