

Tratamento da mama tuberosa por herniorrafia e inclusão de prótese

Treatment of tuberous breasts by herniorrafia and inclusion of prosthesis

MILTON JAIME BORTOLUZZI
DANIEL¹

Trabalho realizado na Clínica de Cirurgia Plástica Milton Daniel, Curitiba, PR. Trabalho recebeu menção honrosa do Prêmio Georges Arié / Import Medic 2007.

Artigo submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 18/6/2009
Artigo aceito: 7/1/2010

RESUMO

Introdução: O autor descreve um novo procedimento para correção da mama tuberosa ou tubular, ao contrário da maioria dos autores, evitando a destruição ou lesão do anel constritor peri-areolar e, conseqüentemente, a frequente recidiva da herniação glandular, pelo aumento do complexo aréolo-mamilar. **Método:** Sendo a projeção da glândula através do anel constritor considerada uma hérnia, o autor faz uma analogia com outras hérnias abdominais, usando um procedimento semelhante ao da correção de uma hérnia incisional pela técnica de Mayo, que usa a sobreposição das camadas herniadas, além da inclusão de prótese para corrigir a deficiência dos quatro quadrantes da mama, nos níveis horizontal e vertical, e a hipoplasia glandular, sem desestruturar a base ou confecção de retalhos glandulares, associando suporte muscular na base, conforme técnica descrita por Milton Daniel (Prêmio George Arié 2004). Esta técnica proporcionará maior preenchimento do pólo inferior e suporte da prótese, evitando que o pólo inferior da mesma se torne aparente e palpável.

Descritores: Mama/cirurgia. Mamoplastia. Implantes de mama.

SUMMARY

Introduction: The author describes a new procedure to repair a tuberous breast. Differently from most of the authors, this procedure prevents the destruction or the lesion of the periareolar constrictor ring. It avoids a frequent backsliding of glandular hernia process with the increase of the nipple areola complex. **Methods:** Since the projection of the gland through the constrictor ring is considered an hernia, the author makes an analogy with the other abdominal hernias by using a procedure which is similar to the repair of an incisional hernia through Mayo technique, that uses a superposition of the herniated layers besides the inclusion of prosthesis to repair the deficiency of the four quadrants of the breast in horizontal and vertical levels, and the glandular hypoplasia, without damaging the structure on the basis or the confection of glandular fragments, by associating muscle support on the basis, according to the technique described by Milton Daniel (2004 George Arié Prize). This technique will provide a bigger filling of the lower pole and support to the prosthesis by preventing the lower pole from turning out to be apparent and touchable.

Descriptors: Breast/surgery. Mammoplasty. Breast implants.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Cirurgião Plástico.

INTRODUÇÃO

Na história das deformidades do mamilo e da aréola, esta incomum condição patológica é geralmente caracterizada pela presença dos seguintes elementos anatômicos: um anel constritor, que provoca herniação do complexo aréolo-mamilar, tornando-o desproporcionalmente grande e protuberante; uma deficiência do diâmetro da base mamária, geralmente nos quatro quadrantes, nos níveis horizontal e vertical; e uma hipoplasia glandular.

A busca dos cirurgiões plásticos pelo aprimoramento das técnicas para correção dessa deformidade originou várias técnicas e manobras¹⁻⁷; a maioria eliminando o anel constritor, mas também observando um grande número de recidivas. É muito importante a manutenção desse anel, que servirá como um reforço para evitar o alargamento da aréola e a recidiva da herniação. Há duas décadas, as pacientes brasileiras preferiam mamas pequenas, mas houve mudança considerável para a preferência por mamas grandes, onde praticamente 100% dos casos necessitam inclusão de prótese para corrigir a deficiência nos diâmetros da base mamária, nos níveis horizontal e vertical. O suporte muscular na base é usado para dar maior suporte, evitando ptose da prótese, e proporcionando maior preenchimento do pólo inferior, impedindo que o bordo da prótese seja palpável.

A parte herniada é corrigida com camadas de tecido dérmico desepidermizado, para redução do tamanho da aréola, baseado nos mesmos princípios para correção de hérnias incisionais abdominais, conforme técnica de Mayo (Figura 1), a qual sobrepõe as membranas herniadas. Essa sobreposição de retalhos é fixada ao anel constritor, podendo ser no sentido cefálico para elevar o mamilo, quando o mesmo está baixo, ou no sentido podálico, quando o mamilo está alto, para aumentar a distância do pólo superior.

Classificação

Segundo Grolleau et al.¹, o grau de má-formação da mama tuberosa pode ser classificado em:

- **Grau I** - corresponde a 56% dos casos. A falta de desenvolvimento limita-se ao quadrante ínfero-interno, a aréola encontra-se desviada para baixo e para dentro, sendo o volume da mama normal ou hipertrófico;
- **Grau II** - corresponde a 26% dos casos. Os quadrantes inferiores são deficientes em seu desenvolvimento e a aréola está desviada para baixo;
- **Grau III** - corresponde a 18% dos casos. Todos os quadrantes estão afetados e são deficientes; a base mamária encontra-se retraída e a mama tem um aspecto de tubérculo caprino.

De acordo com Von Heimburg et al.², há quatro tipos de má-formação, classificação muito semelhante à anterior.

