

Mamoplastia de aumento: técnica em “aba de envelope”

Breast augmentation: “envelope flap” technique

CARLOS EDUARDO GUIMARÃES
LEÃO¹

RESUMO

O posicionamento retromuscular dos implantes mamários pela técnica em “Aba de Envelope” desmistifica definitivamente a possibilidade da evolução para uma “dupla mama” no seguimento tardio das mamoplastias de aumento, causada pelo encarceramento das próteses por ação mecânica do grande peitoral, quando não tratado adequadamente. O autor propõe o tratamento do referido músculo através de duas incisões oblíquas de convergência inferior, feitas em sua borda inferior, o que permite total liberdade de movimentação do implante que acompanha os movimentos de báscula das mamas ao longo do tempo, mantendo um resultado de total naturalidade em todos os períodos desta evolução.

Descritores: Silicones. Implantes de mama. Mamoplastia.

SUMMARY

The retromuscular positioning of the mammary implants for the “Envelope Flap” technique demystifies definitely the possibility of the evolution for a “double breast” in the late augmentation mammoplasty follow-up, caused by the prosthesis imprisonment for mechanical action of the great pectoral muscle when it is not treated appropriately. The author proposes the treatment of the above-mentioned muscle through two oblique incisions of inferior convergence done in his inferior edge that allows a total freedom of the implant movement that accompanies the breast bascule movement along the time, maintaining a natural appearance in all the periods of this evolution.

Descriptors: Silicones. Breast implants. Mammoplasty.

Trabalho realizado no Hospital
PHD – Pace Hospital, Belo
Horizonte, MG.

Artigo recebido: 24/3/2009
Artigo aceito: 27/5/2009

INTRODUÇÃO

É crescente o número de cirurgias para aumento das mamas utilizando as mais diversas próteses de silicone disponíveis no mercado mundial.

Pela primeira vez, a mamoplastia de aumento ultrapassa a lipoaspiração no *ranking* das cirurgias mais realizadas no Brasil. Isso evidencia não só uma mudança de comportamento cultural da população, mas também uma evolução técnica cada vez maior dos cirurgiões aliada a tecnologia de ponta na fabricação dos implantes. Esses fatores reunidos contribuem definitivamente na incessante busca da melhor aparência e satisfação pessoal.

Desde 1895, quando Vincenz Czerny utilizou um lipoma retirado da região dorsal para reconstruir a mama de uma paciente, muita coisa mudou em relação às tentativas de aumento mamário. Após algumas tentativas frustradas de utilização de outros materiais, somente durante a II Guerra

Mundial, quando prostitutas japonesas injetavam silicone nas mamas a fim de seduzirem soldados americanos é que esse material iniciou a sua extraordinária escalada na Medicina.

Em 1962, começa a era moderna dos implantes de silicone, cuja evolução exigiu a sua diferenciação em formas, texturas e perfis, preenchidos hoje pelo insuperável gel de alta coesividade.

Através de incisão inframamária, periareolar ou axilar, utilizando material videoendoscópico ou não, o implante pode ser posicionado subglandular, subfascial ou submuscular.

Quando submuscular - razão deste trabalho - o músculo peitoral maior pode e deve ser tratado sob pena daquele inesfético aprisionamento do implante no pólo superior mamário, não permitindo que o mesmo acompanhe a mama na sua inexorável e natural movimentação de báscula com o passar dos anos, além de reproduzir a sensação de encarceramento do implante nos movimentos forçados do referido músculo.

1. Membro Titular Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Chefe Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados da Rede FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

A técnica em “Aba de Envelope” promove a secção do músculo peitoral maior em dois pontos da sua porção mais inferior, junto à sua origem esternal e mais lateralmente, prevenindo essas complicações. Nos últimos 28 anos, o autor vem utilizando essa técnica para implante de silicone, obtendo resultados muito favoráveis.

O trabalho tem por objetivo estudar, retrospectivamente, os casos operados e avaliar os resultados tardios em relação a essa técnica.

MÉTODO

Técnica cirúrgica

A anestesia geral é a preferida em todas as pacientes. Medidas clássicas de profilaxia de tromboembolismo, além de todos os cuidados pré-operatórios, são minuciosamente revistas em sala de cirurgia.

