

# Mastopexia com prótese: técnica em “D” espelhado

*Mastoplasty with prosthesis: the mirror D technique*

JUAN SANCHÉZ<sup>1</sup>,  
ANA CAROLINA CARVALHO<sup>1</sup>,  
PATRICIA ERAZO<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A inclusão de implante mamário combinada com pexia é uma cirurgia desafiadora, não somente pela ausência de procedimento padrão, mas por se mostrar como uma cirurgia com elevado potencial de complicações, entre elas alto índice de revisão pós-cirúrgica. **Método:** Neste trabalho, é descrita uma junção de novas táticas, que leva o nome de técnica em D espelhado, que corresponde a tratamento de mastopexia e inclusão de implantes de silicone em mamas hipoplásicas associadas à ptose moderada a grave, em pacientes com queixa de ptose e não do tamanho, pacientes estes com tolerabilidade para somente leves aumentos. O procedimento descrito faz uso de marcação própria, que determina ressecção em bloco de pele e parênquima subjacente para simetrização, retalho de pedículo medial, implantes de silicone texturizado perfil super alto, volumes iguais bilateralmente, são posicionados em plano submuscular, resultando em uma cicatriz final vertical. **Conclusão:** A técnica aqui descrita, além de fácil execução, proporciona alto grau de satisfação, diminuição dos índices de complicações e resultados estéticos duradouros.

**Descritores:** Implante mamário. Mama/cirurgia. Cirurgia plástica.

## SUMMARY

**Introduction:** The combined surgery of mastoplasty and prosthesis include is far known as a challenge, due to the high potential risk of post operative complications, and also a high number of surgical retouches. **Methods:** In this paper, a new approach named the mirror D technique is suggested, using also skin resection and prosthesis inclusion to the treatment of hypoplastic breasts, both pre surgical treated or not, in any ptosis degree, and once the patients complain was the ptosis instead of the volume lost. The described procedure uses a proper marking, that guide the block resection including both parenquima and skin used to give symmetry, the pedicle chose is the medial one. Silicone-textured-high-profile-breast-implants are placed always in equal volume under the muscle, and the technique results in a final vertical scar. **Conclusion:** The technique above suggested promotes an easy surgical perform, a decrease of complications, increasing the patients satisfaction with an aesthetical long lasting results.

**Descriptors:** Breast implantation. Breast/surgery. Surgery, plastic.

## INTRODUÇÃO

O procedimento combinado inclusão de implante e mastopexia aparenta uma cirurgia simples, porém, após análise mais crítica, percebe-se nela uma intervenção desafiadora, que envolve riscos, dificuldades técnicas e resultados não duradouros<sup>1-4</sup>.

Até o momento, não há consenso entre os colegas quanto a uma técnica ideal<sup>1,2,4,5</sup>, e há aqueles que apostem na dissociação em dois tempos cirúrgicos separadamente<sup>3</sup>.

O fato de pacientes com este tipo de indicação cirúrgica constituírem um grupo específico onde são encontradas na maioria das vezes mamas atrofiadas, e por vezes anteriormente operadas, justifica os achados na literatura<sup>1,2,5</sup>, porém,

1. Cirurgião Plástico, Membro da SBCP.

2. Cirurgiã Plástica, Membro Titular da SBCP.

mesmo contrariando a literatura, as pacientes preferem e solicitam a cirurgia combinada<sup>3</sup>.

Spear et al.<sup>4</sup> citam em seu artigo que, após análise de 6 anos de sua prática, seus índices demonstraram revisões pós-cirúrgicas em 54% das pacientes, por várias razões, sendo a mais comum o desejo de mamas mais elevadas<sup>6</sup>. Muitos outros autores também relataram altos índices de complicações e revisões pós-procedimento associados de mastopexia e inclusão de prótese, e todos autores consultados, que se dispuseram a dissertar sobre o assunto, concordam em classificar esta cirurgia combinada como um procedimento com elevado potencial de complicações e pouca durabilidade de resultados no seguimento a longo prazo.

Na escolha da melhor técnica a ser empregada algumas opções devem ser levadas em consideração: a escolha do pedículo<sup>7</sup> aréolo-papilar: superior, inferior, lateral, medial ou central; o tipo de cicatriz final: "T" invertido<sup>8</sup>, periareolar<sup>9</sup> ou vertical<sup>10</sup>; tipo de ressecção glandular: medial/lateral, superior, inferior ou periférica; e por último, a localização do implante: subglandular ou retromuscular<sup>11</sup>.

