




Mamoplastia secundária com ressecção em monobloco e neoposicionamento do implante no espaço retropeitoral parcial

Secondary mammoplasty with monobloc resection and implant repositioning in the partial retropectoral pocket

VINICIUS JULIO CAMARGO ^{1,2*} 

■ RESUMO

Introdução: As cirurgias de aumento de mamas com implantes de silicone estão entre os procedimentos de cirurgia plástica mais realizados. O objetivo desse estudo é avaliar os casos de pacientes com prótese de silicone, submetidas à mamoplastia secundária, apresentando uma alternativa de abordagem com ressecção em monobloco do tecido mamário, cápsula fibrosa e prótese de silicone; e o neoposicionamento do implante em loja retromuscular peitoral parcial. **Métodos:** Foram analisados 24 casos de mamoplastia secundária com neoposicionamento da prótese, apresentando os motivos da indicação da cirurgia e o detalhamento da abordagem cirúrgica para maior facilidade na execução do procedimento e a obtenção de resultados mais satisfatórios. **Resultados:** Todos os casos operados apresentavam alterações no exame físico das mamas, como: ptose mamária, contratura capsular, posicionamento inadequado dos implantes e assimetrias mamárias. Nos casos estudados, as próteses com revestimento de poliuretano e sua completa adesão à cápsula fibrosa permitiram a ressecção mais prática, mesmo com variáveis graus de contratura capsular. As cápsulas fibrosas que envolviam implantes texturizados tinham características mais finas e a instabilidade das próteses, pela presença de seroma residual ou pelo excessivo tamanho da loja da prótese, desencadearam maior dificuldade na ressecção. **Conclusão:** A realização de mamoplastia secundária com troca de prótese, empregando a ressecção em monobloco e neoposicionamento do implante no espaço retromuscular peitoral parcial com suturas do músculo ao tecido mamário, oferece uma alternativa para otimizar o procedimento, maior estabilidade do músculo até completa cicatrização e a formação de nova cápsula fibrosa. **Descritores:** Mama; Implante mamário; Mamoplastia; Músculos peitorais; Contratura capsular em implantes.

Instituição: Centro de Cirurgia Plástica e Bem Estar, Pato Branco, PR, Brasil.

Artigo submetido: 12/1/2019.
Artigo aceito: 8/7/2019.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0202

¹ Centro de Cirurgia Plástica e Bem Estar, Pato Branco, PR, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Breast augmentation with silicone implants is one of the most common plastic surgery procedures. The objective of this study was to evaluate patients with previous silicone implantations undergoing secondary mammoplasty, presenting an alternative approach with en bloc resection of breast tissue, fibrous capsule, and silicone implant, followed by implant repositioning in the partial retropectoral pocket. **Methods:** This study included 24 cases of secondary mammoplasty with implant repositioning. It presents the indications for surgery and details the surgical approach for easier procedures and more satisfactory results. **Results:** All the included cases presented breast changes on physical examination, such as breast ptosis, capsular contracture, improper implant position, and breast asymmetry. In the studied cases, the use of polyurethane-coated implants and their complete adherence to the fibrous capsule resulted in a more practical resection even with varying degrees of capsular contracture. Fibrous capsules of textured implants were thinner, and implant instability due to the presence of residual seroma or pockets bigger than necessary resulted in more difficult resection. **Conclusion:** Secondary mammoplasty with en bloc resection, along with implant replacement and repositioning in the partial retropectoral pocket with sutures involving muscle and breast tissue is an alternative to optimize the procedure, providing greater muscle stability until complete healing and new fibrous capsule formation.

Keywords: Breast; Breast implant; Mammoplasty; Pectoral muscles; Capsular contracture in implants

INTRODUÇÃO

As cirurgias de aumento das mamas com implantes de silicone estão entre os procedimentos de cirurgia plástica mais realizada no Brasil e no mundo¹⁻³. Considerando que parte destas pacientes poderá necessitar de algum tipo de intervenção secundária^{4,7}, desde pequenas reparações cicatriciais até cirurgias complexas envolvendo uma completa reestruturação mamária, é importante estar preparado para suprir as expectativas e enfrentar as dificuldades que poderão ocorrer.

Ao longo das últimas décadas a taxa de reoperação após cirurgias de aumento das mamas manteve-se inalterada, permanecendo em cerca de 20% após três anos, apesar do uso de diferentes tipos de implantes⁸.