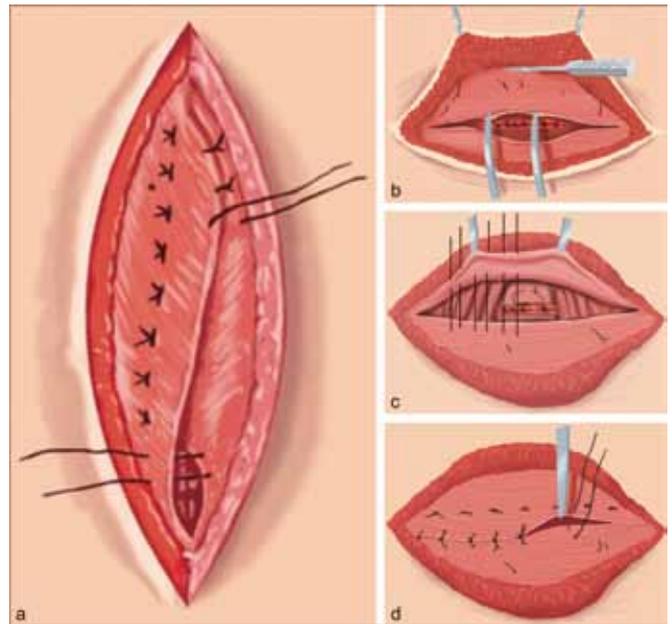


Figura 1 – Sequência da técnica de Mayo para correção de hérnia incisional.

MÉTODO

Com a paciente sentada, mede-se a distância do antebraço, marcando-se o meio da mesma, à qual se adicionam mais dois centímetros, resultando na distância do mamilo até a fúrcula esternal, que geralmente forma com a fúrcula esternal e os mamilos um triângulo equilátero de 18 cm, variando no máximo 1 cm para mais ou para menos. Isso dará a localização do ponto A e indicará se o complexo aréolo-mamilar deve subir ou descer. Desenha-se uma nova aréola de 3 a 4 cm de diâmetro (Figura 2), pois se sabe que essa aréola terá tendência a aumentar, sendo o halo excedente marcado. Marca-se, então, o novo sulco submamário, que será 6 cm a partir do mamilo. Marca-se, também, toda a circunferência da base mamária. Na parte esternal, empurra-se a mama no sentido medial e observa-se até onde vai o tecido glandular.

A seguir, o tecido areolar redundante, após marcação da nova aréola, é desepitelizado em toda a sua circunferência (Figura 3). Faz-se uma incisão hemi-areolar no pólo inferior, caso seja necessário descer ou subir o mamilo, a incisão deverá ser feita no pólo superior (Figura 4). Esta incisão circunda a nova aréola, e terá mais ou menos 1 cm de profundidade, muda de direção e passa a ser oblíqua, quase horizontal no sentido superior ou inferior, formando um retalho, que contém o novo complexo aréolo-mamilar (Figura 5).

A seguir, na região central da mama, confecciona-se um túnel de 3 cm de diâmetro, o qual se estende até o músculo peitoral maior, e descola-se toda a glândula do peitoral, na extensão da marcação externa previamente realizada.

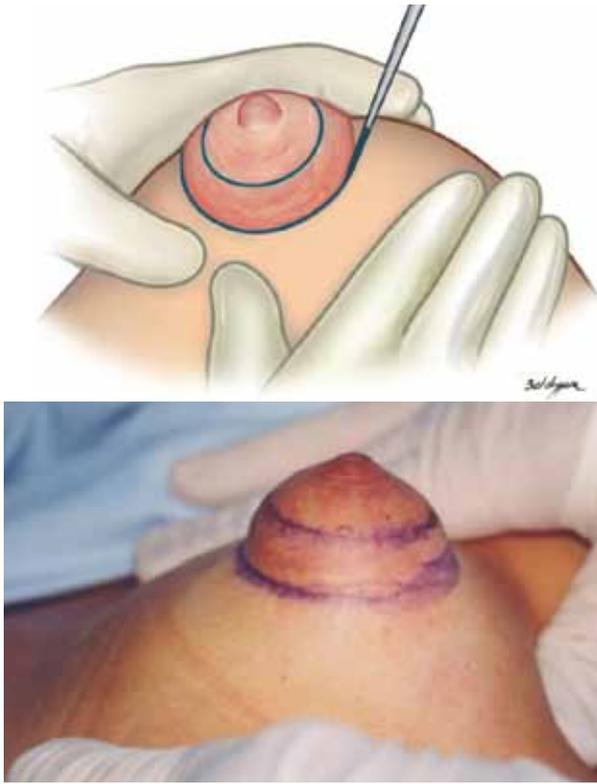


Figura 2 – Redução no tamanho da areola.

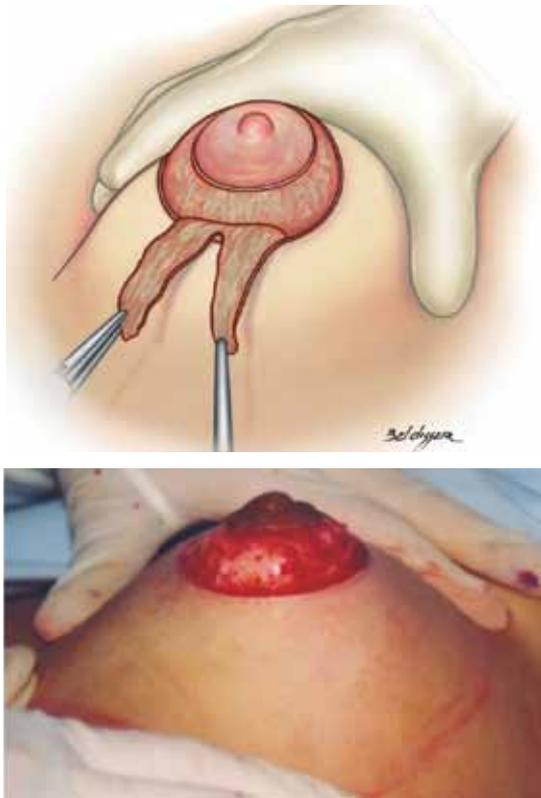


Figura 3 – Desepidermização do anel areolar redundante.