Na busca de melhores resultados, uma junção de adaptações e novas táticas é aqui apresentada para o tratamento de mamas hipoplásicas acometidas de ptose moderada a grave, submetidas ou não a cirurgia anterior, onde o aumento significativo das mamas não é aceitável por parte das pacientes.

As alterações descritas incluem forma de marcação, posicionamento da paciente no intra-operatório e manobras cirúrgicas. A técnica em D espelhado consiste na ressecção conjunta de pele e parênquima mamário, uso do pedículo medial<sup>7</sup>, inclusão de prótese submuscular<sup>11</sup> e cicatriz vertical.

A técnica de "D" espelhado oferece resultados encorajadores e mais duradouros, diminuindo absolutamente o índice de complicações e revisões cirúrgicas.

## MÉTODOS

Foram avaliados os resultados obtidos com a técnica de mastopexia em "D" espelhado em 80 pacientes do sexo feminino, sem exclusão por raça, com faixa etária entre 25 a 70 anos, operadas pelos autores entre o período de fevereiro de 2005 a maio de 2006. As pacientes apresentavam queixa de ptose mamária e baixa aceitabilidade de aumento do volume mamário, as quais haviam sido submetidas ou não a intervenções anteriores.

### Marcação

A marcação da paciente (Figura 1) é realizada em decúbito dorsal e braços juntos ao tronco, onde se verifica uma diferenciação do sulco mamário de até 1 cm quando comparado ao sulco marcado em posição ortostática, o que se reflete em um formato mais adequado e natural no resultado final, ao mesmo tempo em que facilita a colocação da prótese no plano

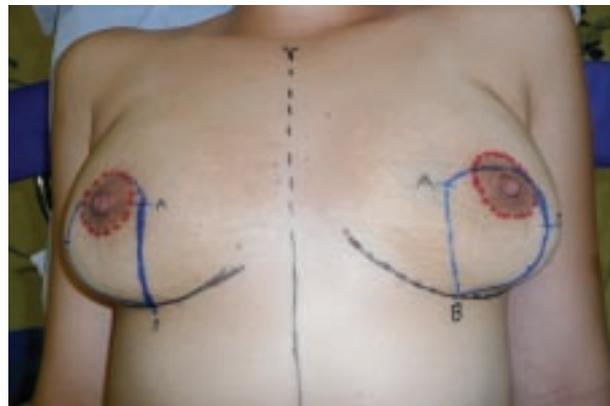


Figura 1 - Marcação deitada com braços juntos ao corpo.

submuscular. Nesta posição, as mamas assumem naturalmente um ajuste espacial simétrico, facilmente visualizado no posicionamento da PAP (placa aréolo-papilar), anulando as assimetrias visíveis na posição ortostática, justificadas pela ação do binômio volume X gravidade, resultando em mamas naturalmente simétricas no pós-operatório<sup>8,11</sup>.

Já devidamente posicionada, marca-se uma linha média desde a fúrcula esternal até cicatriz umbilical.

Marca-se o sulco formado naturalmente pelo posicionamento das mamas ao decúbito.

Considerando a posição naturalmente adotada pelas mamas, marca-se um ponto A ao nível dos mamilos, a 9 cm da linha média.

Considerando o sulco naturalmente formado com o decúbito, marca-se o ponto B ao nível do sulco, a 10 cm da linha média. Através de manobra bidigital em bloco, marca-se o ponto C correspondente ao ponto máximo da ressecção da pele.

O fechamento em D espelhado se dá pela junção em linha reta dos pontos A e B, e um arco lateralmente, desde o ponto A ao ponto B, passando por C, incluindo superiormente a aréola, onde quer que a mesma se encontre, e respeitando o limite do ponto C para a continuação inferior do arco. A junção dos pontos A e C ao final da cirurgia coincidirá com a localização do bordo inferior do novo posicionamento da aréola, e início da cicatriz vertical, e se dará a cerca de 6 cm desde o sulco marcado ao início, enquanto o ponto B norteia o final da cicatriz vertical, o que proporciona cicatrizes finais paralelas, e não mais assimétricas e lateralizadas como as observadas em outras técnicas verticais.