Em vista disso, conhecer diferentes opções de métodos para realizar cirurgias secundárias é importante, no sentido de possibilitar soluções em casos complexos, resultados inadequados e em pacientes muitas vezes insatisfeitas com a cirurgia primária.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo é avaliar os casos de pacientes com prótese de silicone submetidas à mamoplastia

secundária, apresentando alternativa de abordagem com ressecção em monobloco do tecido mamário, cápsula fibrosa e prótese de silicone e o neoposicionamento do implante em loja retromuscular peitoral parcial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, realizado por meio de análise de prontuários e documentação fotográfica de pacientes portadoras de implantes mamários, com tempo mínimo de seis meses após a cirurgia primária, sendo que as mesmas foram submetidas a cirurgias secundárias de mama, no período que compreendeu janeiro de 2013 a março de 2017. Sendo as pacientes operadas pelo autor em clínica privada do mesmo.

A análise seguiu os princípios de Helsinque (2000) e da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

No período mencionado, foram praticadas cirurgias mamárias com ressecção em monobloco e substituição do implante mamário, adotando-se o neoposicionamento do implante mamário em loja retromuscular peitoral parcial em 24 casos, os quais foram objetos do estudo.

As pacientes foram operadas pelo mesmo profissional, independentemente do local onde havia sido realizada a intervenção primária. Após a consulta inicial, com a avaliação geral e planejamento cirúrgico, as pacientes foram submetidas à avaliação clínica e cardiológica, sendo consideradas aptas para o procedimento.

Além da triagem laboratorial, realizaram-se exames radiológicos do tórax e exames de imagem das mamas. De acordo com a idade da paciente e a necessidade de esclarecimento diagnóstico, foram solicitadas: ultrassonografia mamária, mamografia e/ou ressonância nuclear magnética. Preferencialmente no dia anterior à intervenção cirúrgica, fez-se a documentação fotográfica e o esclarecimento de dúvidas às pacientes.

A indicação da cirurgia foi baseada na presença de pelo menos um dos seguintes critérios: motivação da paciente em melhorar a estética mamária, alterações no exame físico e/ou alterações nos exames de imagem que justificassem realizar a mamoplastia com substituição do implante.

Portanto, foram definidos os objetivos da cirurgia considerando-se, sobretudo, a expectativa da paciente em relação ao tamanho mamário.

A evolução e os resultados foram avaliados por meio das consultas regulares no pós-operatório e pela validação dos resultados com as pacientes, através de exame físico comparativo e registro fotográfico realizados após 60 dias e, também, após 6 meses da cirurgia; quando foi solicitado a realização de exame ultrassonográfico para todos os casos, afim de verificar o adequado posicionamento dos implantes mamários.

Marcações Pré-operatórias

Após a marcação da linha média em toda a extensão do tórax iniciou-se as marcações das mamas pelo ponto A, bilateralmente. O ponto A corresponde à nova posição do complexo aréolo-mamilar (CAM), assim foi posicionado na linha média mamária, acima da projeção anterior do sulco mamário⁹⁻¹². Observou-se, rigorosamente, a equidistância dos pontos A em relação à linha média torácica (LMT) e em relação à fúrcula esternal, identificando as assimetrias do CAM e planejando a sua correção.

Delimitaram-se as linhas de marcações verticais pela tração da pele (medial e lateralmente) em relação a um ponto no sulco mamário (denominado ponto X), posicionado a uma distância 1 a 2cm menor que a distância do ponto A até a LMT. Após as definições das marcações verticais, seguiu-se com a marcação dos pontos correspondentes à altura do bordo inferior da nova posição da aréola (denominados pontos B e C) e do futuro ponto de junção das incisões verticais no sulco mamário (denominados pontos D e E).

As distâncias dos pontos B e C e dos pontos D e E foram mantidas entre 3,5 e 4cm e 10 e 11cm, respectivamente, a partir do ponto A. Esta marcação foi baseada nas características gerais da mama (pele, densidade do tecido mamário, diâmetro da base e a necessidade de projeção) e no tamanho do implante a ser utilizado.

A seguir, delimitaram-se as linhas de ressecção horizontais com a marcação das linhas entre os pontos D e E; e as extremidades mediais e laterais da marcação no sulco mamário. Nestas marcações, tomou-se cuidado para que durante a tração de pele, os pontos D e E ficassem a uma distância maior que o ponto X das extremidades medial e lateral da cicatriz no sulco inframamário, para prevenir ressecções exageradas e tensão excessiva nas linhas de sutura vertical, principalmente quando se planejou utilizar implantes de maior volume.