Com a paciente em decúbito dorsal, sem elevação do dorso, os membros superiores são posicionados ao longo do corpo.

A anti-sepsia rigorosa, conforme protocolo da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, segue-se de tatuagem com azul de metileno comercializado em ampola de conteúdo estéril na área a ser incisada.

A incisão é sempre inframamária, o que permite melhor visualização do plano descolado, possibilidade de hemostasia mais fácil e rigorosa, grande facilidade para a introdução do implante, além das cicatrizes permanecerem escondidas numa dobra natural do corpo, um dos preceitos maiores da especialidade. O implante é posicionado sempre no plano submuscular. Realiza-se uma incisão habitual de 4,5 cm de comprimento, com 3 cm medial e 1,5 cm lateral em relação ao eixo mamário. Esta incisão pode se localizar no sulco submamário original ou até 2 cm abaixo deste, quando a distância do pólo sul do complexo aréolo-mamilar ao sulco submamário for inferior a 4 cm, já que esta medida deve corresponder normalmente ao raio do implante.

Realiza-se a dissecação dos tecidos até o plano abaixo do músculo peitoral maior com descolamento rombo restrito à loja do implante, que deve estar “confortavelmente” posicionado sem nenhuma sensação de “está apertado”. Entretanto, o descolamento excessivo deve ser sempre evitado.

Nesta técnica, a borda inferior do músculo peitoral maior é submetida a duas incisões. A primeira é medial, junto ao esterno, e mede cerca de 5 a 7 cm. A segunda é lateral, medindo cerca de 4 a 6 cm. A distância entre as incisões é de 7 a 8 cm. As incisões são oblíquas, com convergência inferior, o que lembra uma aba de envelope (Figura 1).

Após a realização dos passos anteriores e de uma revisão rigorosa da hemostasia, o implante de silicone é introduzido de modo que o seu terço inferior fica quase que totalmente descoberto do músculo. Dessa maneira, o implante não sofre

e nem sofrerá nenhuma ação mecânica do músculo peitoral que, pelas incisões sofridas, está totalmente enfraquecido nesta região. Além disso, permite que o implante acompanhe todo o movimento de báscula das mamas ao longo do tempo, evitando a desagradável ocorrência de “dupla mama” causada pela báscula inexorável e a prótese encarcerada no pólo superior. Por essa razão, nunca suturamos o músculo peitoral maior. A sutura realizada é feita apenas nos planos faciais do tecido subcutâneo, subdérmico e pele, hoje tratada com cola cirúrgica.

Casuística

Este estudo foi realizado por meio de acompanhamento longitudinal de 1.113 pacientes submetidas a esta técnica de mamoplastia de aumento, operadas nos Hospitais Mater Dei, Santo Ivo e PHD – Pace Hospital, em Belo Horizonte, nos últimos 28 anos, numa amostragem, para o atual trabalho, de 156 pacientes. Dessa forma, foram utilizados 1.113 pares de implante de silicone, sendo 1.100 pares de implantes lisos e 13 pares de implantes texturizados. Todos os implantes foram redondos com perfil moderado.

A razão da utilização de implantes de superfície lisa refere-se ao plano escolhido para a sua posição definitiva no corpo. Os implantes utilizados na região glútea, panturrilha e mento são todos de superfície lisa, já que os sítios escolhidos são sempre retromusculares. Daí a nossa preferência pelos implantes mamários de superfície lisa, cuja introdução retromuscular é fácil em relação aos de superfície áspera que, além da dificuldade para introdução, frequentemente mostram dobras inestéticas, ainda mais visíveis nas pacientes muito emagrecidas. Definitivamente, sob nossa ótica, não devem ser utilizados quando a escolha do posicionamento é retromuscular.

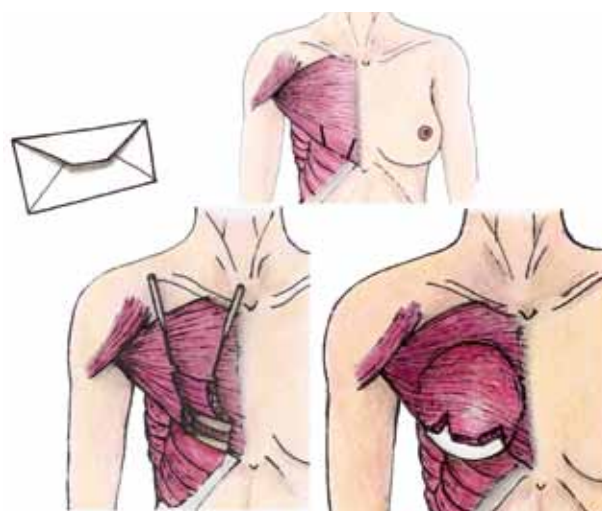


Figura 1 - Desenho esquemático da técnica “Aba de Envelope”.