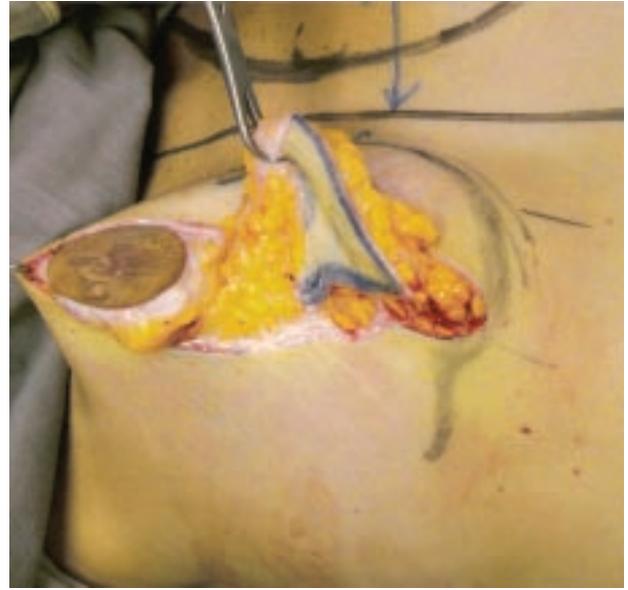
### Técnica

1. Manobra de Schwartzman: inicia-se a cirurgia com marcação da aréola com areolótomo de 4cm, seguida de decorticação da pele sobre o tecido que dará origem ao retalho de pedículo medial;

2. Confeção do retalho p. medial: marca-se o retalho medial com 5cm de base, e pelo menos 1cm ao redor da aréola. Descola-se o tecido mantendo uma espessura de pelo menos 2cm desde o bordo lateral até a base do retalho<sup>11</sup>.
3. Ressecção para simetrização: tracionando superiormente o retalho, traça-se uma linha paralela à linha média, coincidindo com a linha A-B, realiza-se uma incisão perpendicular até o plano muscular (Figura 2). Libera-se a porção lateral da mama em direção lateral, na projeção do arco do D. Uma vez liberada a porção lateral, tracionamos este retalho através de um vetor direcionado à fúrcula (súpero-medial), ressecando o excesso de glândula que ultrapasse a projeção da incisão realizada em AB (Figuras 3 e 4).
4. Confeção da loja submuscular: com a ressecção do parênquima já realizado, verifica-se facilmente a exposição muscular, assim ao nível do segundo arco costal com linha médio-clavicular, realiza-se uma incisão de 3cm perpendicular às fibras musculares do músculo peitoral maior, até o gradil costal, abrindo uma loja totalmente submuscular (Figura 5). A loja submuscular tem como limites anatômicos: clavícula superiormente, a 2cm da linha média medialmente, não ultrapassando a linha axilar anterior lateralmente, e inferiormente até o sulco mamário, liberando parcialmente a inserção tendinosa em direção ífero-medial. (Figura 6).