Com o término das marcações, realizou-se registro fotográfico das marcações (Figura 1) e a demonstração da posição das futuras cicatrizes para as pacientes.



Figura 1. Marcações pré-operatórias.

As cirurgias foram realizadas sob anestesia geral ou bloqueio peridural associado à sedação endovenosa, em ambiente hospitalar, respeitando-se os critérios anestésicos e a decisão conjunta do anestesista e da paciente. Foram utilizadas medicações analgésicas, anti-inflamatórios e antibióticos durante e após o ato cirúrgico.

Técnica operatória

A cirurgia foi realizada estando a paciente em decúbito dorsal com elevação de aproximadamente 30 graus, seguindo as incisões da pele nas linhas de marcação prévias e a desepidermização do tecido cutâneo periareolar (Figura 2A) para posterior rotação superior do CAM, com pedículo de base superior ou superomedial¹³, de acordo com a posição previamente definida do ponto A ou com a necessidade de adaptação às ressecções do tecido mamário e ao tamanho do novo implante. Realizou-se a ressecção em monobloco

incluindo o excedente de pele e de tecido mamário no polo inferior da mama, cápsula e prótese (Figuras 2B, 2C e 2D). No descolamento com eletrocautério, foram utilizadas ponteiros de microdissecção (Colorado Typ - Black & Black Surgical, Inc.), para facilitar a hemostasia e a perfeita separação da cápsula e os tecidos adjacentes.

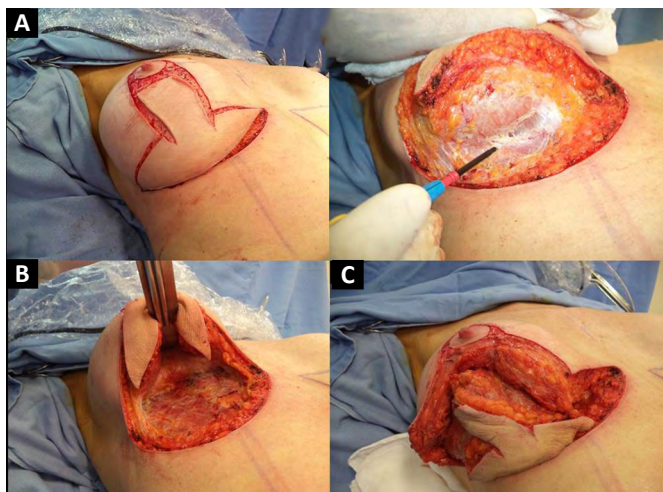


Figura 2. Sequência da ressecção de pele, tecido mamário, cápsula fibrosa e prótese, em monobloco.

Após a ressecção completa do tecido mamário, da cápsula e da prótese, observou-se a ausência de tecido cicatricial e de cápsula residual, então fez-se a lavagem exaustiva com soro fisiológico 0,9% e a acomodação de compressas úmidas na área descolada, para posterior revisão hemostática, quando necessário.

Foi realizado o mesmo procedimento na mama contralateral e a completa retirada das estruturas em monobloco bilateral (Figura 3). Fora do campo cirúrgico, abriu-se a cápsula para observar a integridade, presença de deformações, tipo e o tamanho do implante mamário da paciente (Figura 4). Com a delimitação e a simetrização das áreas de descolamento em ambas as mamas, realizou-se a confecção da loja retromuscular bilateral, iniciando-se pela incisão do músculo peitoral na porção mais próxima do sulco mamário^{3,7} (Figura 5).

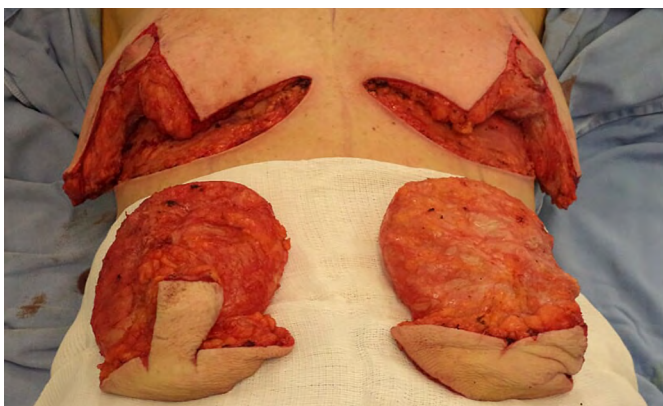


Figura 3. Ressecção realizada bilateralmente.