Os dados foram coletados pela análise de prontuário, exame físico, documentação fotográfica, avaliação objetiva do cirurgião e do grau de satisfação das pacientes. Dessa forma, este trabalho é uma análise descritiva de seguimento referente a esta técnica.

RESULTADOS

A idade das pacientes variou de 16 a 65 anos, com 60% de pacientes na terceira década de vida. O volume dos pares

de implantes utilizados foi de 140 cc a 260 cc, com 30% dos implantes com 200 cc e 50% dos implantes com 220 cc (Figuras 2 a 6).

Em comparação aos dados da literatura, não houve alteração da incidência de dor, hematoma, seroma ou infecção no período pós-operatório. Além disso, não houve aumento da incidência de deslocamento da prótese e nem de contratura capsular de indicação cirúrgica no pós-operatório¹⁻⁴.

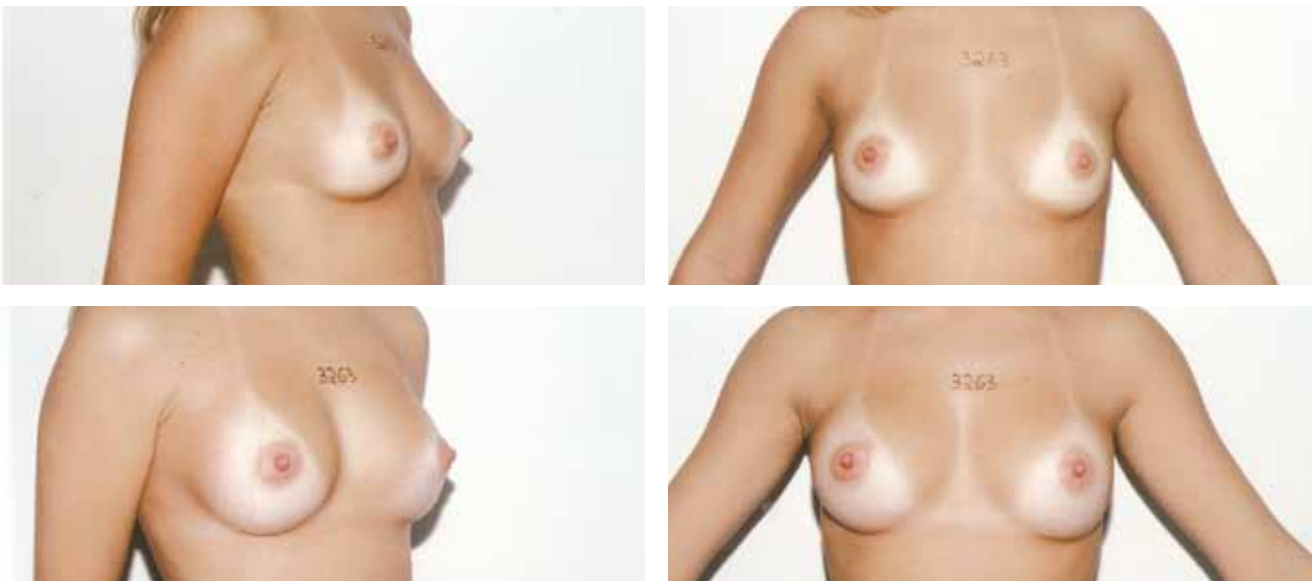


Figura 2 - Pré e pós-operatórios. Prótese de 220 ml. Pós-operatório de 4 anos.

