

# Técnica de mastectomia masculinizadora (FTM) – Interpretação pessoal

## Masculinizing Mastectomy Technique (FTM) – Personal Interpretation

**CARLOS HENRIQUE DOS REIS CONTE**<sup>1,2,3\*</sup>



JOÃO PAULO TESSARI CORREA<sup>1,2,3,4</sup>  
 EWALDO BOLIVAR DE SOUZA PINTO<sup>1,2,4</sup>  
 PEDRO ANTONIO CORDOVA ROCHA<sup>1,2,3</sup>  
 RAFAEL CORDEIRO PUHL<sup>1,2,3</sup>  
 JOÃO ANTÔNIO CORRÊA DAHER<sup>1,2,3</sup>

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0043

### INTRODUÇÃO

A maior conscientização dos indivíduos transgêneros, com uma maior aceitação dentro da sociedade, levou a uma maior demanda por serviços de cirurgia plástica que realizem a mastectomia masculinizadora<sup>1</sup>.

Nos Estados Unidos há uma maior conscientização das necessidades médicas dessa população, levando a um maior desenvolvimento e avanço de várias técnicas de mastectomia masculinizadora, constituindo um campo crescente dentro da cirurgia plástica<sup>1</sup>.

A mastectomia masculinizadora é geralmente o primeiro e indiscutivelmente o procedimento cirúrgico mais importante para o transexual feminino para masculino<sup>2</sup>.

Os indivíduos transexuais femininos que visam fazer a transição de sexo para o masculino frequentemente procuram a fazer a cirurgia de mastectomia bilateral masculinizadora

### RESUMO

A mastectomia masculinizadora é uma cirurgia de afirmação de gênero e parte da transição do feminino para o masculino. Este estudo visa descrever uma técnica de mastectomia masculinizadora a partir de uma interpretação pessoal. Para realizar a técnica, o complexo aréolo-papilar (CAP) foi preservado e reposicionado superiormente no novo ponto (A), sendo realizada decorticação do retalho cutâneo superior em ilha e fixado após reposicionamento. A técnica apresentada neste estudo visa um melhor resultado estético, mantendo a cicatriz no sulco mamário, e mantém o polo superior com pedículo vascular superior preservando a nutrição da aréola e do CAP. É indicada para mamas de tamanhos pequenos e médio com ptose grau III. A técnica descrita difere de todas as apresentadas na literatura consultada. A técnica apresentou excelentes resultados estéticos, conferindo uma melhor camuflagem das cicatrizes e um tórax com aspecto masculino esteticamente agradável com contornos suaves.

**Descritores:** Transexualismo; Mastectomia simples; Procedimentos de readequação sexual.

### ABSTRACT

The masculinizing mastectomy is a surgery of affirmation of gender and part of the transition from the feminine to the masculine. This study aims to describe a technique of masculinizing mastectomy from a personal interpretation. In order to perform the technique, the papillary-areolar complex (CAP) was preserved and repositioned superiorly in the new point (A), and decortication of the upper skin flap was established on the island and fixed after repositioning. The technique presented in this study aims at a better esthetic result, keeping the scar in the mammary furrow and maintaining the upper pole with the superior vascular pedicle preserving the nutrition of the areola and CAP. It is indicated for breasts of small and medium size with grade III ptosis. The technique described differs from all those presented in the literature consulted. The technique presented excellent esthetic results, giving a better camouflage of the scars and an esthetically pleasing male aspect with soft contours.

**Keywords:** Transsexualism; Simple mastectomy; Sex reassignment procedures.

com reconstrução da parede torácica. É uma das primeiras e mais importantes cirurgias procuradas por pacientes transmasculinos e não binários, por ser um tipo de cirurgia de afirmação de gênero e parte de sua transição, além de ajudar no tratamento da disforia de gênero<sup>3,4</sup>.

A obtenção de um contorno torácico masculino permite aos indivíduos transmasculinos e não binários se sentirem mais confiantes nos relacionamentos pessoais e interações sociais, autoafirmação de identidade e confortáveis em seu corpo, pois possibilita identificar-se, melhorando a autoconfiança e a autoestima, conferindo maior sensação de segurança e, assim, apresentando um impacto positivo em suas vidas e evitando sequelas psicossociais<sup>4,5</sup>.

No Brasil, a literatura e as técnicas para mastectomia masculinizadora na área da cirurgia plástica ainda são bastante escassas e trata-se de uma área ainda pouco explorada e em desenvolvimento.

