



Retalho superior delgado nas mamoplastias

Thin superior flap in mammoplasty procedures

HUMBERTO CAMPOS^{1*}

■ RESUMO

Introdução: A cirurgia plástica da mama, por se tratar de um dos procedimentos mais realizados no nosso meio, traz consigo muitas variações técnicas e de táticas cirúrgicas, que proporcionam ao profissional da área da Cirurgia Plástica várias opções técnicas. O objetivo foi avaliar a técnica do retalho superior delgado nas mamoplastias. **Métodos:** Foram selecionadas 30 pacientes, no período de 2 anos, que apresentavam hipertrofia mamária e/ou ptose mamária. Foi realizada uma técnica utilizando a marcação em T invertido e um retalho inferior número IV de Ribeiro. A modificação introduzida foi a confecção do retalho superior delgado com aproximadamente 2 cm de espessura computando 30% do volume mamário, sendo o retalho inferior responsável por 70% do volume. **Resultados:** Três colegas especialistas em Cirurgia Plástica por mais de 10 anos avaliaram as pacientes e pudemos observar um resultado no qual 91,5% das pacientes avaliadas se mostraram de ótima qualidade, 6,9% de boa qualidade e apenas 1,6% de resultados regulares, sem resultados ruins. Foram computados 2,6% de complicações, com um caso de infecção, um de assimetria e dois de cicatriz inestética. **Conclusão:** O retalho superior delgado se mostrou muito eficaz nas mamoplastias.

Descritores: Mamoplastia; Retalhos cirúrgicos; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

■ ABSTRACT

Introduction: For being one of the procedures mostly performed in our environment, breast plastic surgery involves many technical variations and surgical strategies that provide the plastic surgeon with several options. The objective of this study was to evaluate the use of thin superior flap technique in mammoplasties. **Methods:** Over a period of 2 years, we selected 30 patients presenting with mammary hypertrophy and/or breast ptosis. A technique based on the inverted-T marking and Ribeiro's type IV inferiorly based flap was carried out. The intervention involved the production of a thin superior flap with a thickness of approximately 2 cm. This comprised 30% of the breast volume, while the inferior flap was responsible for the remaining 70%. **Results:** Three expert plastic surgeons evaluated the patients. The results showed that 91.5% of the women who underwent this procedure presented with excellent quality outcomes, while 6.9% had a good outcome. Further, a fair outcome was observed only in 1.6% of the patients, while poor outcomes were not obtained. The procedure had a complication rate of 2.6%, which included one case of infection, one of asymmetry, and two of unsightly scars. **Conclusion:** The thin superior flap proved to be very effective in mammoplasties.

Keywords: Mammoplasty; Surgical flap; Reconstructive surgical procedures.

Instituição: Clinica Nova Face,
Salvador, BA, Brasil.

Artigo submetido: 18/2/2016.
Artigo aceito: 6/8/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0053

¹ Escola Bahiana de Medicina, Salvador, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

A hipertrofia mamária e a ptose mamária são condições comumente associadas a vários níveis de morbidade¹⁻³. O moderno tratamento para estes problemas baseia-se em manobras cirúrgicas consideradas fundamentais para a sua execução, em que devemos tomar muito cuidado com a anatomia da região e função do órgão. A combinação e/ou modificação das várias técnicas vem permitindo um vasto número de condutas que se somam ao arsenal do cirurgião plástico no tratamento das diversas alterações que deparamos na clínica diária. Data do início do século passado a primeira intervenção estética e/ou reparadora da mama⁴.

A substituição de tecido sadio por uma prótese de silicone com o intuito de melhorar sua forma e a sua consistência vem gerando muita discussão. Esse tratamento em que se retira o tecido mamário e o substitui por uma prótese de silicone resulta em uma forma graciosa e uma textura consistente, com um argumento forte de que as próteses de silicone têm um baixo índice de morbidade, como vemos na crescente onda de realização deste procedimento⁵.

Buscar melhor forma e textura pode também ser feita com mobilização e fixação dos tecidos mamários e, desta forma, esse trabalho buscou realizar um procedimento no qual a definição do volume da mama se faça pelo retalho inferior de Ribeiro⁶, com 70% do volume da mama e se confeccione um retalho superior bem delgado servindo apenas como cobertura, 30% do volume da mama. Assim, buscamos um resultado semelhante à técnica de substituição por prótese, sem a necessidade de substituição de tecido sadio.

