

# Classificação e abordagem de mamas pós-grandes perdas ponderais

## *Classification and approach of breasts after weight loss*

CARLOS DEL PINO ROXO<sup>1</sup>

EDUARDO WIETHORN

RODRIGUES<sup>2</sup>

ANA CLAUDIA WECK ROXO<sup>3</sup>

EDER BEZERRA PINTO DE

AGUIAR<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A cirurgia plástica pós-grandes emagrecimentos tem modificado rapidamente suas abordagens, sendo que as deformidades da mama são variadas e necessitam de uma classificação correta para seu tratamento. **Método:** Os pacientes foram classificados em 4 grupos: grupo I - mamas com volume e com consistência; grupo II - mamas com volume, mas sem consistência; grupo III - mamas com pouco volume, mas com alguma consistência; e grupo IV - mamas totalmente sem volume e sem consistência. **Resultados:** Pacientes do grupo I devem ser tratadas com mamaplastia com pedículo inferior, grupo II com mastopexia com implante mamário subfascial, grupo III com mamaplastia de aumento via periareolar subfascial e grupo IV mamaplastia clássica com implante mamário subfascial. **Conclusão:** A classificação das deformidades da mama pós-grandes emagrecimentos se mostrou válida e necessária para a indicação correta do tratamento cirúrgico.

**Descritores:** Mamoplastia. Obesidade. Perda de peso.

### SUMMARY

**Introduction:** Post bariatric plastic surgery is changing its procedures so that the breast deformities are varied and need a correct classification for its treatment. **Methods:** The patients were classified in four groups: group I - breasts with volume and consistency; group II - breasts with volume and no consistency; group III - breast with little volume and some consistency; and group IV - breasts with no volume or consistency. **Results:** Group I patients should be treated with mammaplasty with inferior pedicle, group II with mastopexy and subfascial mammary implants, group III with periareolar augmentation mammaplasty and group IV with the association of mammaplasty with subfascial implants. **Conclusion:** The classification of post bariatric mammary deformities turned to be needed for the proper surgical treatment.

**Descriptors:** Mammaplasty. Obesity. Weight loss.

Trabalho realizado no Hospital Geral do Andaraí RJ e Clínica Particular do Autor, Rio de Janeiro, RJ. Trabalho apresentado no 45º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica, realizado em Brasília, DF.

Este artigo foi submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 26/2/2009

Artigo aceito: 8/7/2009

1. Membro Titular da SBCP; Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral do Andaraí.

2. Médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Geral do Andaraí.

3. Médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Pedro Ernesto, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

## INTRODUÇÃO

Com o aumento da população mundial de obesos, aumentou o número de mulheres que procuram o cirurgião plástico desejando a redução mamária<sup>1</sup>. Porém, com o advento da cirurgia bariátrica, houve necessidade de adequar o tipo de intervenção cirúrgica a cada tipo de deformidade que acompanha as mamas de pacientes com grandes perdas ponderais.

Assim, algumas pacientes permanecem, após a redução ponderal, com mamas hipertróficas que geram sintomas persistentes como dores nas costas e no pescoço, dores de cabeça, neuropatias e *rash* intertriginoso crônico no sulco inframamário<sup>2</sup> e, para estes casos, a mamoplastia redutora clássica se mostra eficaz na melhoria da qualidade de vida desses pacientes<sup>3</sup>.

A redução ponderal causa uma grande variedade de deformidades encontradas nas mamas dessas pacientes, sendo necessário adicionar intervenções como mastopexia, mastoplastia redutora e mastoplastia de aumento com implantes ao arsenal terapêutico<sup>4</sup>. A indicação correta destas intervenções é possível após avaliação da mama, onde devemos observar ptose, consistência, volume, quantidade de tecido mamário e gordura e sua relação com o tronco<sup>5,6</sup>.

Os pacientes pós-grandes emagrecimentos necessitam de um pré-operatório adequado, atentando para o controle das complicações e avaliação dos defeitos a serem abordados.