Figura 4. Separação das próteses e dos tecidos mamários.



Figura 5. Incisão do músculo peitoral maior para confecção da loja retromuscular.

Após descolamento do músculo peitoral maior até o limite de inserção medial – conforme necessário para acomodação do novo implante e evitar o seu deslocamento superior pela pressão decorrente da ação muscular –, fez-se a revisão rigorosa da hemostasia nas regiões anterior e posterior ao músculo, bilateralmente.

Visando facilitar a acomodação do implante na loja retromuscular, evitando-se a migração do implante para a parte anterior ao músculo e concebendo estabilidade do retalho muscular no tecido mamário, praticou-se a sutura do músculo peitoral ao tecido mamário. Como rotina, iniciou-se a sutura com um ponto na linha média mamária, correspondendo ao ponto de sustentação, ao nível do 4º ou 5º espaço intercostal e da projeção do CAM (Figura 6A). Depois foram realizados dois a quatro pontos de cada lado, ao longo da borda inferior do músculo peitoral maior, utilizando-se fio Mononylon® 3.0 e nó invertido para que o fio não ficasse em contato direto com a prótese de silicone (Figura 6B).

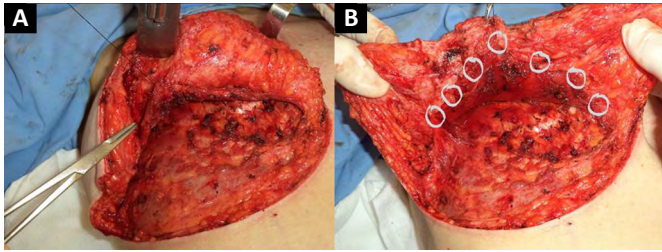


Figura 6. Fixação do músculo peitoral ao tecido mamário.

Depois da inclusão do implante (texturizados, redondos, perfil alto ou super alto das marcas Eurosilicone, Mentor Corporation ou Natrelle) em loja retromuscular parcial, realizaram-se as suturas mamária, iniciando-se pela junção dos pilares na projeção do ponto X, respeitando os planos anômicos e com a perfeita acomodação do tecido mamário, subderme e derme (Figura 7).



Figura 7. Sutura por planos proporcionando a reestruturação da mama sobre a prótese.

Em todos os casos operados foram utilizados drenos aspirativos em sistema fechado, os quais foram mantidos entre 1 a 5 dias, dependendo do volume e do aspecto do líquido drenado. Os drenos foram posicionados na loja submuscular, com alguns orifícios na porção ínfero lateral da mama (Figura 8B). Ao término da cirurgia é visível a adequada coaptação do tecido mamário envolvendo a prótese e a maior sustentação da mama em relação ao pré-operatório (Figuras 8A e 8B).



Figura 8. Resultado imediato.

As pacientes receberam orientações verbais e escritas com os cuidados específicos para o período pós-operatório, a fim de evitar o deslocamento das próteses, especialmente nos primeiros 60 dias após a cirurgia.

RESULTADOS

A média de idade das pacientes operadas foi de 50 anos (mínimo 24 e máximo 73 anos) e o tempo médio desde a cirurgia para colocação do implante foi de 10,1 anos (mínimo 1 ano e máximo 25 anos).

No período avaliado, foram realizadas 24 mamoplastias secundárias que envolveram a substituição e o neoposicionamento dos implantes mamários em loja retromuscular peitoral parcial. Em todos os casos operados existiam alterações no exame físico das mamas, dentre as quais se destacaram: ptose mamária (de grau moderado a severo), contratura capsular, posicionamento inadequado dos implantes e assimetrias mamárias.

A referência de insatisfação com o resultado obtido na cirurgia realizada primariamente ocorreu em 10 (41,6%) casos, sendo que a maioria dessas pacientes apresentava tempo menor que 10 anos da mamoplastia de aumento. Nos outros 14 (58,4%) casos analisados, as pacientes relataram satisfação com o resultado da cirurgia primária, no entanto, as alterações que surgiram no decorrer do tempo as motivaram buscar por nova cirurgia.

Alteração nos exames de imagem (mamografia, ultrassonografia e/ou ressonância nuclear magnética) relativas aos implantes mamários foram descritas em 7 (29,1%) casos. A contratura capsular (Classificação Baker II¹⁴ ou acima) foi identificada, através do exame físico e dos exames de imagem, em 7 (29,1%) casos e 2 (8,3%) já apresentavam evidência de ruptura intracapsular das próteses. As cirurgias primárias de aumento das mamas haviam sido realizadas pelo autor em 6 (25%) dos casos analisados e 18 (75%) foram provenientes de outros profissionais.