OBJETIVO

Avaliar a técnica do retalho superior delgado nas mamoplastias.

MÉTODOS

Os princípios da Declaração de Helsinki revisada em 2000 foram seguidos, assim como a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo primário, clínico, intervencional, longitudinal, prospectivo e autocontrolado, realizado em um único centro.

Seleção

Foram selecionados todos os pacientes operados de mamoplastia no período compreendido entre outubro

2012 e outubro 2014, num total de 30 pacientes do gênero feminino, com idade variando de 18 e 60 anos, provenientes da clínica privada do autor. Todas as pacientes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de inclusão

Gênero feminino, idade variando entre 18 a 60 anos, de qualquer etnia, com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,5 e 29,9 kg/cm², com os exames pré-operatórios dentro da normalidade, e com indicação para realizar mamoplastia redutora ou mastopexia.

Critérios de não inclusão

Diagnóstico ou história de doenças mamária maligna, *diabetes mellitus* e outras doenças imunodepressoras, imunossupressão, doenças crônicas não controladas, pacientes tabagistas ou que não conseguiram parar de fumar por no mínimo um mês.

Critérios de exclusão

Pacientes que não compareceram à avaliação pós-operatória, gravidez e perda ponderal de mais de 5 kg no período pós-operatório de 6 (seis) meses.

Técnica Operatória

Todas as pacientes selecionadas foram submetidas a exames pré-operatórios que incluíram: avaliação hematológica, avaliação cardiológica, avaliação radiológica e outras específicas no caso de indicações. Todas foram fotografadas no pré-operatório e no pós-operatório de seis meses, na posição de frente, oblíqua direta e esquerda e perfil direito e esquerdo numa distância regular.

Após monitorização e profilaxia antibiótica com 2 g de cefazolina, antisepsia com clorexidina degermante a 1% e tintura a 2%, foi realizada sedação por um anestesiológico.

Com a paciente em decúbito dorsal, sentada, a 45° na mesa operatória, foram realizadas as marcações clássicas da mamoplastia em T invertido^{7,8}, e em seguida desenhamos um retalho número IV de Ribeiro⁶, com base inferior que pode variar de tamanho da base desde 6 cm até toda a extensão da área decorticada. O volume deste retalho vai definir em 70% do volume final da mama de acordo com a solicitação da paciente (Figura 1).

Realizamos uma anestesia local com infiltração na base da mama de 120 ml de uma solução contendo xilocaína a 0,3% e adrenalina na concentração de

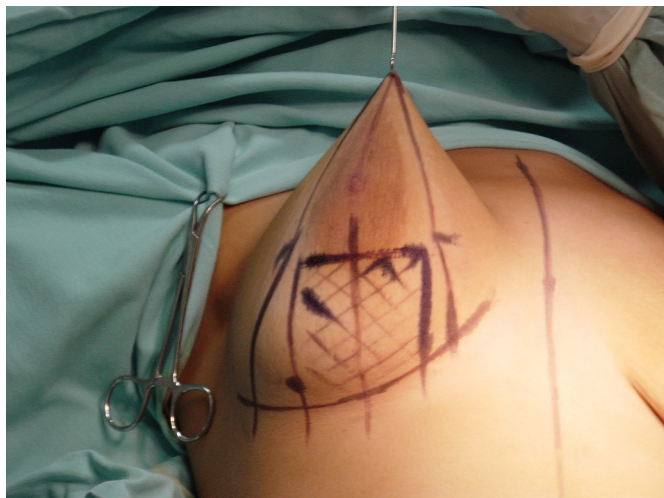


Figura 1. Resultado final das marcações da técnica em T invertido e do retalho de base inferior.

1:300.000. Em seguida, realizamos as incisões nas marcações para decorticamos a pele nas áreas que serão sepultadas.

Incisamos o tecido mamário 1 cm abaixo do complexo aréolo papilar e na derme próximo às incisões da pele; neste momento, angulamos o bisturi para confeccionar um retalho superior com uma espessura de em média 2 cm em toda sua extensão até a fáscia do músculo peitoral maior, que vai resultar em 30% do volume mamário.