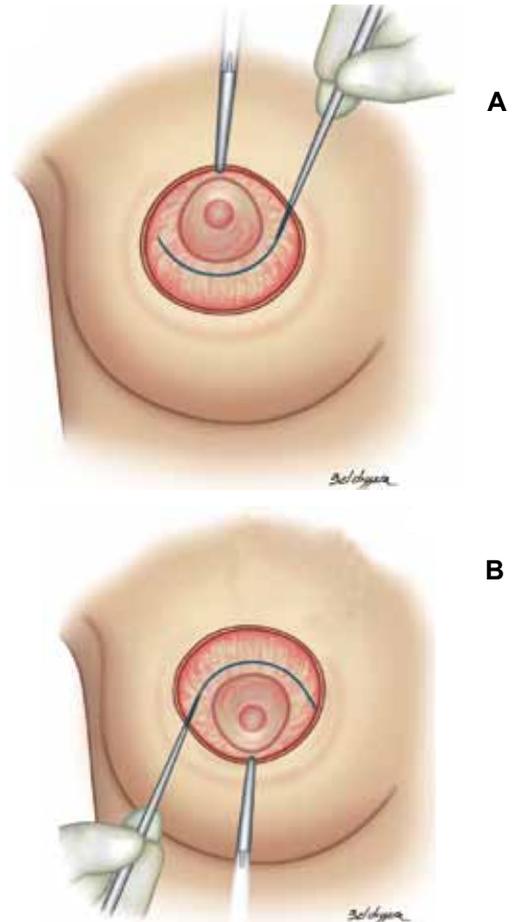
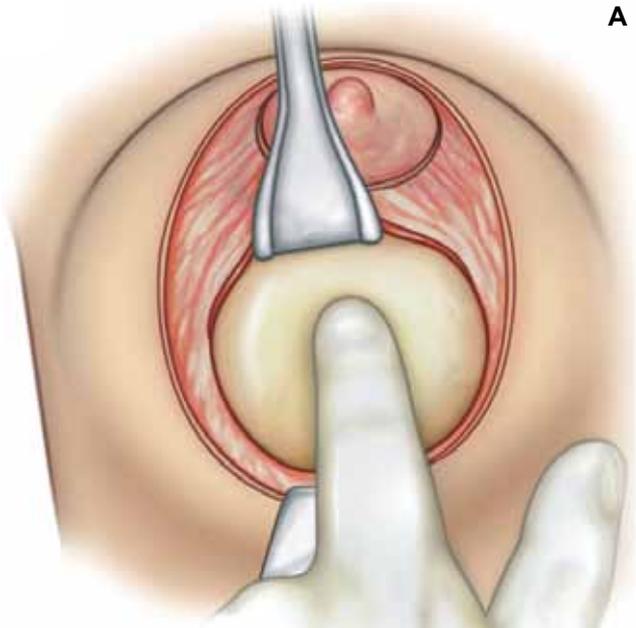


Figura 4 – **A:** Confecção do túnel para introdução da prótese no pólo inferior, quando seja necessário baixar o complexo areólo-mamilar; **B:** Confecção no pólo superior, quando seja necessário subir o complexo areólo-mamilar.



Figura 5 – Incisão do túnel mais ou menos um centímetro de profundidade, o qual mudará em sentido quase horizontal, no sentido inferior ou superior, formando um retalho, que contém o complexo areólo-mamilar.



A

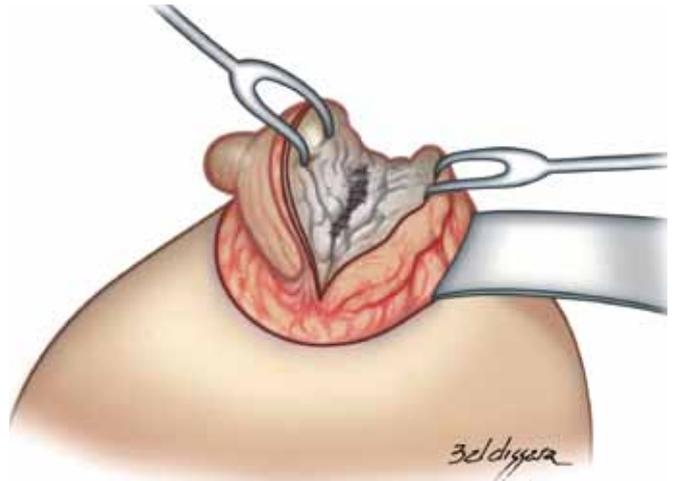


Figura 7 – Sutura dos bordos inferiores do túnel.



B

Figura 6 – **A:** Retalho do pólo inferior do músculo peitoral e inclusão da prótese; **B:** prótese posicionada na sua loja definitiva, onde se observa o retalho do músculo peitoral no pólo inferior, conforme técnica descrita por Milton Jaime Daniel (Prêmio George Arié, 2004).

