

# Correção da hipoplasia de polo inferior da mama

## *Surgical correction of breast inferior pole hypoplasia*

VICTOR VIEIRA ORSI<sup>1</sup>

GUSTAVO LEVACOV BERLIM<sup>2</sup>

CARLOS EDUARDO OCHOA

TAGLIARI<sup>3</sup>

DIEGO ILHA THOMAS<sup>3</sup>

PEDRO BILIBIO WESTPHALEN<sup>3</sup>

JOÃO VALTER PIRES JUNIOR<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** As mamas com hipoplasia de polo inferior apresentam aspecto desarmônico, com o sulco inframamário alto, predominância de volume glandular nos quadrantes superiores, e, conseqüentemente, direcionamento inferior do complexo areolopapilar. É meta desejável, nesses casos, a correção da forma desarmônica das mamas, bem como de eventuais assimetrias, com cicatrizes mínimas ou inconspícuas. O objetivo deste trabalho é apresentar técnica cirúrgica para correção de hipoplasia de polo inferior da mama. **Método:** A técnica cirúrgica utilizou retalho interno rodado para reconfigurar a mama e reposicionar o sulco inframamário, tendo como vias de acesso cirúrgico tão somente as cicatrizes por onde se colocam as próteses. **Resultados:** A técnica descrita foi utilizada em 4 pacientes com hipoplasia de polo inferior de mama, com idades variando entre 19 anos e 27 anos. Os resultados demonstram que a correção da deformidade mamária foi alcançada adequadamente, bem como o reposicionamento do sulco inframamário, sem provocar irregularidades no contorno inferior da mama. **Conclusões:** A técnica proposta é uma alternativa adequada para o tratamento de casos selecionados de deformidade mamária com hipoplasia de polo inferior.

**Descritores:** Mama/cirurgia. Mamoplastia. Cirurgia plástica/métodos.

### ABSTRACT

**Background:** Breasts with inferior pole hypoplasia have a disharmonious appearance owing to a high inframammary fold and the prevalence of glandular volume in the upper quadrants that results in a lower inclination of the nipple–areola complex. In these patients, the goal is to correct the disharmonious shape of their breasts and possible asymmetries while causing minimal or inconspicuous scars. The aim of this study was to present a surgical technique to correct breast inferior pole hypoplasia. **Methods:** The surgical technique involved a rotated internal flap to reshape the breast and relocate the inframammary fold, a result achieved using only the scores where the implants would be positioned as surgical access routes. **Results:** The procedure described here was used in four patients aged 19–27 years with breast inferior pole hypoplasia. The results demonstrate that the correction of breast deformities was properly achieved, and the inframammary fold was repositioned without any irregularities in the inferior breast contour. **Conclusions:** The technique proposed here is a suitable alternative for the treatment of selected cases of breast deformities with hypoplasia of the inferior pole.

**Keywords:** Breast/surgery. Mammoplasty. Plastic surgery/methods.

Trabalho realizado no

Hospital Cristo Redentor –

Grupo Hospitalar Conceição,

Porto Alegre, RS, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP

(Sistema de Gestão de

Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 18/3/2013

Artigo aceito: 10/5/2013

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), mestre em Medicina-Cirurgia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, preceptor da Residência Médica do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Cristo Redentor, Porto Alegre, RS, Brasil.
2. Cirurgião plástico, membro associado da SBCP, médico do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Cristo Redentor, Porto Alegre, RS, Brasil.
3. Membro aspirante da SBCP, médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Cristo Redentor, Porto Alegre, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

As mamas com hipoplasia de polo inferior apresentam aspecto desarmônico, com o sulco inframamário alto, predominância de volume glandular nos quadrantes superiores, e, conseqüentemente, direcionamento inferior do complexo areolopapilar (CAP)<sup>1-6</sup>.

Von Heimburg et al.<sup>2</sup> classificaram as deformidades da base da mama em 4 tipos:

- tipo I – apenas o quadrante ínfero-medial da mama é deficiente;
- tipo II – presença de deficiência em ambos os quadrantes inferiores da mama, porém sem déficit de pele na região infra-areolar;
- tipo III – ambos os quadrantes inferiores da mama são deficientes, com déficit de pele infra-areolar;
- tipo IV – os 4 quadrantes mamários são deficientes (mama tuberosa).