O propósito deste trabalho é categorizar os diversos tipos de alterações mamárias resultantes da perda ponderal excessiva, com o objetivo de, após um diagnóstico preciso, orientar o tratamento ideal para cada tipo de deformidade.

## MÉTODO

Os pacientes que apresentaram grandes perdas ponderais, com redução importante do índice de massa corpórea (IMC), seja por meio de cirurgia bariátrica ou de dietas restritivas, totalizaram 68 pacientes, com idade média de 36,7 anos. O intervalo médio entre a cirurgia bariátrica e o procedimento pela cirurgia plástica foi de 32 meses.

Os pacientes foram classificados em 4 grupos:

- Grupo I - Mamas com volume e com consistência. Esse grupo engloba geralmente pacientes mais jovens, cujo volume mamário se dá à custa de tecido glandular. Também abrange pacientes que sempre apresentaram mamas muito volumosas e que, mesmo após grande perda ponderal, ainda mantiveram tecido glandular consistente (Figuras 1A, 1B, 2A e 2B);

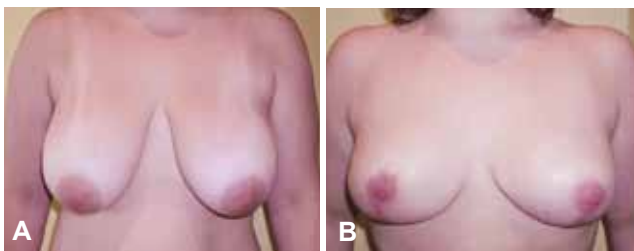
- Grupo II - Mamas com volume, mas sem consistência. Abrange geralmente pacientes de meia idade, que sempre apresentaram mamas volumosas e que após a perda ponderal o tecido mamário se tornou muito pouco consistente, em decorrência principalmente da escassez de tecido glandular e da perda do tônus cutâneo (Figuras 3A e 3B);



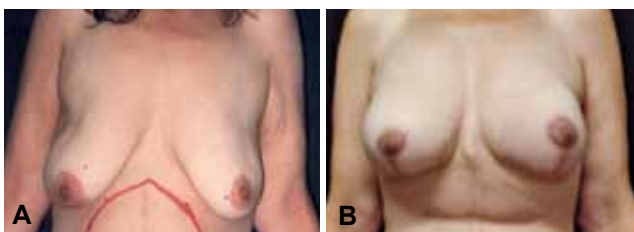
**Figura 1** - Paciente de 27 anos, apresentado perda ponderal de 25 kg após dieta restritiva. **A:** Pré-operatório. **B:** Pós-operatório de 180 dias, após mamoplastia com pedículo inferior. **C:** Transoperatório em que se observa a montagem da mama com pedículo inferior comparado ao lado contralateral ainda não operado.

• Grupo III - Mamas com pouco volume, mas com alguma consistência. São mamas que nunca foram volumosas, mas que o tônus cutâneo ainda se mantém presente. Geralmente são pacientes jovens que ainda não sofreram o processo de substituição da glândula mamária por gordura, mas que devido à perda ponderal excessiva apresentam certo grau de ptose (Figuras 4A e 4B);

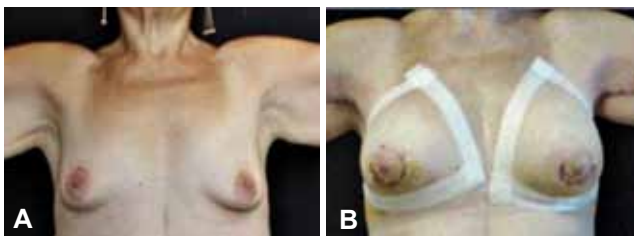
• Grupo IV - Mamas totalmente sem volume e sem consistência. Inclui pacientes mais idosas, que apresentam pouco tecido mamário, e que já sofreram o processo de substituição glandular por gordura, além de ptose importante devido não somente à perda natural do tônus cutâneo pela idade, como pela perda ponderal importante. Aborda também as pacientes já submetidas a mamoplastia redutora prévia quando ainda obesas (Figura 5).