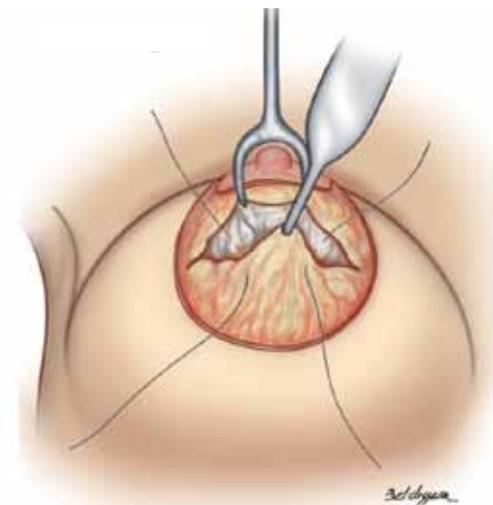
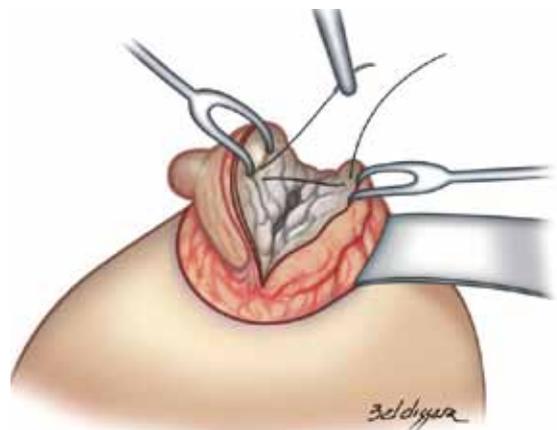


Figura 8 – Superposição dos retalhos, sutura-se o retalho desepidermizado sob o retalho do complexo aréolo-mamilar.

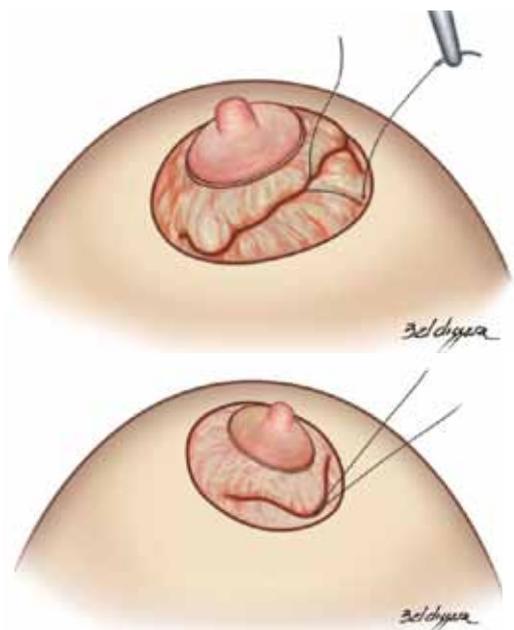


Figura 9 – Fixação do bordo do retalho areolar ao bordo cutâneo da mama, o qual contém o anel constritor.

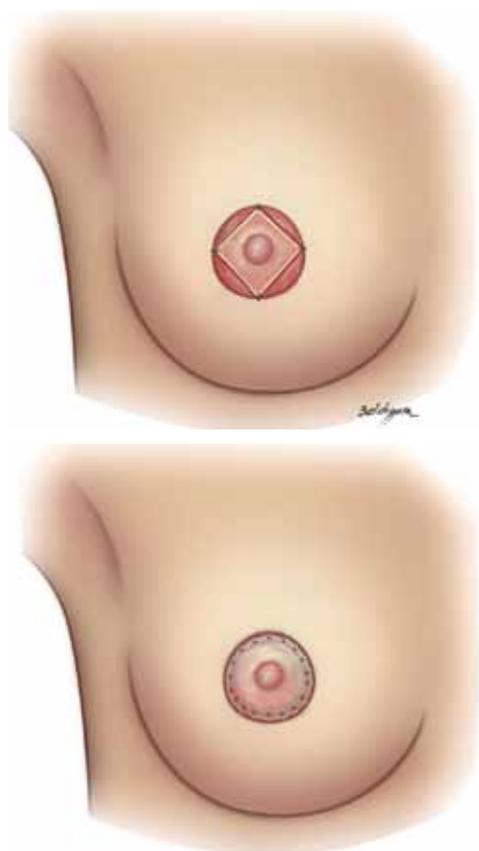


Figura 10 – Sutura da derme areolar com a glandular.

Confecciona-se, então, um retalho do músculo peitoral, conforme técnica descrita por Milton Daniel (Prêmio George Arié 2004)³, e inclui-se a prótese redonda, de perfil alto, com cobertura de poliuretano (Figura 6). Suturam-se os bordos inferiores do túnel próximo à prótese com fio monocryl 3.0 e sutura contínua (Figura 7).

Para a sutura dos retalhos areolar e desepidermizado, primeiramente, sutura-se o retalho desepidermizado sob o retalho do complexo aréolo-mamilar com fio monocryl 4.0, de tal maneira que o anel externo desepidermizado sofra uma redução uniforme (Figura 8). Depois, fixa-se o bordo incisado da aréola ao bordo cutâneo (Figura 9). Passam-se quatro pontos de aproximação da aréola ao tecido cutâneo com fio monocryl 5.0 e finaliza-se a sutura com o mesmo fio em toda a circunferência intradérmica (Figura 10).

Como o diâmetro externo torna-se reduzido pela superposição dos retalhos, não se usa sutura *round Bloch*, não se utiliza dreno, nem se imobiliza a mama, apenas usa-se sutiã compressivo. Na finalização da sutura, cola-se com cianocrilato (Dermabond).

Casuística

Nos últimos dez anos, foram operadas vinte pacientes, com idade variando entre 18 e 26 anos, sendo todas nulíparas. O tamanho das próteses implantadas variou de 255 a 435 cc; em todos os casos foram usadas próteses redondas, de perfil alto, com cobertura de poliuretano.