<sup>1</sup>Serviço de Residência de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Santos Day Hospital, Santos, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Clínica Corpo e Arte Guarujá, Santos, SP, Brasil

<sup>4</sup>Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Santos, SP, Brasil

## OBJETIVO

Descrever uma técnica de mastectomia masculinizadora (FTM) a partir de uma interpretação pessoal.

## MÉTODO

A técnica foi realizada em dois pacientes, sendo um do sexo feminino que desejava masculinização e outro em paciente do sexo masculino que apresentava ginecomastia; todos os pacientes foram submetidos a adenomastectomia e reconstruídas imediatamente por meio de redução de envelope cutâneo. Para realizar a técnica, os pacientes possuíam mamas de pequeno e médio porte, grau II e grau III de ptose em ginecomastia. O complexo aréolo-papilar (CAP) foi preservado e reposicionado superiormente no novo ponto (A), sendo realizada decorticação do retalho cutâneo superior em ilha e fixado após reposicionamento (Figura 1). Foram selecionados um paciente feminino transexual que estava em tratamento hormonal e um masculino que apresentava ginecomastia grau III.



Figura 1. Incisão circular do ponto A para o reposicionamento CAP.

## Técnica cirúrgica

Foi realizada a marcação pré-operatória com a paciente em pé, e marcação do ponto A de forma convencional por meio da manobra bidigital (Figura 2). Após, são marcadas a linha média, o meridiano mamário, marca-se uma elipse infra-areolar até o sulco inframamário, e então são marcadas as áreas a serem lipoaspiradas em regiões axilares e mediais das mamas. É realizada marcação circular no limite superior do ponto A de 2 cm. Inicialmente realizamos infiltração com solução padrão, depois lipoaspiramos (regiões axilares e mediais da mama). Realiza-se incisão da elipse em sulco mamário e infra-areolar, realizando desepidermização, e também adenomastectomia e ressecção de todo o polo inferior da mama (Figura 1). No polo superior é mantido o retalho com preservação das perfurantes, e em seguida é realizada dissecação de um túnel até novo ponto A. É realizada uma incisão circunferencial na pele de 2 cm superiormente ao ponto A (Figura 3). Reposiciona-se a aréola em retalho cutâneo em ilha, fixando com fio náilon 4-0 e 5-0; em seguida se realiza a colocação de drenos de portovac bilaterais. Após isso, aproximamos o retalho no sulco inframamário (Figura 4). É realizada ressecção da papila mamária tanto em diâmetro quanto em comprimento em três segmentos laterais e aproximando os retalhos com náilon 5-0 curativo com micropore estéril por 7 dias.

## RESULTADOS

A técnica apresentada neste estudo visa um melhor resultado estético, mantendo a cicatriz no sulco mamário, e mantém o polo superior com pedículo vascular superior



Figura 2. Marcação pré-operatória, marcação do ponto A.



Figura 3. Dissecado o túnel de pele e fixação do CAP ao ponto A.



Figura 4. Cirurgia finalizada.

preservado para a nutrição da aréola e preservação do CAP (Figura 5). É indicada para mamas de tamanhos pequenos e médio com ptose grau III.



Figura 5. Resultado do procedimento após vinte dias.

## DISCUSSÃO

A masculinização torácica com mastectomia masculinizadora para transexuais de mulher para homem geralmente é o primeiro e mais importante passo no processo de redesignação de gênero. O principal objetivo desse procedimento é obter um contorno torácico esteticamente agradável com cicatriz mínima.

A cirurgia de mastectomia masculinizadora envolve mais que uma simples mastectomia, como as utilizadas no tratamento do câncer de mama<sup>1,2</sup>.

Por causa do tórax feminino subjacente, os pacientes interessados na masculinização do tórax oferecem desafios únicos aos cirurgiões. Fatores-chave como maior volume de mama feminina, maior grau de excesso de pele, qualidade do tecido mamário, ptose e má qualidade da pele quanto a sua elasticidade e tensão devido a anos de ligação com a mama e terapia hormonal determinam a técnica ideal e o resultado estético final positivo<sup>2,3,6</sup>.

Assim, a técnica é altamente dependente do tamanho da mama, grau de excesso de pele e elasticidade, tamanho e posição do NAC<sup>6</sup>.