**Figura 2** - Ressecção medial do parênquima.



**Figura 3** - Ressecção lateral do parênquima.

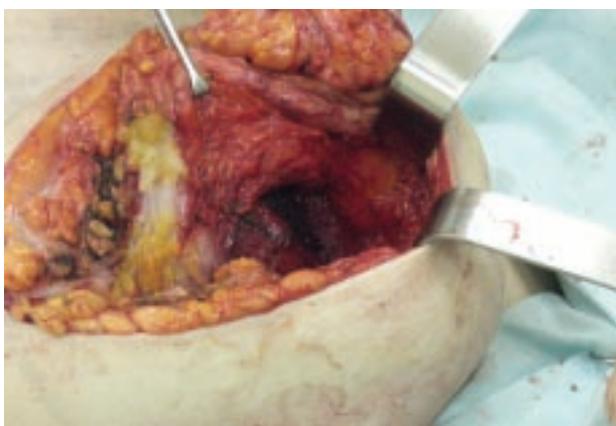


**Figura 4** - Ressecção de pele e de parênquima subjacente para simetrização.



**Figura 5** - Confeção da loja submuscular.

5. Colocação da prótese: utilizamos implante redondo de silicone texturizado de perfil super alto, com volumes variando de 200 a 240ml (Figuras 6 e 7). Utilizando sempre próteses iguais em ambas a mamas (Figura 8).
6. Suturas: aproximação dos pilares medial e lateral com sutura em pontos invertidos de nylon 2.0. Nesta sutura realizam-se pontos de forma a unir pilares e músculo a cada ponto. A sutura é realizada em planos, e o fechamento final da pele é realizado com pontos invertidos de nylon 4.0 incolor (Figuras 8 e 9).
7. Marca-se o local de fixação das aréolas, sendo o bordo inferior da mesma a 6cm do sulco. Com areolótomo certifica-se o bordo de pele a ser fixada a aréola. A PAP é fixa com pontos cardinais de nylon 4.0 e o restante em sutura contínua com monocryl 4.0 (Figura 8).
8. Não há necessidade obrigatória da utilização de drenos.
9. Curativo realizado com fitas de micropore entrecruzado diretamente sobre a cicatriz, sendo mantido por 10 dias (Figura 9).



**Figura 6** - Colocação da prótese.



**Figura 7** - Colocação da prótese.



**Figura 8** - Marcação do local de fixação da placa aréolo-papilar.



**Figura 9** - Fechamento final da pele e colocação de micropore entrecruzado.

## RESULTADOS

Dos dados obtidos, não foi necessária revisão cirúrgica em nenhum dos casos. Não houve ocorrência de infecção pós-cirúrgica ou sofrimento da placa aréolo-papilar, bem como de cicatriz (Figura 10).

Dois (2,5%) casos de hematoma tardio foram drenados com sucesso através de pequena incisão infra-areolar.

A ressecção média do parênquima foi de 60g, variando entre 30g e 120g. Oitenta por cento das pacientes foram submetidas a ressecção de diferentes tamanhos, sendo a diferença média entre as mamas de 40g, oscilando entre 20 e 80g.

O volume médio das próteses incluídas foi de 200ml.

O aumento médio de volume final das mamas (média dos volumes de implante mamário subtraído do volume médio ressecado) foi de 140g (prótese de silicone texturizada perfil super alto 200ml = 200g). O comprimento da cicatriz vertical se mostrou estável com a evolução, sendo de 6,0 cm no pós-operatório imediato e, em média, de 6,5 cm após 1 ano.



*Figura 10 - Cicatriz pós-operatória de 3 semanas.*

As pacientes submetidas a técnica em D espelhado classificaram seus resultados em dois momentos diferentes, sob critérios preestabelecidos (Tabelas 1 e 2).

Quatro cirurgiões plásticos escolhidos aleatoriamente foram convidados a classificar os resultados por meio da análise de fotografias (Figuras 11 a 18), sendo apresentadas fotos em posição anterior e perfil de cada paciente, realizadas no pré-operatório e com seis meses e um ano de pós-operatório (Tabelas 3 e 4).

### DISCUSSÃO

Esta nova técnica foi aplicada com eficiência em 80 pacientes operadas no período de fevereiro de 2005 até maio de 2006, apresentando, como benefício adicional aos resultados



*Figura 11 - Pré-operatório.*



*Figura 12 - Pós-operatório de 1 ano.*



*Figura 13 - Pré-operatório.*



*Figura 14 - Pós-operatório de 1 ano.*



Figura 15 - Pré-operatório.



Figura 16 - Pós-operatório de 2 anos.



Figura 17 - Pré-operatório.



Figura 18 - Pós-operatório de 2 anos.

**Tabela 1 - Grau de satisfação, sob o ponto de vista das 80 pacientes operadas.**

Após 6 meses	Ruim		Regular		Bom		Ótimo		Total
Qualidade de cicatriz	—	—	6	7,5%	30	37,5%	44	55%	80-100%
Formato estético	—	—	4	5,0%	30	37,5%	46	57,5%	80-100%
Simetria	—	—	3	3,75%	31	38,75%	46	57,5%	80-100%
Total									

**Tabela 2 - Durabilidade de resultados, sob o ponto de vista das 80 pacientes operadas.**

Após 24 meses	Ruim		Regular		Bom		Ótimo		Total
Qualidade de cicatriz	—	—	1	1,25%	28	35%	51	63,75%	80-100%
Formato estético	—	—	—	—	33	41,25%	47	58,78%	80-100%
Simetria	—	—	3	3,75%	28	35%	49	61,22%	80-100%
Total									

**Tabela 3 - Grau de satisfação, sob o ponto de vista de 4 profissionais da área.**

Após 6 meses	Ruim		Regular		Bom		Ótimo		Total
Qualidade de cicatriz	—	—	—	—	23	28,75%	57	71,25%	80-100%
Formato estético	—	—	8	10%	19	23%	53	66%	80-100%
Simetria	—	—	—	—	14	17,5%	66	82,5%	80-100%
Total									