Com um retalho superior medindo em torno de 2 cm de espessura e um inferior com todo o restante do tecido mamário, realizamos a manipulação deste retalho inferior, ressecando os excessos ou não, deixando um volume suficiente para satisfazer o volume mamário solicitado pela paciente em concordância conosco, que vai resultar em 70% do volume mamário⁶. Realizamos, nas hipertrofias mamárias, diminuição deste retalho, a partir das laterais externas e internas e, se necessário, na sua espessura. Nos casos de mastopexia sem retirada de tecido essa etapa da ressecção será abolida⁶ (Figuras 2 e 3).

Em seguida, realizaremos a fixação de todas as bordas laterais e superior deste retalho inferior na fáscia do músculo peitoral maior em uma posição bem superior, ao nível da segunda costela, com fio de mononylon preto 2-0 distando cada ponto de 1 cm e aproveitando quando possíveis tecidos mais endurecidos para esta fixação, como a derme e a glândula mamária, definindo uma forma arredondada e endurecida semelhante a uma prótese de silicone. Desta forma, o volume mamário será definido em 70% pelo retalho inferior e 30% pelo retalho superior (Figura 4).

Em seguida, cobriremos o retalho inferior com o retalho superior unindo os pontos B e C, exteriorizamos as aréolas de forma fácil devido à espessura deste

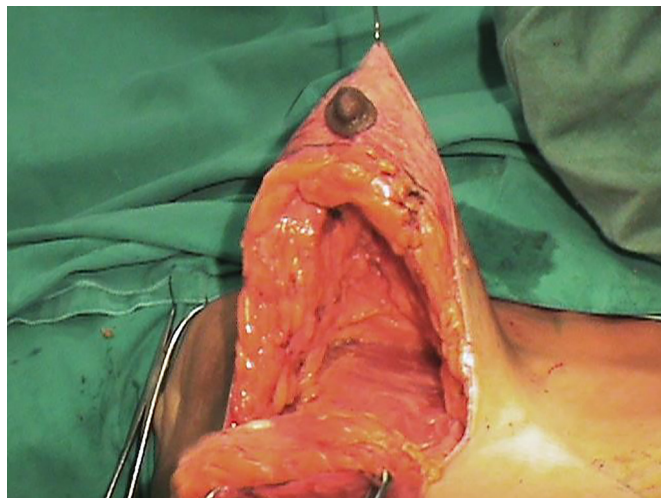


Figura 2. Retalho superior delgado confeccionado juntamente com o inferior de Lyacir.

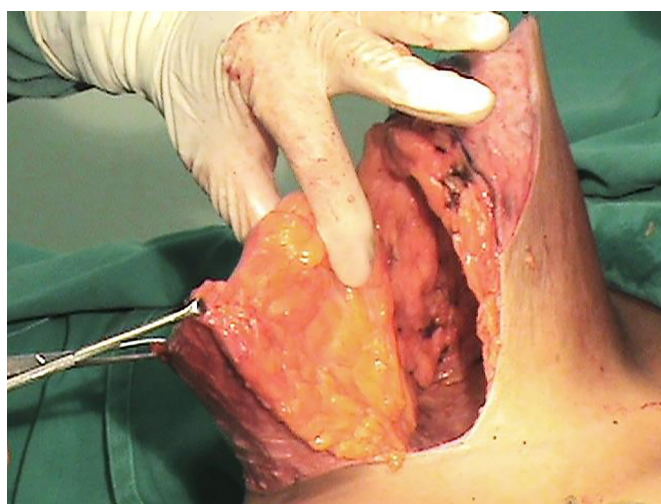


Figura 3. Detalhe do grande volume do retalho inferior que definirá 70% do volume da mama.

