

Contribuição à Mamaplastia Redutora em L

Evaldo Alves D'Assumpção

- 1] Membro Titular da SBCP e da ISAPS.
Membro da Academia Mineira de Medicina.
Cirurgião Plástico do Instituto de Cirurgia Plástica de Minas Gerais, Hospital Mater Dei e CIRPLAST.

Endereço para Correspondência:

Evaldo Alves D'Assumpção

R. Tenente Renato César, 48 - Cidade Jardim
Belo Horizonte - MG
30380-110
Fone: (031) 296-7420

Unitermos: mamaplastia redutora; mamaplastia redutora em L.

RESUMO

O autor faz uma breve revisão da literatura sobre as mamaplastias redutoras em L, apresentando, em seguida, a sua técnica pessoal para esse procedimento.

A marcação que utiliza inicia-se como nas reduções clássicas em T invertido, porém utilizando um molde modificado pelo autor, daquele de Wise. Dentro de marcação do que seria a cirurgia em T invertido, faz uma nova marcação em L. As incisões e remoções de pele seguirão essa segunda marca, porém a ressecção do tecido glandular é feita subcutaneamente, seguindo a marcação em T. O complexo aréolo-mamilar é transposto por meio de um retalho monopediculado de base medial que permite grandes ressecções, o reposicionamento do CAM sem qualquer distorção e a total preservação da fisiologia mamária. Com isso, obtém uma forma bastante satisfatória para a nova mama, com cicatrizes finais de menor extensão e sem o ramo horizontal medial, mais evidente com roupas de banho e decotes.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

A preocupação com a redução do tamanho das incisões, em mamaplastia redutoras, vem de longa data. Desde a cirurgia com cicatriz final em T invertido, de LEXER⁽¹¹⁾ em 1912, e a técnica peri-areolar de KAUSCH⁽⁹⁾ em 1916, muitas tentativas foram feitas, sendo que a somatória de : cicatriz de tamanho reduzido, forma adequada, preservação da fisiologia mamária e segurança do procedimento, sempre foram as preocupações principais de todos que se dedicaram a esse procedimento. Foi HOLLANDER⁽⁷⁾

em 1924 que, pela primeira vez, realizou uma redução mamária deixando como cicatriz final um L, com a exclusão da cicatriz medial, sempre visível em decotes mais acentuados. DUFOURMENTEL e MOULY⁽⁶⁾ em 1961 e depois em 1968 apresentaram uma técnica também com cicatriz final em L, em que a mama operada obtinha uma forma bastante satisfatória. MYR e MYR⁽¹³⁾ em 1968, REGNAULT⁽¹⁵⁾ em 1974, MEYER e KESSELRING⁽¹²⁾ em 1975, também trouxeram importantes contribuições para esse

procedimento. Em nosso meio, HORIBE et col.⁽⁸⁾ em 1976, SEPÚLVEDA⁽¹⁷⁾ em 1981, BOZOLA et col.⁽¹⁾ em 1982, CHAVES et col.⁽²⁾ em 1988 e CHIARI⁽³⁾ em 1992, apresentam variações de técnica, algumas delas com marcações bastante geométricas e repletas de cálculos, às vezes dificultando a sua aplicação. LEJOUR⁽¹⁰⁾ em 1994 publicou um livro mostrando a associação da lipoaspiração com as mamoplastias, obtendo assim cicatrizes reduzidas e bons resultados.

Há mais de vinte anos, temos utilizado as mamoplastias em L, especialmente para as pexias sem redução. Em diversos casos de redução moderada, em pacientes jovens, também utilizamos a técnica em L, com ótimos resultados.

Com o maior domínio da técnica e com a ampla experiência obtida na transposição do CAM através de retalho monopediculado de base medial, que permite a retirada de maior quantidade de tecido adiposo-glandular e o reposicionamento do CAM sem qualquer distorção, além de preservar inteiramente a fisiologia mamária, conforme publicamos em 1982 e 1991^(4,5), somando-se aos conceitos tão bem expostos por Peixoto⁽¹⁴⁾ em 1979, de retração da pele mamária, e confirmado pelas experiências de TARANTO⁽¹⁸⁾, transmitidas em 1995, em apresentações pessoais e não publicadas, definimos uma forma final para a execução dessa técnica, que apresentamos a seguir.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

A marcação é feita com a paciente de pé, utilizando-se um molde de WISE modificado, com a abertura dos pontos inferiores do novo arco-areolar distanciada em 7 cm. (Fig. 1). Com isso, procuramos ter uma maior área de ressecção de pele na região peri-areolar.