**Tabela 4 - Durabilidade de resultados, sob o ponto de vista de 4 profissionais da área.**

Após 24 meses	Ruim		Regular		Bom		Ótimo		Total
Qualidade de cicatriz	—	—	—	—	15	18,75%	65	81,25%	80-100%
Formato estético	—	—	5	6,25%	23	28,75%	52	65%	80-100%
Simetria	—	—	—	—	28	35%	52	65%	80-100%
Total									

obtidos, alto grau de satisfação em relação aos critérios analisados, tanto do ponto de vista leigo como de quatro cirurgiões plásticos não participantes deste trabalho. Observou-se manutenção dos resultados mais duradoura e do grau de satisfação das pacientes quando comparados aos resultados obtidos em outras técnicas de cicatriz vertical realizadas neste mesmo serviço, no período anterior à aplicação desta nova técnica.

A presença de ptose mamária e hipomastia no mesmo paciente é uma condição comum<sup>5</sup>. A cirurgia combinada de mastopexia e colocação de implante é um procedimento comum e muito solicitado, estatisticamente apresentam maior índice de complicações do que as cirurgias de inclusão de implante isolado e mastopexia isolada<sup>4</sup>, fazendo desta cirurgia combinada em único tempo uma controvérsia entre os autores<sup>5</sup>.

Os autores observaram redução significativa das complicações, tanto comparada ao índice anterior do serviço quanto se comparado aos 54% encontrados na literatura<sup>6</sup>. Os autores observaram também redução total da necessidade de revisão cirúrgica, o que favoreceu como fator encorajador na evolução da técnica.

## CONCLUSÃO

A técnica em “D” espelhado mostrou-se de fácil execução e rápido aprendizado. Seus benefícios incluem resultados mais harmoniosos e estéticos, maior simetria sem grandes aumentos, cicatrizes mais finas, maior grau de satisfação por parte das pacientes a curto e longo prazo, diminuição significativa das complicações cirúrgicas, e principalmente a

conquista do desafio que deu origem a este estudo: diminuição absoluta nas recidivas de ptose a longo prazo (2 anos).

## REFERÊNCIAS

1. Spear SL. Augmentation/mastopexy: “surgeon, beware”. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7 Suppl):133S-5S.
2. Spear SL, Low M, Ducic I. Revision augmentation mastopexy: indications, operations, and outcomes. *Ann Plast Surg.* 2003; 51(6):540-6
3. Stevens WG, Freeman ME, Stoker DA, Quardt SM, Cohen R, Hirsch EM. One-stage mastopexy with breast augmentation: a review of 321 patients. 1: *Plast Reconstr Surg.* 2007; 120(6):1674-9.
4. Spear SL, Pelletiere CV, Menon N. One-stage augmentation combined with mastopexy: aesthetic results and patient satisfaction. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(5):259-67.
5. Cárdenas-Camarena L, Ramírez-Macías R. Augmentation/mastopexy: how to select and perform the proper technique. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(1):21-33.
6. Spear SL, Boehmler JH 4<sup>th</sup>, Clemens MW. Augmentation/mastopexy: a 3-year review of a single surgeon’s practice. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7 Suppl):136S-51S.
7. Ferreira MC, Costa MP, Cunha MS, Sakae E, Fels KW. Sensibility of the breast after reduction mammoplasty. *Ann Plast Surg.* 2003;51(1):1-5.
8. Pitanguy I. A new technic of plastic surgery of the breast. Study of 245 consecutive cases and presentation of a personal technic. *Ann Chir Plast.* 1962;7:199-208.
9. Sampaio Góes JC. Periareolar mammoplasty: double-skin technique with application of mesh support. *Clin Plast Surg.* 2002;29(3):349-64.
10. Persoff MM. Vertical mastopexy with expansion augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(1):13-9.
11. Biggs TM, Yarish RS. Augmentation mammoplasty: retropectoral versus retromammary implantation. *Clin Plast Surg.* 1988; 15(4):549-55.

### Correspondência para:

Juan Sánchez  
Rua Santa Clara 1035 – Vila Icarai – São José dos Campos – SP – Brasil – CEP: 12243-630 – Tel/Fax:  
(0xx12) 39133930  
E-mail: dracarolcarvalho@terra.com.br