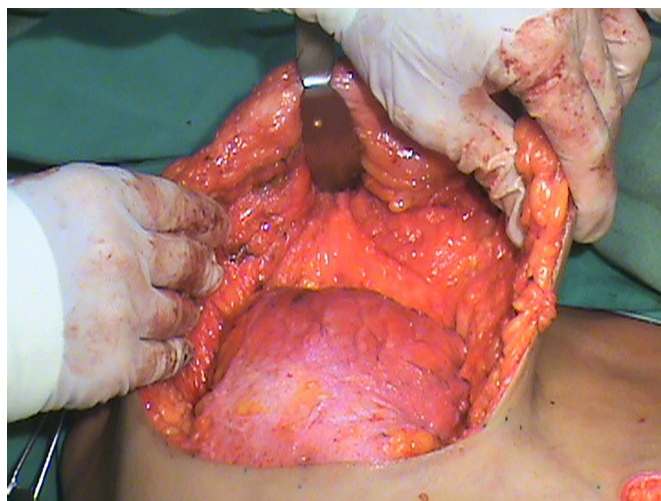


Figura 4. Retalho Inferior posicionado e mostrando o pequeno volume do retalho superior, 30% da mama, que servirá de cobertura.

DISCUSSÃO

retalho, fechamos todas as incisões com suturas e realizamos curativo oclusivo, vestimos um sutiã reforçado para uso no pós-operatório por 3 meses.

As pacientes recebem alta hospitalar no mesmo dia, quando bem acordadas, se alimentando e deambulando sem queixas, voltam no dia seguinte para realização do primeiro curativo, são orientadas a realizar curativos diários em casa, voltam no terceiro dia pós-operatório e no oitavo dia pós-operatório, quando começamos a retirar alguns pontos, e no décimo quinto dia pós-operatório para retirada de todos os pontos restantes. Retornam no trigésimo dia pós-operatório, sexagésimo dia pós-operatório, nonagésimo dia pós-operatório e com seis meses de cirurgia, quando são fotografadas. Se necessário, realizamos consultas em outros dias não programados.

Três colegas cirurgiões plásticos com mais de dez anos de experiência como especialista, avaliaram todas as pacientes, por meio de documentação fotográfica no pré e no pós-operatório de seis meses, os quais responderam um questionário (Tabela 1). Foi realizada uma análise de concordância Kappa entre os juízes.

Também observamos a presença de complicações como: infecção, cicatriz de má qualidade, necrose, trombose e assimetria.

RESULTADOS

A seguir, os resultados das avaliações dos três cirurgiões plásticos (Tabelas 2 e 3 e Figuras 5 a 7), e os resultados de pré e pós-operatório (Figuras 8 a 16). A análise de concordância Kappa entre os três avaliadores mostrou uma concordância alta, de 0,64.

Na busca por uma forma mais arredondada com projeção do polo superior e uma textura mais endurecida os cirurgiões têm se utilizado com muita frequência de próteses de silicone associadas ao procedimento tanto de mastopexia quanto de redução mamária, com substituição de tecido sadio por prótese⁵.

Esta tendência vem crescendo a cada dia, também por uma pressão das próprias pacientes, que desejam não só este resultado, como também a utilização de uma prótese. Apesar de promover um resultado final satisfatório, a colocação de prótese de silicone, nestes casos que não visam o aumento mamário, gera um prejuízo que deve ser considerado, que é a presença de um corpo estranho, apesar do seu baixo índice de morbidade.

Esse procedimento que descrevemos busca utilizar um retalho inferior de grande volume, fixado na fáscia do músculo peitoral maior, gerando um aspecto arredondado e uma textura firme, mimetizando a presença de uma prótese de silicone, evitando a presença de um corpo estranho na mama e obtendo resultado desejado (Tabela 2 e Figuras 5 a 7).

A seleção foi aleatória, na nossa clínica privada, com pacientes de perfis bem parecidos quanto à condição social e escolaridade. Os critérios de inclusão, não inclusão e exclusão seguiram padrões comuns utilizados na clínica diária.

Utilizamos a técnica em T invertido⁷ para realizar as marcações dos pontos externos de ressecção de pele como poderia ser qualquer outra técnica com

Tabela 1. Itens de avaliação de por três cirurgiões plásticos de dez mamas cada.