As mamas com hipoplasia de polo inferior, quer se caracterizem como tipos I, II ou III na classificação proposta por Von Heimburg et al.<sup>2</sup>, não são propriamente tuberosas, ainda que compartilhem com essas algumas dificuldades no tratamento. Além disso, as pacientes com deformidades da base da mama frequentemente apresentam também assimetrias mamárias, o que torna o tratamento ainda mais complexo.

As opções para o tratamento da hipoplasia de polo inferior da mama geralmente incluem técnicas de mastopexia associadas ao uso de próteses, com o ônus inerente de cicatrizes extensas: periareolares, associadas ou não à vertical inferior, ou tipo “T invertido”<sup>3</sup>. É meta desejável, nesses casos, a correção da forma desarmônica das mamas, bem como de eventuais assimetrias, com cicatrizes mínimas ou inconspícuas. Nesse sentido, algumas pacientes podem se beneficiar com técnicas que utilizam retalhos internos rodados, para reconfigurar a mama e reposicionar o sulco inframamário, tendo como vias de acesso cirúrgico tão-somente as cicatrizes por onde são colocadas as próteses, como será descrito nesta série de casos.

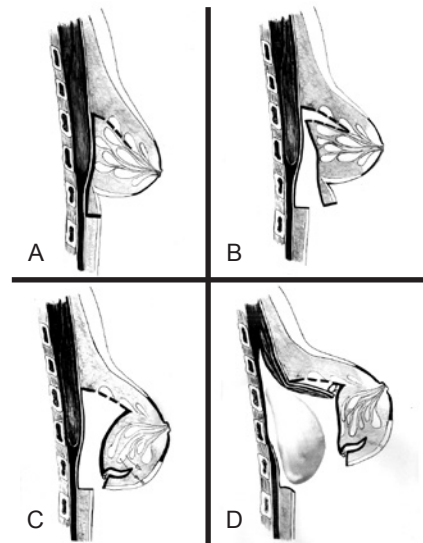
## MÉTODO

Este trabalho apresenta uma série de 4 pacientes operadas para correção da hipoplasia de polo inferior da mama, no período de 2010 a 2011.

As pacientes foram operadas seguindo a técnica cirúrgica descrita a seguir:

- Delimitação e planejamento das incisões – com a paciente em pé, foi demarcado o sulco inframamário ideal, por vezes mais de 5 cm abaixo do sulco inframamário preexistente. A incisão ao longo desse sulco inframamário ideal deve ter extensão suficiente para a execução da técnica. Nos casos reportados neste trabalho, optou-se por incisões de cerca de 6 cm de extensão.

- Dissecção – foi iniciada no plano subglandular até acima da projeção do CAP. Na porção superior da glândula mamária, foi iniciada a confecção de um retalho de tecido mamário (Figura 1A), paralelo à pele com base inferior, que pode ser rodado 180 graus inferiormente (Figura 1B).
- Fixação do retalho – realizada sutura da extremidade superior do retalho ao bordo superior da ferida operatória com fio mononáilon 3-0, promovendo o preenchimento do polo inferior da mama e empurrando a pele de dentro para fora e causando o apagamento do sulco inframamário preexistente (Figura 1C). Essa sutura garante, também, que, ao término da cirurgia, o novo sulco inframamário se posicione junto à ferida operatória.
- Dissecção em plano duplo e inserção da prótese – foi dissecado o plano abaixo do músculo peitoral para a inserção da prótese mamária, conforme técnica de plano duplo. A dissecção subglandular foi extensa em direção superior, para confeccionar o retalho, até acima da altura do CAP. Por esse motivo, considerou-se necessário ressuturar o bordo do músculo peitoral à mama, com fio de monocryl 3-0, previamente à inserção da prótese (Figura 1D).



**Figura 1** – Desenho esquemático da técnica de correção da hipoplasia de polo inferior da mama. Em **A**, incisões em sulco inframamário e dissecção inicialmente no plano subglandular. Em **B**, dissecção do retalho interno. Em **C**, rotação da extremidade do retalho em direção inferior e sua fixação no bordo da ferida operatória. Essa rotação promove o preenchimento do polo inferior da mama e empurra a pele de dentro para fora, causando o apagamento do sulco inframamário preexistente. Em **D**, dissecção do plano submuscular para inserção da prótese mamária em plano duplo. Previamente à inserção da prótese, o bordo do músculo peitoral foi ressuturado à mama, com fio monocryl 3-0.