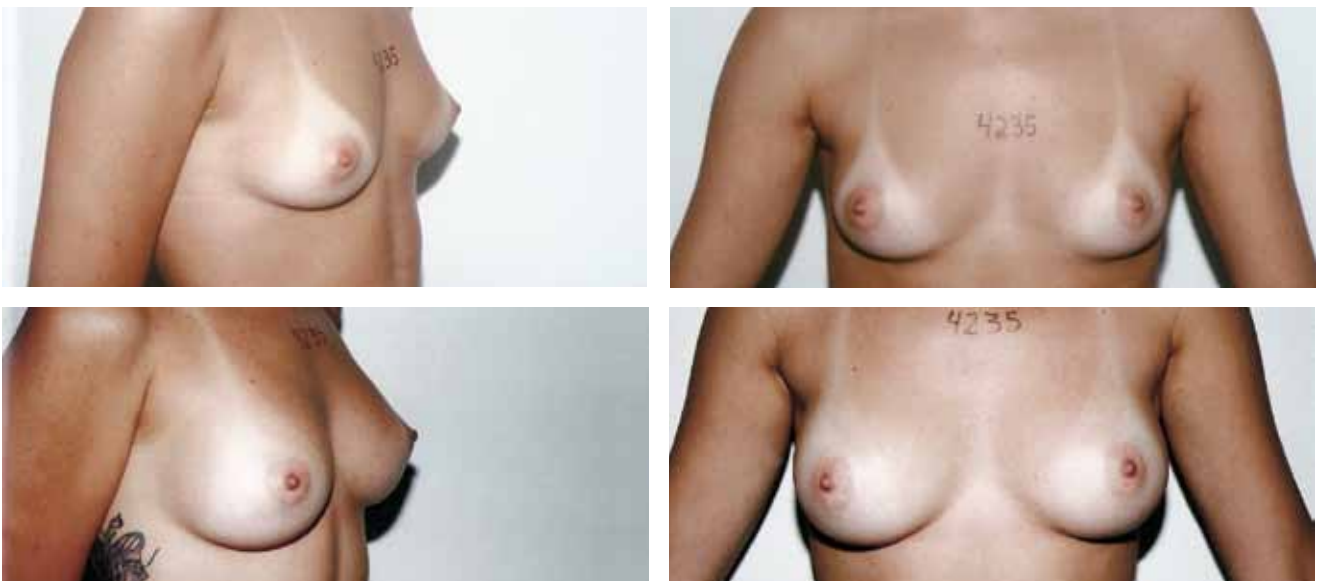


Figura 3 - Pré e pós-operatórios. Prótese de 200 ml. Pós-operatório de 3 anos.