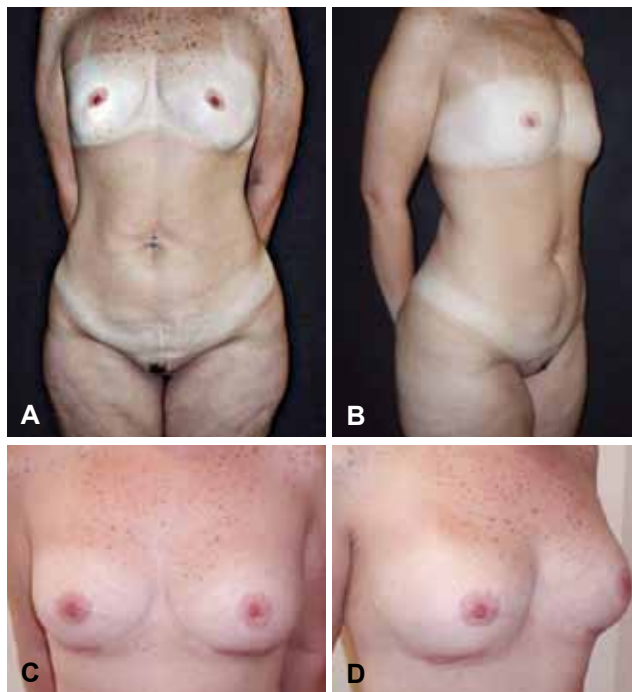
**Figura 2** - Paciente de 26 anos, com perda ponderal de 30 kg, após dieta restritiva. **A:** Pré-operatório. **B:** Pós-operatório de 6 meses, após mamoplastia com pedículo inferior.



**Figura 3** – Paciente de 45 anos, com perda ponderal de 40 kg, após dieta restritiva. **A:** Pré-operatório. **B:** Pós-operatório de 2 anos, após mastopexia com implante de mama redondo perfil alto 255 ml.



**Figura 4** – Paciente de 34 anos, com perda ponderal de 70 kg, após cirurgia bariátrica. **A:** Pré-operatório. **B:** Pós-operatório de 6 dias, após mamoplastia de aumento periareolar subfascial com implante 285 ml.



**Figura 5** – Paciente de 28 anos com perda ponderal de 45 kg, após dieta restritiva. **A e B:** Pré-operatório, evidenciando mastoplastia redutora prévia ainda realizada quando a paciente era obesa. **C e D:** Pós-operatório de 180 dias, após inserção de implante 235 ml pelo sulco mamário com ressecção de pele no sulco mamário para montagem da mama e correto posicionamento do sulco mamário.

## RESULTADOS

A distribuição dos pacientes nos grupos encontra-se na Tabela 1, sendo que os pacientes classificados foram tratados conforme a Tabela 2.

O grupo I, que continha 18 pacientes com idade média de 30,5 anos, foi submetido a mamoplastia redutora clássica, com a confecção de pedículo inferior para preenchimento do pólo mamário superior (Figura 1C). Em pacientes que apresentam excesso mamário no limite lateral da mama, optamos pela confecção de um pedículo lateral. Devemos dar atenção especial no sentido de não realizar uma ressecção demasiada, já que algumas pacientes apresentam perda ponderal posterior à intervenção, devido a melhora da mobilidade corporal. Não houve complicação neste grupo. A mama apresentou um resultado adequado, com boa conicidade e complexo aréolo-papilar bem posicionado.

O grupo II, que continha 21 pacientes com idade média de 44,3 anos, foi tratado por mastopexia com inserção de implantes mamários. Damos preferência à inserção do implante no plano subfascial, pela via periareolar, com ressecção do excesso cutâneo após inserção do implante. Não

**Tabela 1. Distribuição dos pacientes.**

Grupo	Classificação	Tratamento
I	Mamas com volume e consistência	Mamoplastia com pedículo inferior e lateral se necessário
II	Mama com volume, mas sem consistência	Mastopexia com implante mamário subfacial
III	Mamas com pouco volume, mas com alguma consistência	Mamoplastia via periareolar subfacial
IV	Mamas totalmente sem volume e sem consistência	Mamoplastia clássica com implante mamário subfacial

houve complicações neste grupo. Obteve-se um resultado satisfatório com boa conicidade mamária, sendo que em 3 casos ocorreu discreta ptose após 6 meses de evolução do implante.