ITENS AVALIADOS	CONCEITUAÇÃO			
Avaliação da manutenção do posicionamento das mamas:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Avaliação da manutenção do polo superior:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Avaliação da simetria das mamas:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Avaliação das cicatrizes:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Avaliação do posicionamento do complexo aréolo papilar:	Ótimo	Bom	Regular	Ruim

Tabela 2. Avaliação estética por três cirurgiões plásticos de todas as pacientes, trinta pacientes cada.

	Ótimo	Bom	Reg.	Ruim
Avaliação da manutenção do posicionamento das mamas	81/90	5	4	0
Avaliação da manutenção do polo superior	85/90	5	0	0
Avaliação da simetria das mamas	86/90	4	0	0
Avaliação das cicatrizes	73/90	14	3	0
Avaliação do posicionamento do CAP	87/90	3	0	0
TOTAL (450 avaliações)	412	31	7	0
%	91,5%	6,9%	1,6%	0%

Reg.: Regular; CAP: Complexo Aréolo Papilar; %: Percentual.

Tabela 3. Complicações no pós-operatório.

	Ausente	Presente
Infecção	29	1
Assimetria	29	1
Cicatriz de má qualidade	28	2
Necrose	30	0
Trombose	30	0
TOTAL (150)	146	7
%	97,4	2,6

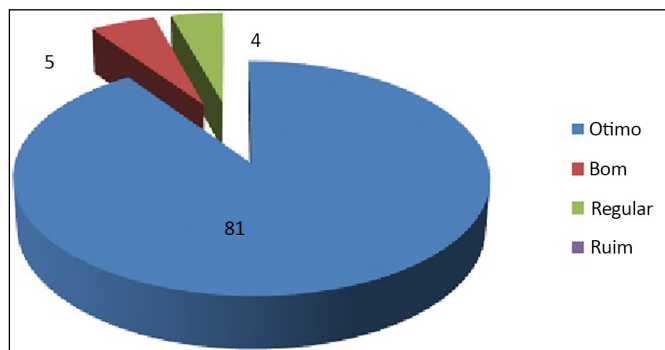


Figura 5. Gráfico da avaliação da manutenção do posicionamento das mamas por três cirurgiões plásticos.

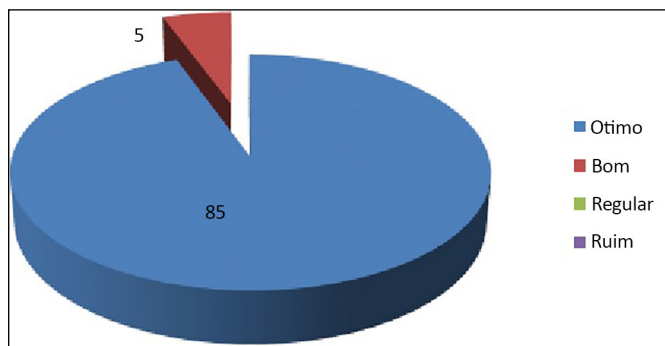


Figura 6. Gráfico da avaliação da manutenção do polo superior por três cirurgiões plásticos.

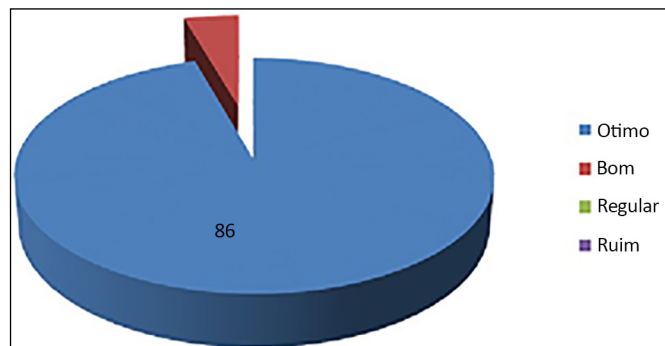


Figura 7. Gráfico da avaliação da simetria das mamas por três cirurgiões plásticos.

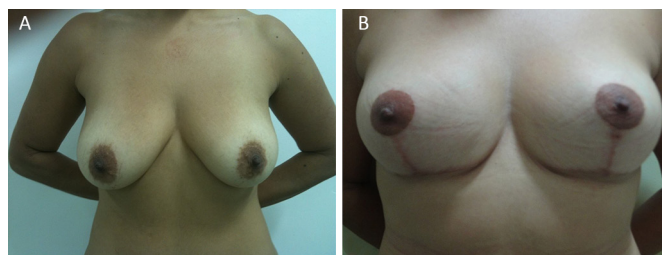


Figura 8. (A) pré e (B) pós-operatório.