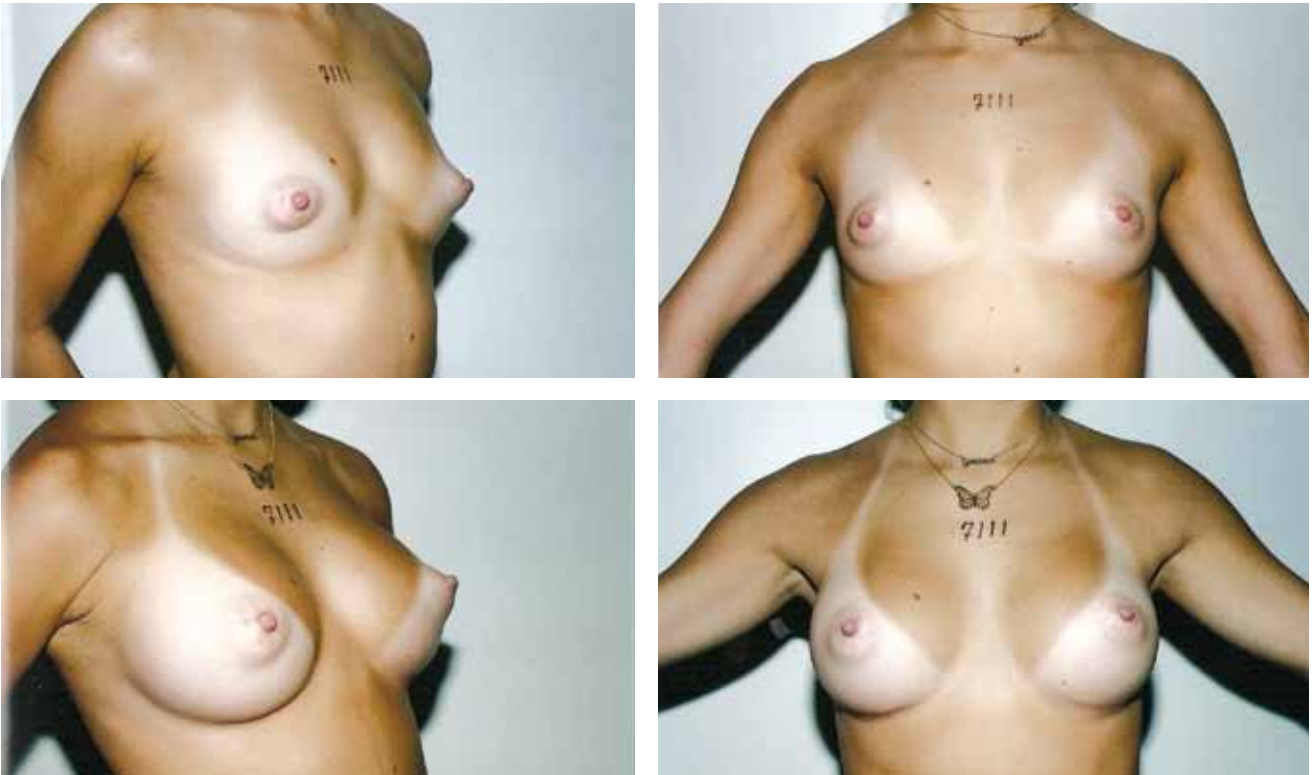


Figura 4 - Pré e pós-operatórios. Prótese de 240 ml. Pós-operatório de 1 ano.