No grupo III, que continha 19 pacientes com idade média de 30,4 anos, tratamos a deformidade mamária com a inserção de implantes mamários, com preferência pela via periareolar, no plano subfacial. Não houve complicações neste grupo. O resultado das mamas foi considerado adequado, com boa posição do complexo aréolo-papilar e adequado preenchimento mamário, principalmente no pólo superior das mamas, queixa frequente destas pacientes.

No grupo IV, que continha 10 pacientes com idade média de 49,7 anos, realizamos a mamoplastia clássica, com inserção de prótese mamária, também no plano subfacial. Neste grupo realizamos inserção do implante pelo sulco mamário, seguida de ressecção do excesso cutâneo, conforme mamoplastia clássica. Houve ptose mamária discreta em 4 pacientes ao longo do primeiro ano de pós-operatório. Houve complicação em 1 paciente, com *rash* cutâneo na área da sutura por alergia.

## DISCUSSÃO

As deformidades resultantes de pacientes pós-grandes emagrecimentos são variadas, sendo que é necessária uma avaliação cuidadosa pré-operatória tentando classificar essas deformidades para indicar adequadamente o tratamento cirúrgico<sup>4</sup>.

O tecido glandular de pacientes pós-grandes perdas ponderais normalmente se apresenta com grande excedente cutâneo/glandular, ou com grau acentuado de flacidez cutânea, ou ainda associação dessas deformidades, porém sempre com algum grau de ptose mamária.

Nas mamas volumosas que apresentam tecido glandular consistente, a mamoplastia redutora utilizando a marcação de Pitanguy<sup>7,8</sup>, com confecção de pedículo inferior, proporciona a correção da ptose mamária e preenchimento satisfatório do pólo superior<sup>5,9</sup>. Entendemos que, como os pacientes

**Tabela 2. Tratamento dos pacientes classificados.**

Grupo	n
I	18
II	21
III	19
IV	10
Total	68

pós-grandes perdas ponderais apresentam um tônus cutâneo diminuído, a confecção de um pedículo mamário com fixação da mama a estruturas adjacentes é de fundamental importância para a manutenção de um resultado estético mais duradouro<sup>10</sup>.

As deformidades da mama podem se estender unindo-se a deformidades do dorso. No tratamento da mama, as dobras superiores do dorso podem ser tratadas em parte, estendendo a incisão da mama à parte lateral do tórax, tratando essa deformidade<sup>11</sup>.

A inserção de implantes mamários em mamas sem consistência, mesmo que volumosas, nos permite a realização de mamoplastia com cicatrizes reduzidas, com boa projeção e preenchimento mamário, que não seriam atingidos somente com a mamoplastia. Diante da inexistência de flacidez excessiva, podemos tentar reduzir a cicatriz durante a mastopexia<sup>5,6,10,12</sup>.

A implementação simultânea de mastoplastia de aumento e mastopexia é uma solução adequada para mama hipoplásica e ptótica<sup>13</sup>. Como se trata de mamas muito flácidas, optamos pela inserção do implante no plano subfacial, por acreditar que a fásia adicione suporte ao implante, além de permitir melhor contorno mamário<sup>14</sup>.

A colocação do implante de mama retroglandular tem um resultado satisfatório no pós-operatório imediato, sendo que devido ao peso ocorre ptose ao longo do tempo, além dos bordos do implante poderem se tornar visíveis. Em contrapartida, se utilizarmos o implante no plano subfacial ganhamos suporte adicional, evitando o desenvolvimento de ptose e visualização dos bordos do implante<sup>15,16</sup>. A contração do músculo peitoral não altera a posição do implante. A recuperação pós-operatória é boa, com pouca dor e desconforto.