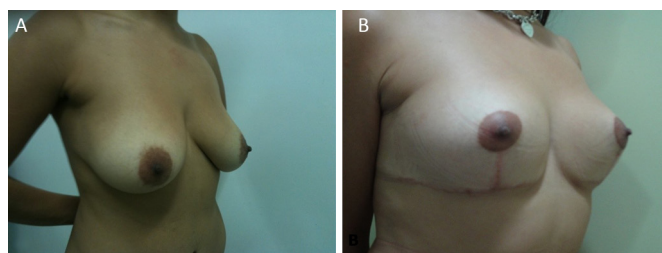


Figura 9. (A) pré e (B) pós-operatório.

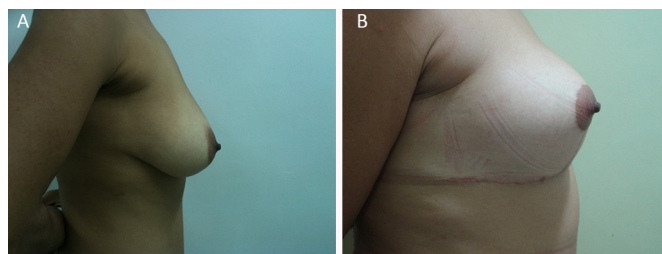


Figura 10. (A) pré e (B) pós-operatório.



Figura 11. (A) pré e (B) pós-operatório.

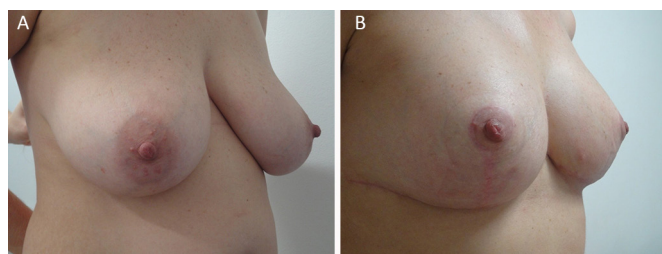


Figura 12. (A) pré e (B) pós-operatório.

cicatriz final em L, I ou periareolar, bastando que seja confeccionado o retalho inferior como descrito. Utilizamos o retalho inferior número IV de Ribeiro⁶, modificando apenas o volume residual do retalho

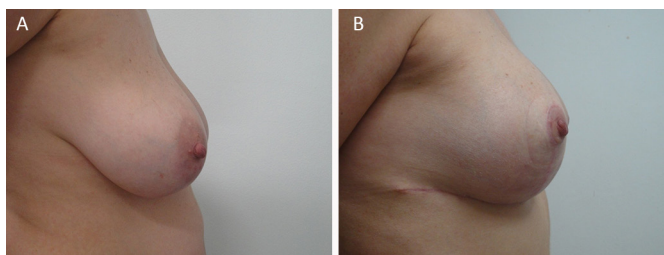


Figura 13. (A) pré e (B) pós-operatório.

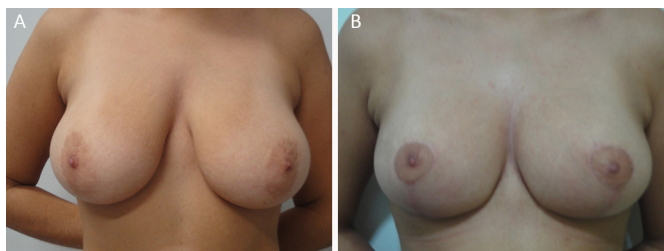


Figura 14. (A) pré e (B) pós-operatório.