RESULTADOS

O presente trabalho apresenta o resultado de quatro casos de pacientes com mama tuberosa, classificadas nos graus de I a IV, submetidas a implante de silicone, sendo todas bilateral, nulíparas, com idade entre 18 e 26 anos.

Todas as pacientes são de clínica privada e foram acompanhadas por período superior há dois anos, para o caso de ocorrerem alterações na dureza das mamas, alargamento da aréola, hipertrofia da cicatriz peri-areolar, herniação do tecido glandular ou qualquer sinal de sintoma importante. Não foram, porém, observados hipertrofia da cicatriz, aumento significativo da aréola e recidiva da hérnia.

Esses casos são apresentados por acompanhamento fotográfico no período pré e pós-operatório imediato e tardio, nas posições de frente, perfil e oblíqua (Figuras 11 a 14).

DISCUSSÃO

A recidiva da herniação da glândula pelo aumento do complexo aréolo-mamilar é a complicação de maior incidência em implantes mamários de mama tuberosa. Em nenhum dos casos acompanhados no presente estudo, houve, até o momento, recidiva da herniação por esta causa.

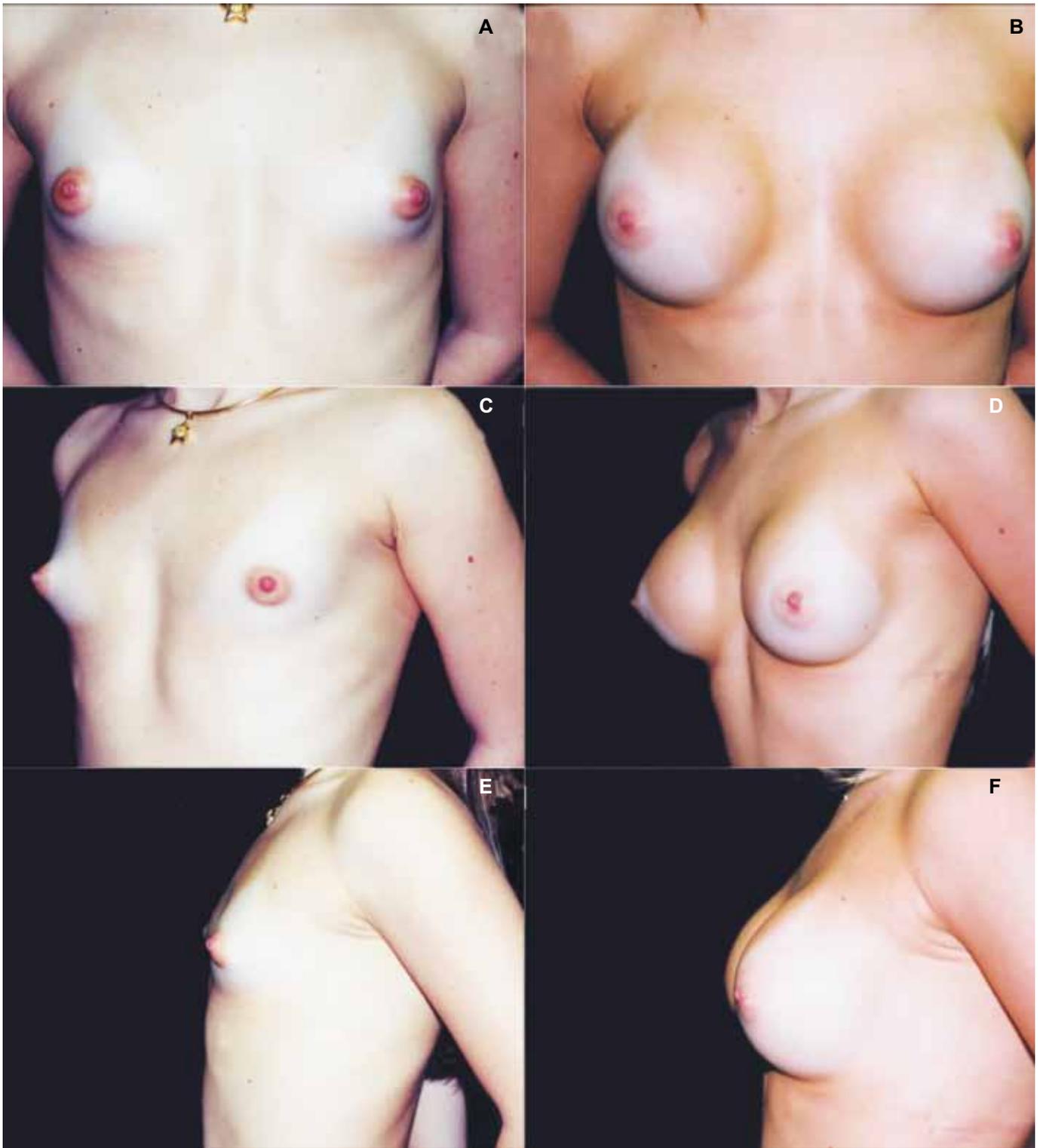


Figura 11 – Caso 1. **A:** Pré-operatório, vista anterior; mama tuberosa com pequeno aumento da aréola, não necessitando ressecção de pele. **B:** Pós-operatório de 2 anos, vista anterior; inclusão de prótese 255 cc, redonda, perfil alto, com cobertura de poliuretano, com técnica de herniorrafia do tecido glandular, conforme descrito. Observamos a expansão simétrica do cone mamário e redução da projeção aréolo-glandular. **C:** Pré-operatório, vista oblíqua esquerda. **D:** Pós-operatório, vista oblíqua. **E:** Pré-operatório, vista de perfil. **F:** Pós-operatório, vista de perfil.