- Fechamento – procedeu-se à sutura por planos com fio de monocryl 3-0 e fechamento da pele com sutura intradérmica.

## RESULTADOS

A técnica descrita foi utilizada em 4 pacientes com hipoplasia de polo inferior de mama, com idades variando entre 19 anos e 27 anos.

Em todos os casos, foram utilizadas próteses de silicone de revestimento texturizado, gel coesivo, perfil alto, com volumes de 225 cc a 325 cc.

Não foram observadas intercorrências no período pós-operatório, sendo o maior período de acompanhamento de 2 anos.

As Figuras 2 a 5 ilustram os resultados obtidos nos 4 casos.

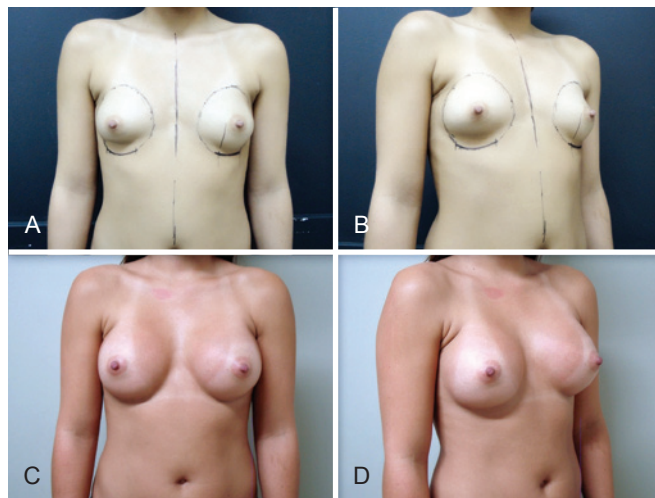
Os resultados demonstram que a correção da deformidade mamária foi alcançada adequadamente, bem como o reposicionamento do sulco inframamário, sem provocar irregularidades no contorno inferior da mama.

## DISCUSSÃO

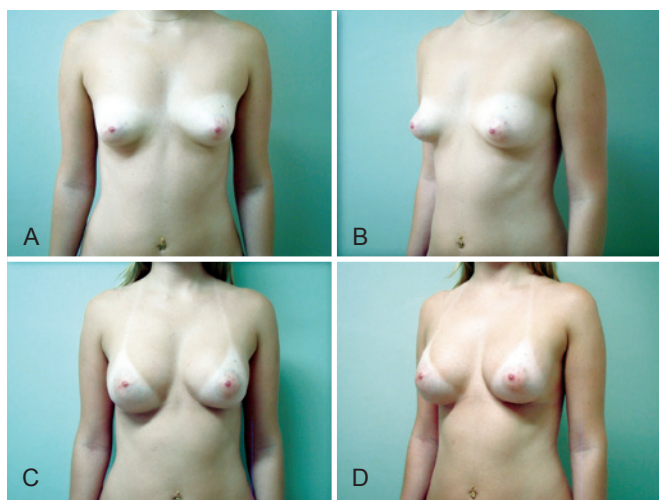
A técnica descrita nesta série de casos apresenta grande semelhança com aquela descrita por Oroz e al.<sup>1</sup>, em 2005, na qual também se utilizam retalhos internos da mama para reconstituir o volume do polo inferior da mama e reposicionar o sulco inframamário. Os retalhos são dissecados a partir da mesma incisão por onde se inserem as próteses, e nesse ponto

está a principal (ou única) diferença entre a técnica descrita por Oroz e al.<sup>1</sup> e a empregada no presente estudo.

No trabalho de Oroz e al.<sup>1</sup>, foi utilizada incisão periareolar inferior, enquanto nesta série se utilizou a incisão pelo