Quando não havia acesso ao histórico clínico da paciente, somente 4 (22,2%) souberam informar precisamente o volume dos implantes ou guardavam algum tipo de comprovante das próteses. Deste modo, foram encontrados implantes de volumes diferentes daqueles informados pelas pacientes em 14 casos, correspondendo a 77,7 % das cirurgias. Somente em um caso não foi possível identificar o volume da prótese; pois, além da paciente não ter as informações pertinentes, o implante tinha revestimento liso e ruptura do invólucro. Notadamente, tratava-se do implante mais antigo (25 anos), dentre a série de pacientes analisadas. Durante a cirurgia, foram identificados implantes texturizados em 16 (66,6%) pacientes. Próteses com revestimento de poliuretano corresponderam a 7 (29,1%) e as lisas a 1 (4,1%) dos casos.

O volume médio das próteses retiradas nas cirurgias foi de 233cc (mínimo 135cc e máximo 300cc)

no lado direito e 235cc (mínimo 135cc e máximo 375cc) no lado esquerdo. Foram utilizados implantes com volume médio de 341cc (mínimo 200cc e máximo 450cc) no lado direito e 341cc (mínimo 220cc e máximo 450cc) no lado esquerdo. Casualmente, o volume médio das próteses utilizadas foram os mesmos para os dois lados, apesar de serem utilizadas próteses de tamanhos diferentes para compensar as assimetrias que não puderam ser resolvidas somente com a ressecção do excedente de pele e do tecido mamário. O volume das próteses tende a ser maior nas cirurgias secundárias para compensar a atrofia glandular e proporcionar maior sustentação ao tecido mamário, principalmente quando colocados em plano retromuscular.

Na Tabela 1 são demonstradas as informações referentes as queixas das pacientes, avaliação médica, tipos de revestimento dos implantes e os volumes das próteses de silicone encontrados nas pacientes e daqueles utilizados na cirurgia em estudo.

Não houve registro de deslocamento dos implantes, migração para o espaço retroglandular ou assimetrias mamárias que exigissem a realização de cirurgia corretiva das mamas na avaliação pós-operatória realizada no prazo mínimo de 60 dias da cirurgia, utilizando como parâmetros o exame físico, os registros fotográficos e a validação dos resultados, tanto sob a percepção técnica do profissional quanto das pacientes. Também não houve queixa de excedente de pele residual por parte das pacientes no momento dessa avaliação. Em 03 (12,5%) casos, registrou-se ptose mamária, de grau leve a moderado, relacionada principalmente a ocorrência de emagrecimento no período, a presença prévia de estrias mamárias e a flacidez de pele corporal. Tendo sido programada a ressecção adicional de pele em momento oportuno, sem a necessidade de intervenção direta nos implantes mamários.

Nos casos analisados, os exames de Ultrassonografia Mamária realizados após 6 meses da cirurgia não demonstraram rupturas dos implantes mamários,

Tabela 1. Demonstração das informações clínicas e dos implantes mamários dos casos analisados no estudo.

Paciente	Idade	Tempo	Contratura	Ruptura	Assimetria	Ptose	Imagem	Insatisfação	Outros	Tipo de Implante	Pré Dir	Pós Dir	Pré Esq	Pós Esq
CF	45	5			X			X	X	Texturizado	260	350	260	350
SPP	54	8				X				Texturizado	280	325	280	325
TPB	62	25	X	X	X	X	X		X	Liso		280		280
GP	73	1				X		X	X	Texturizado	220	200	220	220
MDV	52	9				X				Texturizado	240	325	240	325
GDS	61	17	X	X	X		X		X	Poliuretano	135	400	135	400
IK	41	9				X				Texturizado	300	300	300	300
AS	54	10				X	X	X	X	Poliuretano	260	325	260	325
FR	38	10	X						X	Texturizado	235	375	235	375
MG	54	20			X			X	X	Texturizado	260	375	260	375
VP	47	8				X				Texturizado	220	325	220	325
RS	47	12				X		X	X	Texturizado	175	375	175	375
IR	60	2	X				X		X	Poliuretano	240	400	240	400
MFR	24	4			X			X	X	Texturizado	285	350	285	375
LRL	57	12				X				Texturizado	230	350	230	350
EO	39	4			X			X	X	Texturizado	250	350	250	350
AA	46	15	X			X	X		X	Poliuretano	140	450	140	450
JM	33	3			X			X	X	Texturizado	260	350	260	350
BV	58	13				X				Texturizado	280	350	280	350
CF	70	17	X		X		X		X	Poliuretano	190	300	190	300
EA	41	13				X			X	Poliuretano	175	375	175	375
IG	51	10	X				X	X	X	Poliuretano	155	240	155	240
RO	49	6				X			X	Texturizado	300	310	375	265
EC	44	10			X	X		X	X	Texturizado	285	420	255	420