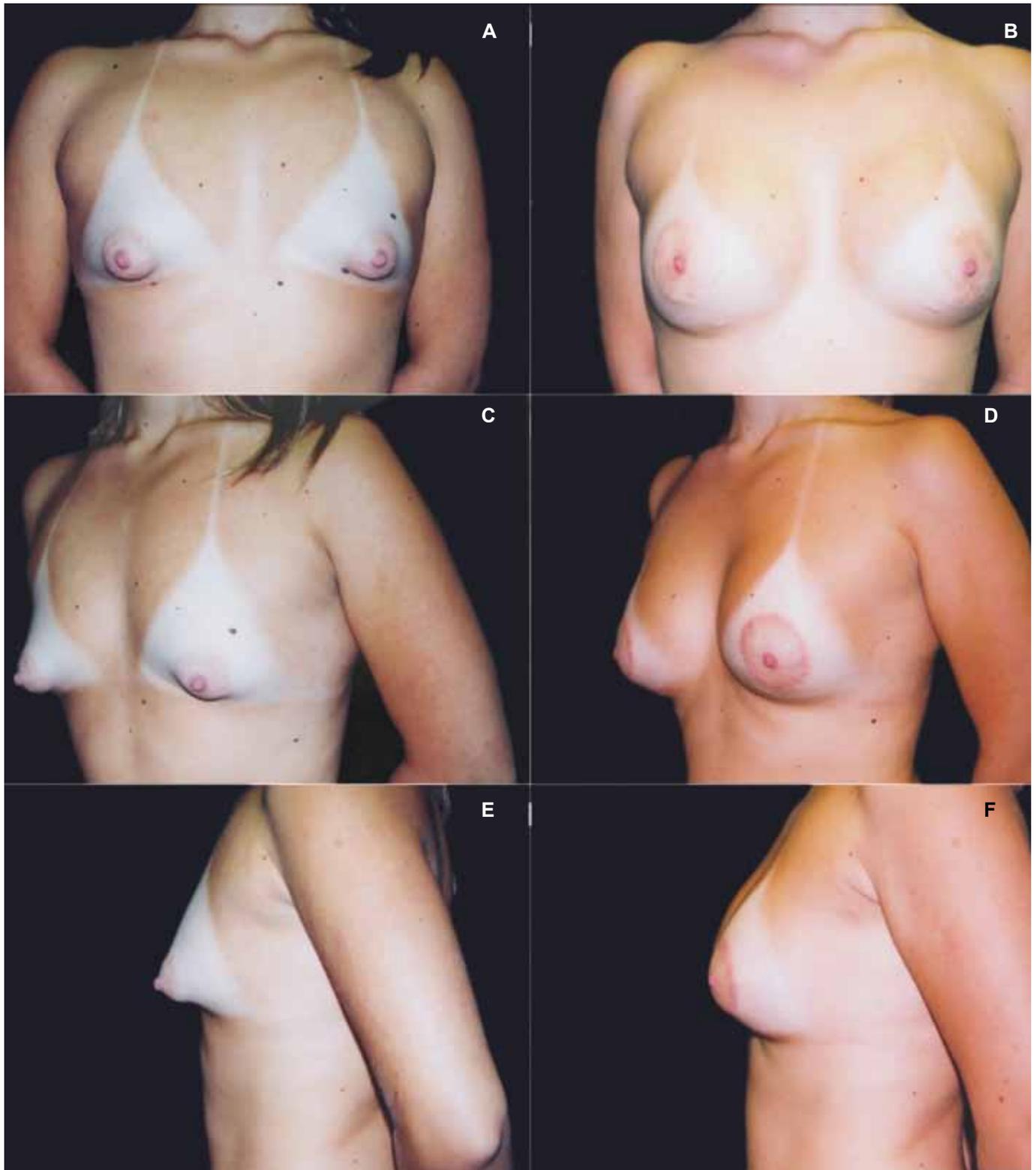


Figura 12 – Caso 2. **A:** Pré-operatório, vista anterior. **B:** Pós-operatório de 18 meses. Redução da aréola e inclusão de prótese redonda 285 cc, perfil alto, com cobertura de poliuretano. **C:** Pré-operatório, visão oblíqua esquerda. **D:** Pós-operatório, visão oblíqua esquerda (18 meses). **E:** Pré-operatório, vista de perfil. **F:** Pós-operatório, vista de perfil.