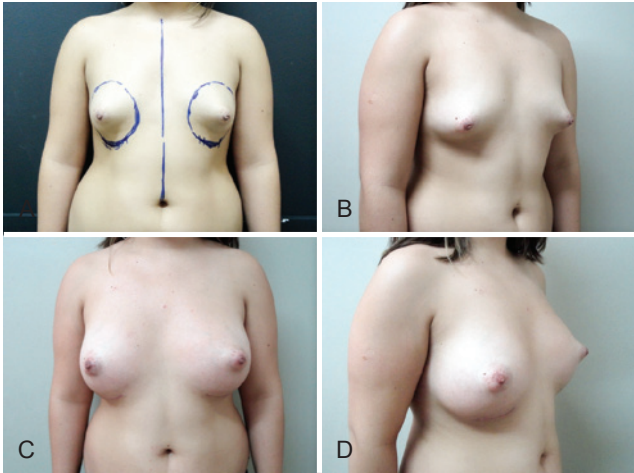
**Figura 3** – Caso 2. Paciente de 27 anos de idade. Em A e B, aspecto pré-operatório demonstrando assimetria mamária, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita. Na vista oblíqua direita, observa-se detalhe da marcação abaixo do sulco inframamário preexistente. Em C e D, aspecto pós-operatório de 1 ano e 6 meses, respectivamente, em posição frontal e oblíqua direita. Foram utilizadas próteses de silicone texturizadas, de gel coesivo e perfil alto, de 325 cc à direita e de 300 cc à esquerda.



**Figura 2** – Caso 1. Paciente de 25 anos de idade. Em A e B, aspecto pré-operatório, respectivamente, em posição frontal e oblíqua esquerda. Em C e D, aspecto pós-operatório de 1 ano e 10 meses, respectivamente, em vista frontal e oblíqua esquerda. Foram utilizadas próteses de silicone texturizadas, de gel coesivo e perfil alto, de 250 cc.



**Figura 4** – Caso 3. Paciente de 22 anos de idade. Em A e B, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita. Em C e D, aspecto pós-operatório de 3 meses, respectivamente, em posição frontal e oblíqua direita. Foram utilizadas próteses de silicone texturizadas, de gel coesivo e perfil alto, de 225 cc.



**Figura 5** – Caso 4. Paciente de 19 anos de idade. Em **A e B**, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vista frontal e oblíqua direita. Na vista frontal, observa-se detalhe da marcação abaixo do sulco inframamário preexistente. Em **C e D**, aspecto pós-operatório de 1 semana, respectivamente, em posição frontal e oblíqua direita. Foram utilizadas próteses de silicone texturizadas, de gel coesivo e perfil alto, de 275 cc.

sulco inframamário. Ainda que com a via de acesso distinta, a abordagem no interior da mama e a dissecação do retalho são idênticas.

Trata-se de uma opção no tratamento da hipoplasia de polo inferior da mama, na qual as cicatrizes são muito reduzidas quando comparado a uma mastopexia convencional.

Além disso, é possível corrigir a deformidade e promover aumento do volume mamário, com segurança na obtenção da correta posição do novo sulco inframamário e sem irregularidades no contorno inferior da mama.

Os casos apresentados tiveram evolução favorável, com satisfação das pacientes com relação ao resultado, e sem complicações no pós-operatório até o momento.

## CONCLUSÕES

Mesmo considerando-se a pequena casuística e o período de acompanhamento limitado, os resultados sugerem que a técnica proposta é uma alternativa adequada para o tratamento de casos selecionados de deformidade mamária com hipoplasia de polo inferior.

## REFERÊNCIAS

1. Oroz J, Pelay MJ, Escudero FJ. Reconstruction of the tuberous breast. *An Sist Sanit Navar*. 2005;28 Suppl 2:101-8.
2. von Heimburg D, Exner K, Kruft S, Lemperle G. The tuberous breast deformity: classification and treatment. *Br J Plast Surg*. 1996;49(6):339-45.
3. Mandrekas AD, Zambacos GJ, Anastasopoulos A, Hapsas D, Lambri-naki N, Ioannidou-Mouzaka L. Aesthetic reconstruction of the tuberous breast deformity. *Plast Reconstr Surg*. 2003;112(4):1099-108.
4. Costa SS, Blotta RM. Assimetrias da mama. Rio de Janeiro: Revinter; 2007.
5. Ribeiro L, Canzi W, Buss A Jr, Accorsi A Jr. Tuberous breast: a new approach. *Plast Reconstr Surg*. 1998;101(1):42-50.
6. Ribeiro L, Accorsi A Jr, Buss A, Pessjã MC. Short scar correction of the tuberous breast. *Clin Plast Surg*. 2002;29(3):423-31.

### Correspondência para:

Victor Vieira Orsi  
Rua Itaboraí, 840/703 – Bairro Jardim Botânico – Porto Alegre, RS, Brasil – CEP 90670-030  
E-mail: victor.orsi@brturbo.com.br