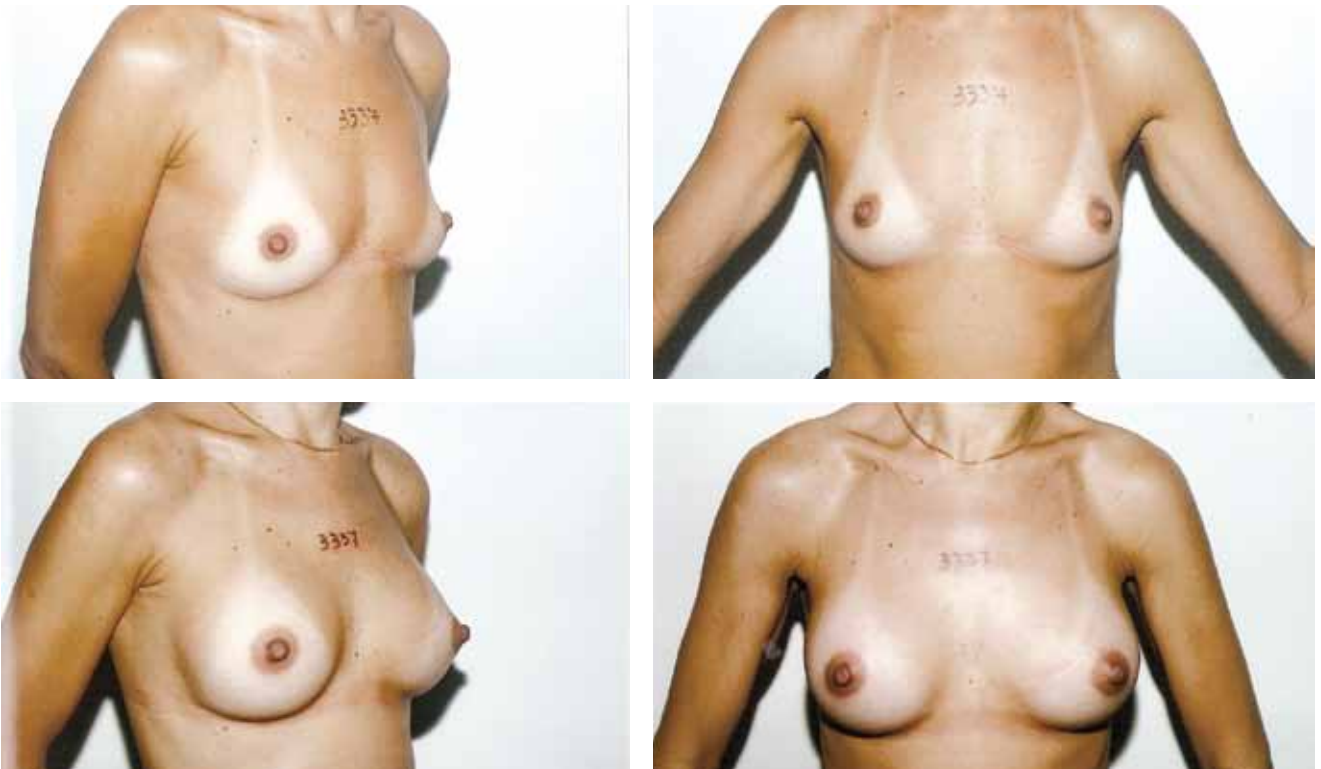


Figura 5 - Pré e pós-operatórios. Prótese de 200 ml. Pós-operatório de 4 anos.

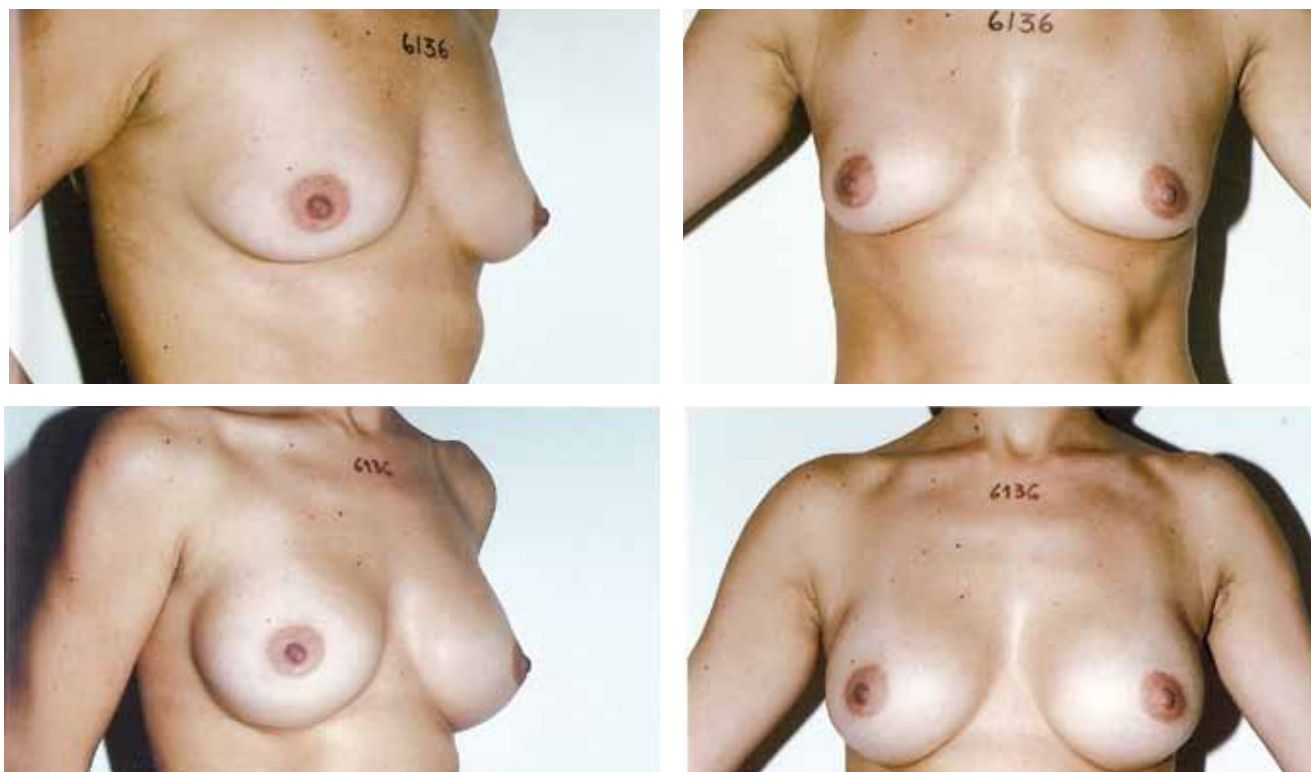


Figura 6 - Pré e pós-operatórios. Prótese de 260 ml. Pós-operatório de 2 anos.