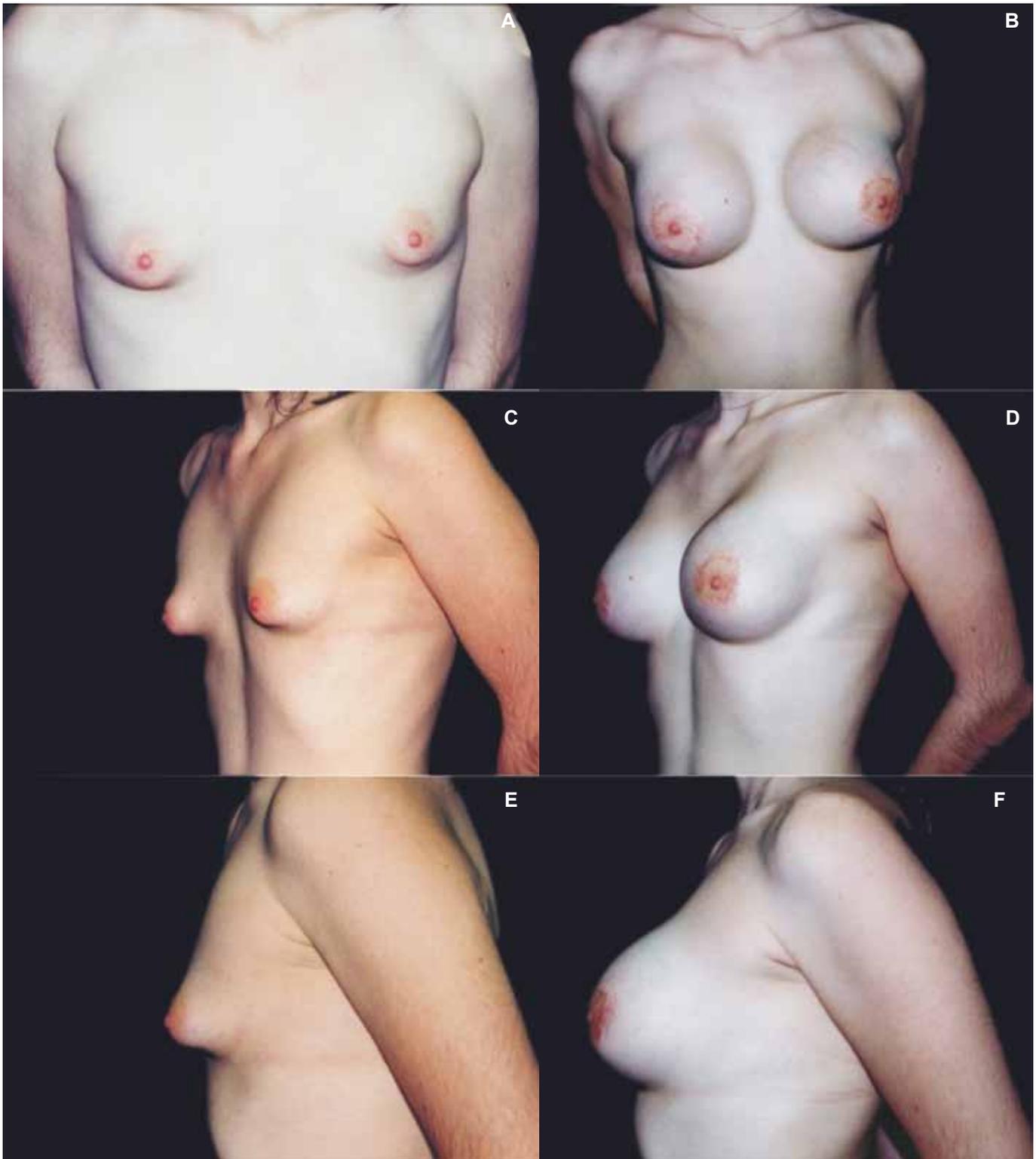


Figura 13 – Caso 3. **A:** Pré-operatório, vista anterior. **B:** Pós-operatório de 4 anos. Redução areolar, inclusão de prótese 255 cc, redonda, perfil alto, com cobertura de poliuretano. **C:** Pré-operatório, visão oblíqua esquerda. **D:** Pós-operatório, visão oblíqua esquerda. **E:** Pré-operatório, vista de perfil esquerdo. **F:** Pós-operatório, vista de perfil esquerdo.