A cirurgia de mastectomia masculinizadora requer altos padrões e requisitos estéticos para alcançar uma aparência masculina aceitável como já foi descrito por Hage e Van Kesteren (1955)<sup>7</sup>, que afirmam que para se obter resultados satisfatórios na cirurgia de mastectomia masculinizadora o cirurgião deve se atentar para as diferenças entre a anatomia mamária feminina e masculina, o contorno da parede torácica, a redução do tecido mamário e excesso de pele, o posicionamento adequado do complexo aréolo-mamilar (NAC), a obliteração do vinco inframamário e a minimização de cicatrizes da parede torácica.

A paciente desse estudo apresentava uma mama pequena com ptose grau III.

A mastectomia masculinizadora e harmonização da parede torácica do FTM visa criar um tórax masculino esteticamente agradável com contornos suaves e com cicatrizes camufladas. Isso normalmente envolve a remoção do tecido mamário com ou sem redução da pele, juntamente com o redimensionamento e reposicionamento do complexo areolar do mamilo (NAC)<sup>2,3</sup>.

Os objetivos técnicos dessa cirurgia incluem a remoção do tecido mamário e excesso de pele, reposicionamento e remodelação do NAC e minimização da cicatrização. Diversas

técnicas são descritas com base no volume mamário, grau de ptose, tamanho e localização do CAP, posição do sulco inframamário e preferência do paciente<sup>5</sup>.

A tomada de decisão para a adoção da técnica de mastectomia masculinizadora baseia-se em múltiplos fatores, como tamanho da mama, quantidade de excesso de pele, grau de ptose, forma e posição do complexo areolopapilar NAC, especificamente<sup>5</sup>.

Em nosso estudo também foram adotados os seguintes critérios para a técnica descrita: mama pequena ou média e grau de ptose III.

Donato e cols. citam entre os vários procedimentos de mastectomia masculinizadora relatados, as técnicas transareolares, semicirculares, concêntricas circulares, estendidas concêntricas circulares e mamilares.

Além disso, grande parte do sucesso da criação de um tórax de aparência masculina depende da localização e da forma do complexo areolopapilar (NAC), que comparado com os NACs femininos é geralmente menor, mais ovoide e localizado no quarto ou quinta costela sobre o peitoral<sup>5</sup>.

A técnica descrita neste estudo pode ser considerada inovadora e difere das demais descritas na literatura consultada por ter como principais vantagens a manutenção da cicatriz no sulco mamário, manutenção do polo superior com pedículo vascular superior preservado para a nutrição da aréola e preservação do CAP. Essa técnica é contraindicada para mamas grandes, nas quais se preconiza o enxerto livre de aréola.

## CONCLUSÃO

A técnica descrita neste estudo difere de todas as descritas e apresentadas na literatura consultadas. A técnica descrita aqui apresentou excelentes resultados estéticos, mantendo a cicatriz no sulco mamário, conferindo uma melhor camuflagem das cicatrizes e conferindo ao tórax um aspecto masculino esteticamente agradável com contornos suaves.

## REFERÊNCIAS

1. Frederick MJ, Berhanu AE, Bartlett R. Chest surgery in female to male transgender individuals. *Ann Plast Surg.* 2017; 78(3):249-53. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882>
2. Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Bowman C, Blondeel P, et al. Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 121(3):849-59. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2>
3. Donato DP, Walzer NK, Rivera A, Wright L, Agarwal CA. Female-to-male chest reconstruction: a review of technique and outcomes. *Ann Plast Surg.* 2017; 79(3):259-63. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001099>
4. Poudrier G, Nolan IT, Cook TE, Saia W, Motosko CC, Stranix JT, Hazen A. Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic Reconstr Surg.* 2019; 143(1):272-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113>
5. Wilson SC, Morrison SD, Anzai L, Massie JP, Poudrier G, Motosko CC, et al. Masculinizing Top Surgery: A Systematic Review of Techniques and Outcomes. *Ann Plast Surg.* 2018; 80(6):679-83. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001354>
6. Top H, Balta S. Transsexual mastectomy: selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Med J.* 2017; 34(2):147. DOI: <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>
7. Hage JJ, Van Kesteren PJ. Chest-wall contouring in female-to-male transsexuals: basic considerations and review of the literature. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 96(2):386-91. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-199508000-00019>

\*Endereço Autor: Carlos Henrique dos Reis Conte  
Rua Monsenhor Paulo Rodrigues, nº 120 - Vila Belmiro, Santos, SP, Brasil  
CEP 11075-350  
E-mail: chrc.med@gmail.com