

Avaliação dos resultados estéticos após mamoplastias de aumento com o uso de implante redondo vs. anatômico

RACHEL ROSSINE BAPTISTA, ALESSANDRA GRASSI SALLES, ADELINA FÁTIMA DO NASCIMENTO REMÍGIO, DIANA PINHEIRO CRUZ,

MARCUS CASTRO FERREIRA

Introdução

O tratamento da hipomastia é realizado através da cirurgia de mastoplastia de aumento, com colocação de implante de silicone, que atualmente corresponde à cirurgia plástica estética mais realizada nos EUA.

Objetivo

Avaliar o resultado estético da mamoplastia de aumento em 40 pacientes que receberam implantes anatômicos ou redondos segundo critérios de indicação baseados na anatomia prévia da paciente, utilizando a escala de avaliação de Ferreira.

Material e Métodos

Foram avaliadas 40 mulheres entre 20 e 51 anos (média 33 anos), com hipomastia sem ptose, submetidas a mamoplastia de aumento de 2005 a 2009. Os casos foram operados sob anestesia geral, utilizando implantes mamários de gel coesivo com superfície texturizada Silimed, via sulco inframamário, sem mastopexia, plano subglandular, com drenagem de sucção a vácuo. Foram divididas em dois grupos: grupo R, 20 casos com implante mamário redondo de tamanho variando entre 160cc e 300cc (média de 223cc) e grupo A, 20 casos com implante mamário anatômico de tamanho variando entre 155 e 310cc (média 225cc). A indicação de escolha da forma do implante se baseou em protocolo baseado na anatomia prévia da paciente: 1. A distância do sulco submamário à altura do cavo axilar é chamada eixo vertical, e a distância da linha axilar anterior até 2 cm da linha média esternal é denominada eixo horizontal da mama. Comparando as duas medidas, a paciente recebe a classificação como “base redonda”, ou “base oval”. 2. A posição do complexo aréolo-papilar em relação ao eixo vertical é determinada, se “centralizado” ou no “terço inferior”. O implante redondo foi indicado para as 12 pacientes cujas mamas possuíam eixo vertical de

tamanho semelhante ao eixo horizontal e mamilo de localização central, e nas 8 em que a diferença entre os dois eixos foi de até 2 cm. O implante anatômico com base oval foi indicado para as 20 pacientes cujas mamas tinham o eixo vertical maior que o eixo horizontal em 2 cm ou mais. Foram analisadas fotografias das pacientes nas posições frente, perfil e oblíquas, tiradas na véspera da cirurgia e com 12 meses no pós-operatório. Doze avaliadores, seis homens e seis mulheres, fizeram a avaliação pelas fotografias. Dois dos homens e duas das mulheres eram médicos, sendo os demais avaliadores leigos. Foi conferida uma nota para cada um dos parâmetros: volume, forma, simetria, aréola e cicatriz, segundo a escala de avaliação: 0 = ruim, 1 = regular, 2 = bom e/ou cicatriz inexistente. A soma confere a nota final, que pode variar de 0 a 10.

Resultados

No grupo como um todo, a nota média do pré-operatório foi de $5,54 \pm 0,18$ e a do pós-operatório foi de $8,64 \pm 0,11$, aumento significativo ($p < 0,001^*$). As notas médias dos observadores leigos são maiores que dos observadores médicos, essa diferença foi significativa tanto nas avaliações de pré-operatório ($p < 0,001$) como nas de pós-operatório ($p < 0,001$). O grupo A, com implante mamário anatômico, apresentou nota média no pré-operatório de $5,18 \pm 0,25$, menor que a do grupo com implante redondo de $5,89 \pm 0,25$ ($p < 0,001$). No pós-operatório, a média das notas dadas ao grupo A foi de $8,50 \pm 0,16$ e do grupo R de $8,77 \pm 0,16$, semelhantes ($p = 0,020$). No grupo A, o aumento da nota entre o pré e o pós-operatório foi maior, em relação ao ganho da nota do grupo R em valores percentuais; ou seja, um aumento significativo de $89,2\% \pm 9,8\%$ para o grupo A e $66,9\% \pm 8,5\%$ para o grupo R, $p < 0,001$. A média das notas do pré-operatório foi de $5,89 \pm 0,27$ para os avaliadores homens, e $5,19 \pm 0,23$

para as avaliadoras mulheres ($p < 0,001$), enquanto a média das notas do pós-operatório foi de $8,40 \pm 0,17$ para os avaliadores homens e $8,88 \pm 0,14$ para as avaliadoras mulheres ($p < 0,001$). Da mesma forma, tanto no pré ($p < 0,001$) como no pós ($p < 0,001$), houve diferença significativa entre avaliadores homens e mulheres, sendo que os homens dão nota maior no pré, mas no pós foram as mulheres que deram nota maior. Houve como complicação no grupo A um hematoma (10%), três seromas (30%) e uma paciente que desenvolveu estrias 3 meses após a colocação de implantes de 265 ml. No grupo R, foram observados um hematoma (5,3%), uma contratatura Baker II (5,3%), um seroma (5,3%) e quatro enrugamentos visíveis dos implantes (21%). Os hematomas foram resolvidos cirurgicamente nas primeiras 24h. Dos seromas, um foi resolvido com punção dirigida por ultrassonografia e nos demais, por serem pequenos, a conduta foi expectante, e houve resolução espontânea. Dos enrugamentos visíveis, um era discreto e não incomodava a paciente, enquanto os demais aguardam resolução cirúrgica em tempo oportuno.

Conclusão

A escala de avaliação de Ferreira foi eficiente na avaliação de resultados após mamoplastias de aumento. As pacientes que receberam indicação de colocação de implante anatômico, de acordo com os critérios determinados neste estudo, apresentaram avaliação estética inicial pior que as pacientes que receberam indicação de implante redondo. No pós-operatório, os resultados foram semelhantes nos dois grupos, tanto para avaliadores homens ou mulheres. Ambos os implantes permitiram obter resultado estético satisfatório neste estudo, em que foram observados critérios de indicação baseados na anatomia da mama da paciente, especialmente os eixos horizontal e vertical, e a posição do complexo aréolo-papilar.