irregularidades de contorno, seroma residual ou outras alterações relacionadas à cirurgia apresentada no estudo.

Entre as complicações da cirurgia, foram registrados 4 casos de deiscência unilateral da sutura na junção cicatricial inframamárias, representando 8,3% do total de 48 mamas operadas. Em uma paciente, ocorreu necrose parcial, unilateral, de aréola, correspondendo a 2,8% das mamas operadas. Neste caso específico, tinha sido realizada a cirurgia primária e duas cirurgias reparadoras de mama previamente. Todas as complicações foram solucionadas sob anestesia local. Não ocorreram deiscência completa de sutura, hematoma, infecção ou outras complicações maiores nos casos submetidos ao procedimento apresentado.

DISCUSSÃO

Diante do expressivo número de mulheres submetidas a cirurgias de aumento mamário ou cirurgias de reposicionamento das mamas com a inclusão de próteses de silicone nos últimos anos, é importante que o cirurgião encontre soluções práticas e objetivas para realizar cirurgias mamárias secundárias, proporcionando resultados satisfatórios às pacientes e evitando procedimentos excessivamente demorados ou com grandes perdas sanguíneas.

Em 2001, Melega et al.¹⁵ descreveram a ressecção em monobloco, realizando-se a abordagem cirúrgica por meio de incisão sobre a cicatriz prévia e dissecação da cápsula fibrosa com tesoura romba, denominando “Capsulectomia sem capsulotomia”, em casos de correção de contratura capsular.

A ressecção em monobloco envolvendo pele, glândula mamária, cápsula fibrosa e implantes oferece múltiplos benefícios na realização de uma cirurgia com elevado grau de complexidade como a mamoplastia associada à substituição das próteses.

Dentre os benefícios, destacam-se:

- a) Praticidade das incisões cutâneas: com o suporte oferecido pela prótese e sua cápsula fibrosa muitas vezes endurecida pela contratura capsular, a incisão da pele torna-se prática, permitindo realizar incisões precisas mesmo em peles delgadas ou com estrias;
- b) Controle do plano de descolamento: a estabilidade da prótese evita que a cápsula se dobre durante as trações, facilitando o descolamento das porções medial, lateral e posterior, praticamente eliminando o risco de permanência de resíduos da cápsula;
- c) Controle da hemostasia: realizando-se o descolamento no contorno da cápsula fibrosa torna-se mais fácil a visualização e cauterização dos vasos sanguíneos durante a ressecção,

mantendo o campo operatório limpo e causando mínima perda sanguínea a paciente;

- d) Evitar o extravasamento de silicone e/ou secreções intracapsulares para o tecido mamário: sem a abertura da cápsula para retirar o implante, diminui significativamente o risco de contaminação para a colocação do novo implante. Pois, mesmo que ocorra a abertura da cápsula é possível realizar com facilidade a aspiração do conteúdo líquido intracapsular, evitando-se o contato desse conteúdo com os tecidos adjacentes;
- e) Objetividade na ressecção do tecido mamário e na retirada da prótese: a redução do tempo cirúrgico na fase inicial do procedimento cirúrgico propicia certa tranquilidade ao cirurgião na reestruturação mamária, reduzindo-se as complicações relacionadas às cirurgias de longa duração.

Diversas técnicas foram propostas para a abordagem da cápsula fibrosa em estudos prévios¹⁵⁻²⁰, muitas delas com a sua preservação, sendo de algumas porções ou da sua totalidade, com resultados favoráveis. Entretanto, a manutenção de um tecido fibroso que permaneceu em contato com a prótese e que provavelmente incorporou os resíduos do extravasamento do gel de silicone, além de apresentar potencial contaminação bacteriana pode gerar consequências muitas vezes desastrosas, principalmente na ocorrência de infecção local, a qual tornaria imprescindível a retirada do implante^{15,21-24}.