Os pontos básicos seguem os princípios clássicos das mamoplastias tipo STRÖMBECK ou SKOOG, não necessitando maior detalhamento. Uma vez marcada a mama, como se fôssemos fazer uma mamoplastia em T invertido, sem qualquer preocupação de encurtar o seu ramo horizontal, o qual será colocado rigorosamente no sulco submamário, fazemos uma segunda marcação, agora em L, dentro da marca anterior, com o cuidado de situar a linha horizontal do L de 2 a 4 cm acima do sulco mamário existente (Figs. 2a e 2b).

Com isso temos duas marcações: essa em L, que determinará as incisões cutâneas, e a em T, que

determinará as ressecções subcutâneas do tecido adiposo-glandular, para a redução do volume mamário.

A cirurgia poderá ser realizada sob anestesia loco-regional ou geral, dependendo da preferência do cirurgião e o desejo da paciente. O dorso deve ficar elevado a 30°. Uma infiltração ampla, com uma solução de 500ml soro fisiológico bem frio, 20ml de Bupivacaína 0,5% e 1 ampola de Adrenalina ajudarão a reduzir sangramento e proporcionarão uma analgesia pós-operatória prolongada e confortável para a paciente.

Aguarda-se 10 minutos para maior ação da solução infiltrada e a cirurgia é iniciada com a clássica manobra de SCHWARZMANN, somente na área delimitada para se obter o retalho de base medial para a transposição do CAM (Fig. 3a). Fazem-se as incisões cutâneas em toda a marca do L, descolando-se em seguida a pele na faixa de 2 a 4 cm do sulco submamário, entre as marcas do L e a do T, até se alcançar o plano muscular (Fig. 4).

Descola-se toda a mama no plano supra-aponeurótico peitoral, que permitirá maior mobilização e ascensão da mama, quando se iniciar sua modelagem. Uma vez concluídos esses descolamentos, com um bisturi de lâmina 22, é feita a incisão vertical do tecido adiposo-glandular, subcutaneamente, como se fosse uma mamoplastia em T, até o plano muscular. Na mesma peça, é retirado tecido adiposo-glandular, garantindo a manutenção da fisiologia mamária. O volume retirado corresponderá à redução desejada. Tudo é removido numa peça única. (Fig. 3b e c, 5 e 6).

Essa remoção pode ser feita com lipoaspiração, contudo em mamas muito densas, o resultado obtido não é satisfatório e, com a ressecção cirúrgica é possível uma maior precisão nesse procedimento, com muito menos trauma e maior segurança.

Completada a ressecção do tecido adiposo-glandular excedente, é feita uma criteriosa hemostasia - pois utilizamos drenos - e iniciamos a modelagem da mama. A aréola é colocada em sua nova posição, através dos três pontos cardeais superiores, com a rotação, para cima, do retalho de base medial (Fig. 3b). Em seguida, o auxiliar traciona a mama para cima, através do ponto dado no norte areolar, ou por um gancho ou pinça de HALLIS aí colocado, expondo e posicionando os pilares medial e lateral da mama que serão fixados entre si com pontos absorvíveis 4-0 (Fig. 7), o que dará a forma cônica e projetada à mama. Contudo já não

fazemos sua fixação na aponeurose muscular pois ela pode produzir aderências indesejáveis, mais aparentes quando a paciente eleva seus braços (Fig. 11e).

Em seguida, pontos absorvíveis são dados no subderma, com as devidas compensações pela diferença de comprimento dos retalhos laterais e mediais. Nesse momento tem-se uma visão da mama bem firme e bem projetada (Fig. 8). A pele adelgada, onde se fez ressecções adiposo-glandulares subcutâneas, fica com aparente flacidez que, em poucos dias, desaparece pela retração da mesma, na maioria dos casos.

Uma cuidadosa sutura intradérmica contínua com fio de rápida absorção, número 5-0, completa o fechamento da pele (Fig. 9).

Com fitas adesivas microporosas, faz-se em seguida uma modelagem discreta e só na metade inferior da mama, que será deixada apenas por uma semana.

O curativo é feito com gazes fofas e com a colocação de um soutien adequado.

Recomenda-se que a paciente aguarde 3 dias, quando então ela mesma poderá retirar o curativo sem remover a modelagem de fitas adesivas e iniciar seus banhos normais, sem friccionar a área operada.

Os cuidados pós-operatórios são os rotineiros de qualquer mamoplastia.