Não utilizamos a via submuscular, devido à alteração do contorno mamário que acompanha a contração do peitoral, quando dessa via. Além disso, esse plano não impede a ptose glandular, que caso ocorra gera uma dissociação entre glândula (ptosada) e implante (no pólo superior). Logo, o plano subfacial se mostrou ser um ponto de convergência entre os planos subglandular e submuscular,

se adequando melhor aos objetivos da mamoplastia em pacientes com grandes perdas ponderais. Os pacientes com mamas flácidas e sem conteúdo obtêm bom resultado com a técnica subfascial<sup>15</sup>.

Mamas consistentes, porém com pouco volume e algum grau de ptose, podem ser tratadas apenas com a inserção de implantes mamários, no plano subfascial. Como são mamas que ainda apresentam alguma consistência, a mastopexia torna-se desnecessária.

Nas pacientes que não apresentam volume ou consistência em seu tecido mamário, a mamoplastia clássica com a inserção de próteses de silicone para preenchimento mamário nos parece ser a melhor tática cirúrgica.

### CONCLUSÃO

A cirurgia plástica pós-grandes emagrecimentos tem modificado rapidamente suas abordagens e necessidade de refinamento. A classificação correta do tipo de deformidade apresentada pela paciente nos permite o correto planejamento cirúrgico, visando não apenas a correção da ptose, mas também uma boa projeção mamária, além de resultados duradouros<sup>4</sup>.

Nas mamas com volume é necessária a realização de pedículo inferior com fixação na fáscia peitoral, objetivando preenchimento do pólo superior e melhor projeção da mama. As mamas com pouco volume são tratadas com implante mamário no plano subfascial, por ser este um plano com maior sustentação ao implante, prevenindo a ptose e a deformidade do contorno mamário.

A classificação das deformidades da mama pós-grandes emagrecimentos se mostrou válida e necessária para a indicação correta do tratamento cirúrgico.

### REFERÊNCIAS

1. Roehl K, Craig ES, Gomez VBA, Phillips LG. Breast reduction: safe in the morbidly obese? *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(2):370-8.
2. Wagner DS, Alfonso DR. The influence of obesity and volume of resection on success in reduction mammoplasty: an outcomes study. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(4):1034-8.
3. Spector JA, Karp NS. Reduction mammoplasty: a significant improvement at any size. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(4):845-50.
4. Song AY, Jean RD, Hurwitz DJ, Fernstrom MH, Scott JA, Rubin JP. A classification of contour deformities after bariatric weight loss: the Pittsburgh Rating Scale. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(5):1535-46.
5. Ribeiro L. Pedículos em mamoplastia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. *Plast Reconstr Surg.* 1980;65(2):217-26.
7. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg.* 1967;20(1):78-85.
8. Castro CC, Aboudib JH, Coelho RFS, Gatorno M. Conceituação sobre as mamoplastias e mastopexias. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2002;17(1):11-26.
9. Graf R, Biggs TM. In search of better shape in mastopexy and reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(1): 309-22.
10. Rubin JP. Mastopexy after massive weight loss: dermal suspension and total parenchymal reshaping. *Aesthet Surg J.* 2006;26(2):214-22.
11. Strauch B, Rohde C, Patel MK, Patel S. Back contouring in weight loss patients. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(6):1692-6.
12. Gomes R. Mastopexia com retalho de pedículo superior e implante de silicone. *Rev Bras Cir Plast.* 2008;23(4): 241-7.
13. Carramaschi FR, Tanaka MP. Mastopexia associada à inclusão de prótese mamária. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2003;18(1):25-36.
14. Moreira M, Silva LC, Fagundes DJ. Mastopexia periareolar com implante mamário subfascial no tratamento da associação de hipotrofia e ptose mamária. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2006;21(3):149-54.
15. 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(2):640-5.
16. Strauch B, Herman C, Rohde C, Baum T. Mid-body contouring in the post-bariatric surgery patient. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(7):2200-11.

#### Correspondência para:

Carlos Del Pino Roxo  
Avenida Ayrton Senna, 1850 352 Barra da Tijuca - Rio de Janeiro, RJ - CEP 22775-000  
E-mail: drcroxo@rjnet.com.br