Uma ampla revisão das publicações sobre o manejo da contratura capsular demonstra que tanto a capsulotomia quanto a capsulectomia podem ser efetivas, mas sugerem a realização de capsulectomia total nos casos de contratura de próteses retroglandulares²⁵.

Em 2006, Spear²⁰ descreveu uma técnica para correção de contratura capsular com capsulectomia total ou parcial e conversão da prótese para o plano retropeitoral, usando suturas do tipo marionete para obliterar o espaço subglandular, obtendo resultados satisfatórios com baixo risco de contratura capsular.

É evidente que a complexidade da cirurgia e a instabilidade das estruturas mobilizadas no procedimento apresentado exigem medidas preventivas, a fim de evitar o descolamento das próteses e a migração das mesmas para o espaço retroglandular, o que seria desastroso, sobretudo se ocorrer em apenas um dos lados. Assim, praticou-se a sutura direta, com a realização de múltiplos pontos, utilizando-se fio resistente e não absorvível, para a perfeita adesão da borda inferior do músculo peitoral ao tecido mamário.

Apesar das próteses não ficarem completamente recobertas pelo músculo peitoral, a cobertura da porção

superomedial do implante propicia um resultado natural. Além disso, a criteriosa liberação do músculo peitoral na sua parte inferior e a manutenção das inserções mediais e laterais permitem a acomodação do implante de maneira a criar maior estabilidade e diminuir o risco de deslocamento no pós-operatório^{3,19,26} (Figuras 9A - 9D).



Figura 9. Demonstração de resultados.

Nos casos estudados, as próteses com revestimento de poliuretano e sua completa adesão à cápsula fibrosa permitiram a ressecção mais prática, mesmo com variáveis graus de contratura capsular. As cápsulas fibrosas que envolviam implantes texturizados tinham características mais finas e a instabilidade das próteses, pela presença de seroma residual ou pelo excessivo tamanho da loja da prótese, ocasionou maior dificuldade na ressecção.

Considerando a complexidade da cirurgia e o fato de serem cirurgias secundárias da mama, o índice de complicações não ultrapassou o relatado em estudos realizados previamente^{2,4,5,15,19}. No acompanhamento pós-operatório dos casos analisados não foram necessárias intervenções para reparação cirúrgica por ptose mamária residual, deslocamento dos implantes ou assimetrias mamárias. Além disso, nenhum caso apresentou contratura capsular até a elaboração deste estudo. Mesmo considerando o tempo de evolução relativamente pequeno dos casos desde a cirurgia, os resultados obtidos oferecem a perspectiva de estabilidade do implante e baixo índice de contratura capsular a longo prazo.

Ressalta-se que o adequado planejamento e posicionamento dos implantes mamários devem ser imperiosos nas cirurgias de aumento da mama. Porém, conhecer diferentes opções de métodos para realizar cirurgias secundárias ou reparadoras é primordial, no sentido de possibilitar soluções em casos complexos, de resultados inadequados e de pacientes insatisfeitas com a cirurgia primária.

CONCLUSÃO

A ressecção em monobloco e neoposicionamento do implante no espaço retropeitoral parcial, com suturas fixando o músculo peitoral maior ao tecido mamário, oferece uma alternativa para aprimorar as cirurgias mamárias secundárias, propiciando resultados favoráveis em casos de mobilidade excessiva ou contratura capsular de próteses inicialmente em posição retroglândular.

COLABORAÇÕES

VJC

Análise e/ou interpretação dos dados, Aprovação final do manuscrito, Coleta de Dados, Concepção e desenho do estudo, Metodologia, Redação - Revisão e Edição