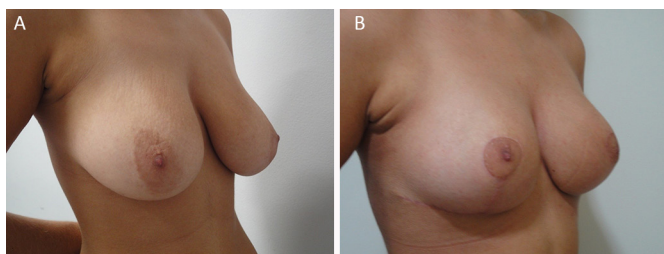


Figura 15. (A) pré e (B) pós-operatório.

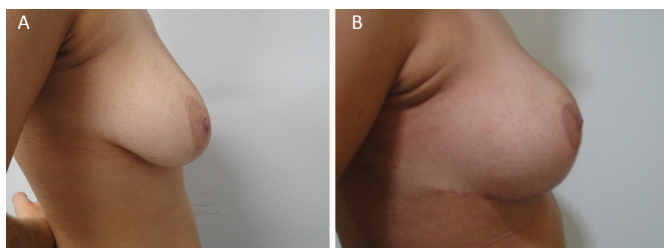


Figura 16. (A) pré e (B) pós-operatório.

superior, que ficou muito delgado, medindo em volta de 2 cm de espessura, que serviu apenas para cobrir o retalho inferior, deixando que este defina o volume, a forma e a textura da mama, quando realizamos nele ressecções e fixações buscando este fim⁶.

Acreditamos, e os percentuais a curto prazo mostram isso (Tabela 2 e Figuras 5 a 7), que esta fixação de 70% do volume mamário (retalho inferior) em uma estrutura rígida (fáscia muscular), é um fator muito importante na manutenção do posicionamento mamário.

Sabemos que a modificação do posicionamento mamário tem muitos fatores a influenciar como: elasticidade do tecido (qualidade da pele), fatores

genéticos, fatores hormonais, gestação prévia, doenças prévias, idade, perda ou ganho de peso, aspecto do parênquima mamário, aspecto da cápsula, nível de atividades no pós-operatório e uso de certas medicações⁴. Portanto, podemos observar que esta fixação apresenta uma boa manutenção do posicionamento mamário até seis meses (Figuras 8 a 16).

Pela avaliação por três colegas especialistas em cirurgia plástica com mais de 10 anos de atuação, que responderam um questionário por nos solicitado, avaliando todas as pacientes cada (30 pacientes), pudemos observar um resultado no qual 91,5% das pacientes avaliadas se mostraram de ótima qualidade, 6,9% de boa qualidade e apenas 1,6% de resultados regulares sem resultados ruins. Os resultados de boa e regular qualidade na sua maioria foram em função de aspectos da cicatriz e não da forma da mama (Tabela 2 e Figuras 5 a 7).

A grande maioria dos resultados regulares foi relacionada à qualidade cicatricial, que foram de fácil resolução com procedimento ambulatorial em que foram tratadas essas cicatrizes. Podemos acreditar, com esses dados, que obtivemos um grau de satisfação muito expressivo com o uso desta técnica.

Podemos observar que a técnica usada, por se tratar da confecção de um retalho delgado superior, poderia aumentar a morbidade em relação à irrigação, podendo levar a grau variados de sofrimento e necrose. Isso não foi observado, como mostra a Tabela 3, devido à boa irrigação deste retalho pelos ramos da artéria torácica interna (mamária interna), torácica lateral e ramos anteriores e laterais das artérias intercostais posteriores^{9,10}.

A técnica de Pitanguy é realizada uma ressecção glandular em forma de quilha invertida na face posterior da mama, mantendo os pedículos mamários internos e externo, permitindo ressecções muito amplas resultando cicatriz em T invertido. Foram evidenciadas porcentagens mínimas de complicações, entre elas: sofrimento areolar (1,2%), sofrimento cutâneo (3,6%), hematoma (0,5%) e cicatriz inestética (1,4%). Esses dados se aproximam muito dos encontrados em nosso estudo com algumas complicações que não observamos como: hematoma e sofrimento cutâneo¹¹.

McKissock¹² indica sua técnica nas grandes hipertrofias associadas à ptose, trata-se de um retalho vertical, bipediculado superior e inferiormente, embora o aporte vascular para o CAM seja mais parenquimatoso que subdérmico, assegurado pelas perfurantes intercostais inferiores. As ressecções são mediais e laterais.