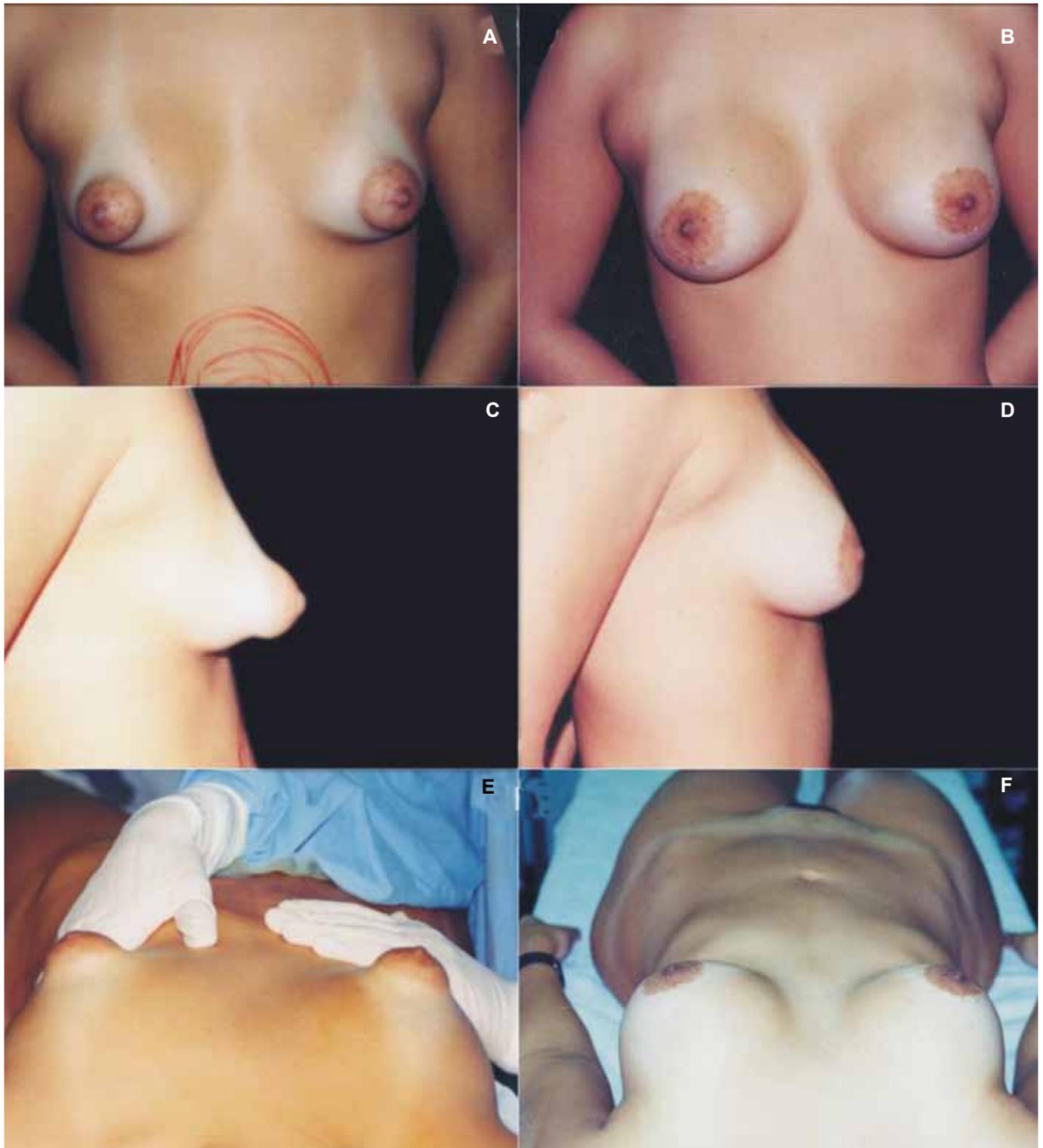


Figura 14 – Caso 4. **A:** Pré-operatório, vista anterior. **B:** Pós-operatório, vista anterior (4 anos). Inclusão de prótese de 175 cc, perfil alto, com gestação há 1 ano. **C:** Pré-operatório, vista de perfil. **D:** Pós-operatório, vista de perfil. **E:** Pré-operatório, decúbito dorsal. **F:** Pós-operatório decúbito dorsal (pós gestação 1 ano).

Julga-se que a superposição de retalhos dermo-glandular, além de reduzir o diâmetro da aréola, evita a recidiva da hérnia e facilita o reposicionamento do mamilo para cima, quando baixo ou vice-versa. É muito importante que o anel constritor peri-areolar se mantenha íntegro, para que o mesmo tenha uma ação de retenção do tecido glandular dentro do cone mamário.

Partindo do princípio de que a herniação é consequente do não desprendimento do tecido cutâneo da aponeurose do músculo peitoral maior e esse tecido não foi distendido, observamos a curto prazo, no pós-operatório, que a base da mama adquire formato cônico, acompanhando o contorno da prótese pelo grande potencial de distensão do tecido glandular. Julga-se, então, não haver necessidade de incisões como as nervuras de um guarda-chuva, técnica preconizada por muitos autores, pois essas vão deixar a prótese muito próxima do tecido cutâneo e, conseqüentemente, a longo prazo, a prótese torna-se aparente ou causa deformidades não estéticas.

Da mesma forma, é muito importante a não confecção de retalhos glandulares, pois geralmente há uma hipoplasia glandular e esses retalhos serão muito pequenos e ineficientes, deixando a prótese em posição descentralizada em relação ao cone mamário e ao complexo aréolo-mamilar. Como o novo sulco mamário inferior, com uso de prótese cada vez de maior volume, vai além da base da mama preexistente, o uso do retalho parcial de músculo peitoral irá reforçar o pólo inferior dessa mama, produzindo maior volume e uniformidade no contorno mamário, além de evitar a ptose da prótese e lateralização externa da mesma, impedindo que o bordo da prótese fique próximo ao tecido cutâneo e evitando que o mesmo seja palpável.

CONCLUSÃO

Os resultados observados em médio e longo prazo comprovam a eficiência da técnica de inclusão de prótese e correção de tuberosidade, evitando-se a lesão do anel constritor e, seguindo os princípios de uma herniorrafia incisional, conforme técnica de Mayo, evita-se a recidiva, o aumento significativo do diâmetro da aréola e o alargamento da cicatriz peri-areolar. Como temos que fazer um novo sulco submamário e este está desprovido de tecido glandular, o retalho muscular dá um maior forro e proteção para a prótese, evitando a ptose da mesma e impedindo que a prótese se torne perceptível à palpação. O músculo nos permite colocar uma prótese de maior volume conforme a tendência atual, satisfazendo o desejo das pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Grolleau JL, Lanfrey E, Lavigne B, Chavoïn JP, Costagliola M. Breast base anomalies: treatment strategy for tuberous breasts, minor deformities, and asymmetry. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(7):2040-8.
2. von Heimburg D, Exner K, Kruff S, Lemperle G. The tuberous breast deformity: classification and treatment. *Br J Plast Surg.* 1996;49(6):339-45.
3. Daniel MJB. Inclusão de prótese de mama em duplo espaço. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2005;20(2):82-7.
4. Costa SS, Blotta RM. Assimetrias da mama. *Revinter.* p.97-101.
5. Daniel MJB. Mammoplasty with pectoral muscle flap. Presented at 64th American Annual Scientific Meeting; Montreal; 1995.
6. DeLuca-Pytell DM, Piazza RC, Holding JC, Snyder N, Hunsicker LM, Phillips LG. The incidence of tuberous breast deformity in asymmetric and symmetric mammoplasty patients. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(7):1894-9.
7. Ribeiro L. Pedículos em mamoplastia: Atlas e texto/Liacyr Ribeiro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Correspondência para:

Milton Jaime Bortoluzzi Daniel
Avenida Visconde de Guarapuava, 4742 – Curitiba, PR – CEP 80240-010
E-mail: mdaniel@milenio.com.br