REFERÊNCIAS

1. Spear SL, Bulan EJ, Venturi ML. Breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Oct;114(5):73E-81E. PMID: 15457008
2. Pitanguy I, Amorim NFG, Ferreira AV, Berger R, Análise das trocas de implantes mamários nos últimos cinco anos na Clínica Ivo Pitanguy. *Rev Bras Cir Plást.* 2010 Dec;25(4):668-674. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752010000400019>
3. Zeitoune GC, Subpeitoral ou subglandular: qual é a melhor localização do implante para pacientes com hipomastia?. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(3):428-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000300017>
4. Handel N, Cordray T, Gutierrez J, Jensen JA. A long-term study of outcomes, complications, and patient satisfaction with breast implants. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Mar;117(3):757-67. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000201457.00772.1d>
5. Sperly A, Bersou Júnior A, Freitas JOG, Michalay N. Complicações com próteses mamárias. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2000;15(3):33-46.
6. Slavin SA, Greene AK. Augmentation mammoplasty and its complications. In: Thorne CH, editor. *Grabb & Smith's plastic surgery.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.575-584.
7. Tebbetts JB. Dual plane breast augmentation: Optimizing implant-soft-tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Dec;118(7 Suppl):81S-98S. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-200612001-00012>
8. Teitelbaum S. Abordagem do aumento das mamas em plano duplo. In: Aston SJ, editor. *Cirurgia Plástica Estética.* Elsevier. 2011;(54):675-687.
9. Hidalgo DA, Spector JA. Mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2013 Oct;132(4):642e-656e. PMID: 24076713 DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e31829fe4b4>
10. De Benito J, Sánchez K. Key points in mastopexy. *Aesthetic Plast Surg.* 2010 Dec;34(6):711-5. PMID: 20499062 DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-010-9527-5>
11. Graf R, Biggs TM. In search of better shape in mastopexy and reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2002 Jul;110(1):309-17;discussion:318-22. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-200207000-00053>
12. Swanson E. A retrospective photometric study of 82 published reports of mastopexy and breast reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Dec;128(6):1282-301. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318230c884>
13. Wada A, Millan LS, Gallafrio ST, Gemperli R, Ferreira MC. Tratamento da ptose mamária e hipomastia utilizando técnica de mamoplastia com pedículo súpero-medial e implante mamário. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):576-583. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000400018>
14. Spear SL, Baker Júnior JL. Classification of capsular contracture after prosthetic breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.*

- 1995 Oct;96(5):1119-23;discussion:1124. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-199510000-00018>
15. Meiega JM, Amaral AB, Cunha KN, Arantes HL, Kawasak MC. A Capsulectomia sem Capsulotomia no Tratamento das Contraturas Capsulares. *Rev Bras Cir Plást.* 2001;16(2):37-48.
16. Handel N. Secondary mastopexy in the augmented patient: a recipe for disaster. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Dec;118(7 Suppl):152S-163S;discussion:164S-167S. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.a0000246106.85435.74>
17. Young VL. Guidelines and indications for breast implant capsulectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Sep;102(3):884-91;discussion:892-4. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-199809010-00043>
18. Saraiva JAC. Tratamento das contraturas nas mamoplastias de aumento retroglândulares: implante retropeitoral com retalho capsular. *Rev Bras Cir Plást.* 2013 Jul/Sep;28(4):607-610.
19. Tebbetts JB. "Out points" criteria for breast implant removal without replacement and criteria to minimize reoperations following breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Oct;114(5):1258-62. PMID: 15457046 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000136802.91357.CF>
20. Spear SL, Carter ME, Ganz JC. The correction of capsular contracture by conversion to "dual-plane" positioning: technique and outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(2):456-66. PMID: 12900603 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000070987.15303.1A>
21. Virden CP, Dobke MK, Stein P, Parsons CL, Frank DH. Subclinical infection of the silicone breast implant surface as a possible cause of capsular contracture. *Aesthetic Plast Surg.* 1992;16(2):173-9. PMID: 1570781 DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00450610>
22. Tamboto H, Vickery K, Deva AK. Subclinical (biofilm) infection causes capsular contracture in a porcine model following augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Sep;126(3):835-42. DOI: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181e3b456>
23. Spear SL. Capsulotomy, capsulectomy, and implantectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(2):323-4. PMID: 8337283 DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-199308000-00018>
24. Peters W, Smith D, Fornasier V, Lugowski S, Ibanez D. An outcome analysis of 100 women after explantation of silicone gel breast implants. *Ann Plast Surg.* 1997 Jul;39(1):9-19. PMID: 9229086 DOI: <https://doi.org/10.1097/00006637-199707000-00002>
25. Dinah W, Rohrich RJ. Revisiting the management of capsular contracture in breast augmentation: a systematic review. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Mar;137(3):826-41. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000480095.23356.ae>
26. Mahler D, Hauben DJ. Retromammary versus retropectoral breast augmentation: a comparative study. *Ann Plast Surg.* 1982 May;8(5):370-4. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006637-198205000-00003>

Autor correspondente:*Vinicius Julio Camargo**

Rua Tapir 757, Centro, Pato Branco, PR, Brasil.

CEP: 85501-032

E-mail: viniciusjcamargo@yahoo.com.br