Uma maior facilidade de exposição da loja e introdução do implante foi notada em comparação a outras técnicas habituais.

O total dos casos operados apresentou resultados satisfatórios no pós-operatório tardio, levando-se em conta a avaliação do cirurgião e o grau de satisfação expresso pelo paciente.

Com relação à função do músculo peitoral maior, não foram notados déficits funcionais no período pós-operatório, visto que todas as pacientes, inclusive esportistas, retornaram às suas atividades diárias sem queixas de limitações.

DISCUSSÃO

Jamais esquecer: Lei da Proporcionalidade e Lei da Gravidade.

Esta máxima deve sempre nortear o cirurgião plástico na hora da escolha do tamanho do implante. Os modismos, hoje globalizados, estão longe de ser os balizadores na determinação da indicação precisa do implante mamário de silicone, cujo tamanho, forma e textura, devem ser discutidos de maneira científica, como exige a nossa ciência e arte⁵.

Dizer “não” aos excessos faz parte do pacto com a ética, com o bom senso e com o compromisso que o cirurgião

plástico assume com a medicina séria e bem exercida frente à sua clientela.

A técnica escolhida, e aqui se entende a via de acesso e o sítio de colocação do implante, deve ser amplamente explicada à paciente, cabendo sempre ao cirurgião a decisão final sobre a melhor indicação para o caso em questão. A inversão desta prerrogativa é, na maioria das vezes, a grande responsável pelos resultados desfavoráveis que se avolumam nos consultórios da especialidade.

CONCLUSÕES

O posicionamento retromuscular dos implantes mamários pela técnica em “Aba de Envelope” desmistifica definitivamente a possibilidade da evolução para uma “dupla mama” no seguimento tardio das mamoplastias de aumento, causada pelo encarceramento das próteses por ação mecânica do grande peitoral, quando não tratado adequadamente.

O tratamento do referido músculo através das incisões oblíquas de convergência inferior feitas em sua borda inferior permite total liberdade de movimentação do implante, que acompanha os movimentos de bascula das mamas ao longo do tempo, mantendo um resultado de total naturalidade em todos os períodos desta evolução.

O fato de não interferir na propedêutica mamária por imagem faz do sítio retromuscular uma opção de total segurança no diagnóstico preciso de doenças mamárias, eliminando a possibilidade dos chamados resultados “falso positivo” ou “falso negativo” que podem ocorrer quando o plano escolhido é o retromamário⁶.

A utilização de implantes mamários de superfície lisa reforça a premissa de que, em sítios retromusculares, deve ser sempre a escolha, considerando-se sua facilidade para introdução, ausência de dobras e índice desprezível na formação de contraturas capsulares cirúrgicas.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece aos drs. Fernando Henrique Carmo Rodrigues, pelos desenhos esquemáticos da técnica “Aba de Envelope”, e Etienne Soares de Miranda, pela ampla revisão bibliográfica exigida pelo presente trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Wong CH, Samuel M, Tan BK, Song C. Capsular contracture in subglandular breast augmentation with textured versus smooth breast implants: a systematic review. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(5):1224-36.
2. Bengtson BP. Complications, reoperations, and revisions in breast augmentation. *Clin Plast Surg.* 2009;36(1):139-56.
3. Araco A, Gravante G, Araco F, Delogu D, Cervelli V, Walgenbach K. A retrospective analysis of 3,000 primary aesthetic breast augmentations: postoperative complications and associated factors. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(5):532-9.
4. Sperli A, Bersou Jr A, Freitas JOG, Michalany N. Complicações com próteses mamárias. *Rev Bras Cir Plast.* 2000;15(3):33-46.
5. Doncato L, Ribeiro L, Graf R, Neves RI. Debate sobre uso de implantes de silicone. *Rev Bras Cir Plast.* 2006;21(4):246-50.
6. McCarthy CM, Pusic AL, Kerrigan CL. Silicone breast implants and magnetic resonance imaging screening for rupture: do U.S. Food and Drug Administration recommendations reflect an evidence-based practice approach to patient care? *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(4):1127-34.

Correspondência para:

Carlos Eduardo Guimarães Leão
Rua Ceará, 1986 - 10º andar – Belo Horizonte - MG
Email: leao@leao.med.br