CASUÍSTICA

Esta técnica, tal como a apresentamos, vem sendo utilizada desde 1993 e, num levantamento dos últimos 100 casos com controle de mais de um ano de evolução, dos quais retiramos três para ilustração desse trabalho (Figs. 10, 11 e 12), tivemos os seguintes resultados:

Variação Etária das Pacientes: de 14 a 42 anos de idade

Quantidade de tecido retirado de cada mama:

Até 200g	28	pacientes
Até 400g	44	pacientes
Mais de 400g	28	pacientes

(Máximo, até esta data, 700g de cada lado)

Forma (avaliação pelo cirurgião em consonância com a opinião da paciente):

Ótima	64	pacientes
Satisfatórias	36	pacientes
Ruim	00	pacientes

Cicatrizes

Ótimas	76	pacientes
Satisfatórias	20	pacientes
Ruim	4	pacientes

Complicações:

Falta de retração adequada da pele	16	pacientes
Aderência da cicatriz a planos profundos	8	pacientes
Seroma nas áreas de ressecção subcutânea	6	pacientes
Ulcerações por reação a fio cirúrgico	4	pacientes
Outras	4	pacientes
Sem complicações	62	pacientes

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Reavaliando os resultados até hoje obtidos, acreditamos ser esse procedimento o de escolha, principalmente para pacientes mais jovens ou que tenham um revestimento cutâneo das mamas de boa qualidade e com boa elasticidade. Em pacientes com pele flácida, não nos arriscamos a realizar essa cirurgia, já que a possibilidade de não ocorrer a retração da pele e ser necessária uma cirurgia de revisão para removê-la torna-se bastante provável.

A marcação é extremamente simples e sem muitos cálculos geométricos. E o fato de fazê-la previamente, não significa estereotipia das cirurgias, já que se trata de referências tomadas em função do próprio tipo de mama e do tórax da paciente. Além disso, durante a cirurgia, é a sensibilidade do cirurgião que vai determinar a forma final das mamas e não o molde que orientou o início da cirurgia.

O retalho medial, para transposição do complexo aréolo-mamilar, que propusemos há alguns anos, permite a indicação dessa técnica, mesmo em casos de grandes volumes mamários, sem perda da qualidade final da forma.

BIBLIOGRAFIA

1. BOZOLA AR et col. Mamoplastia em L: Contribuição Pessoal. R. AMRIGS 1982;26:207.
2. CHAVES L et col. Mastoplastia em L: um Novo Desenho. Rev. SBCP 1988;3:40.
3. CHIARI JR. A. The L Short-scar Mammoplasty. A New Approach. Plast. Rec. Surg. 1992;90:233.
4. D'ASSUMPÇÃO EA. Tactical Modifications in the Skoog Reduction Mammoplasty. Aesth. Plast. Surg. 198;26:179.
5. D'ASSUMPÇÃO EA. Adenectomia Mamária com Reconstrução Imediata sem Uso de Prótese. Rev. Bras. Mastologia. 1991;1:65.
6. DUFOURMENTEL L & MOULY R. Plastic Mammaire par la Méthode Oblique. Ann. Chir. Plast. 1961;6:45.
7. HOLLANDER E. Die Operation der Mammahypertrophy und der Hagebrust. Deutsch Med. Wochenschr. 1924;50:1400.
8. HORIBE K et col. Mamoplastia Reductora: Nuevo Abordaje del Método Lateral-obliquo. Rev. Lat. Am. Cir. Plast. 1976;2:7.
9. KAUSCH W. Die Operationen der Mammahypertrophy. Zentralbl. F. Chir. 1916;43:713.
10. LEJOUR M. Vertical Mammoplasty and Liposuction of the Breast. Quality Medical Publishing. St.Louis, Missouri, 1994.
11. LEXER E. Hypertrophiebei der Mammae. Munch Med. Wochenschr. 1912;59:2702.
12. MEYER R & KASSELRING VK. Reduction Mammoplasty with an L Shaped Suture Line. Plast. Rec. Surg. 1975;55:139.
13. MYR Y MYR L. Reduction Mammoplasty. Plast. Rec. Surg. 1968;41:352.
14. PEIXOTO GR. Reduction Mammoplasty: a Personal Method. Transaction of the 7th Inter. Cong. Plast. Rec. Surg. Cartgraft, São Paulo, 1979.
15. REGNAULT P. Reduction Mammoplasty by the B Technique. Plast. Rec. Surg. 1974;53:19.
16. SHATTEN W et col. Further Experiences with Lateral Wedge Resection Mammoplasties. Brit. Plast. Surg. 1975;28:37.
17. SEPULVEDA A. Assimetria Mamária: Tratamento Cirúrgico. Rev. Bras. Cir. 1981;71:11.
18. TARANTO T. Comunicação pessoal. 1995.