No seu trabalho com 184 pacientes e 368 mamas, não refere necrose total de CAM, observando, porém, 1,4% de perda parcial e necroses de pele (0,81%),

alterações que não observamos em função da segurança maior da irrigação do nosso retalho. Ele observou lipólises (1,62%) e hematomas (2,1%) em incidências baixas, e infecção primária menor ainda (0,27%) muito próximo do nosso resultado.

Ele apresenta índices de hipertrofia cicatricial em 65% das pacientes, nos fazendo acreditar em um pobre arsenal de tratamento complementar para este tipo de condição na época deste estudo, e a báscula tardia em 50% delas, porcentagens maiores que as encontradas na nossa técnica descrita, ao qual atribuímos o tempo decorrido da observação, que no nosso caso foi de apenas seis meses¹²⁻¹⁴.

Assim sendo, essa técnica ao final das observações demonstrou ter melhorado a projeção da mama no polo superior em função do posicionamento do retalho que foi observado no pós-operatório imediato ainda na sala de cirurgia, obteve uma durabilidade do posicionamento até seis meses com índices de satisfação muito alto (97,4%) (Tabela 3 e Figuras 8 a 16), mimetizando a utilização de prótese de silicone, se mostra um retalho muito seguro pelo baixo índice de necrose (0%) e facilitando a migração do complexo aréolo-papilar em função da espessura do retalho como na técnica de Costa Lima¹⁴, utilizando-se do tecido mamário, não havendo a necessidade de utilização de implantes de silicone, e apresenta uma curva de aprendizado rápida por se utilizar na maior parte do procedimento de técnicas já utilizadas em nosso meio^{6,8}.

CONCLUSÃO

O retalho superior delgado se mostrou muito eficaz nas mamoplastias.

COLABORAÇÕES

HC Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Foged J. Symptomatology of breast hypertrophy. *Ugeskr Laeger*. 1953;115(12):439-51.
2. Sigurdson L, Mykhalovskiy E, Kirkland SA, Pallen A. Symptoms and related severity experienced by women with breast hypertrophy. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(2):481-6.
3. McKissock PK. Reduction mammoplasty and correction of ptosis of the breast. In: Grabb WC, Smith JW, eds. *Plastic surgery*. Boston: Little Brown; 1997. p.737-59.
4. Ferreira LM, Freire M, Garcia EB, Sabino Neto M. Mastoplastia redutora. In: Ferreira LM, Shor N, eds. *Guia de medicina ambulatorial e hospitalar - UNIFESP - Cirurgia Plástica*. São Paulo: Manole; 2007. p.545-51.
5. Saldanha OR, Maloof RG, Dutra RT, Luz OAL, Saldanha Filho O, Saldanha CB. Mamoplastia redutora com implante de silicone. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(2):317-24.
6. Ribeiro L, Backer E. Mastoplastia con pediculo de seguridad. *Rev Esp Cir Plast*. 1973;6:223-34.
7. Pitanguy I. Mastoplastia: estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir*. 1961;42:201-20.
8. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg*. 1967;20(1):78-85.
9. Spear SL, Little JW. Reduction mammoplasty and mastopexy. In: Grabb W, Smith JW, eds. *Plastic Surgery*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
10. Strömbeck JO. Mammoplasty. In: Grabb W, Smith JW, eds. *Plastic surgery*. 5th ed. Washington: Library of Congress; 1997. p. 726-8.
11. Pitanguy I. Evaluation of body contouring surgery today: a 30-year perspective. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105(4):1499-514.
12. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg*. 1972;49(3):245-52.
13. Castro CC, Salema R, Aboudib Junior JHC, Calixto CA. Mamoplastia redutora na mulher jovem: análise crítica e evolutiva a longo prazo. *J Bras Ginecol*. 1986;96(9):471-3.
14. Rocha ACG, Costa CS, Campos H. Técnica de Costa Lima nas hipertrofias mamárias associada ao retalho de pedículo vascular inferior. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(1):154-67.

*Autor correspondente:

Humberto Campos

Rua Quintino de Carvalho, 113/701 - Jardim Apipema - Salvador, BA, Brasil

CEP 40155-280

E-mail: hc@humbertocampos.med.br