

Mamoplastia redutora na faculdade de medicina do ABC - 25 anos de evolução

Gerson Vilhena Pereira Filho¹ • José Mário Camelo Nunes² • Rubens Luis Costa³

HISTÓRICO

A mama é uma glândula sudorípara, que está intimamente ligada à identidade feminina. Sua hipertrofia causa uma deformidade que traz à mulher preocupações de ordem física e psíquica.

Os cirurgiões plásticos, no decorrer dos anos, têm procurado, incessantemente, aperfeiçoar técnicas, manter as características anatômicas e fisiológicas da glândula e propiciar com a redução e a modelagem, o conforto e satisfação às suas pacientes.

Até o início deste século, as doenças da mama foram tratadas com reparações primárias, através de ressecções segmentares da glândula.

BIESENBERGER (1928) descreveu procedimento de ressecção externa e inferior da glândula, acompanhado de descolamento cutâneo, modelando a mama, com cicatriz resultante em T invertido.

SCHWARZMANN (1930) praticou o mesmo tipo de ressecção de BIESENBERGER (1928) e acrescentou manobra de decorticação que aumentou a segurança da irrigação vascular para a aréola e o mamilo. Esta manobra recebeu o seu nome e possibilitou que se ampliassem as ressecções glandulares, com segurança de nutrição, para o complexo aréolo-mamilar.

ARIÉ (1957), sem a marcação prévia, iniciava a cirurgia com a manobra de SCHWARZMANN (1930), seguida de ressecção em fuso e losangular na parte inferior da glândula, com fixação dos retalhos glandulares no gradeado costal.

STRÖMBECK (1960) utilizava a marcação prévia, sem descolamento cutâneo glandular. Rea-

lizou ressecção no segmento inferior e ínfero-posterior em forma de cilindro e idealizou a manutenção do complexo aréolo-mamilar, com nutrição medial e lateral, que permitiu boa modelagem.

PITANGUY (1961), com marcação prévia, praticou ressecção na parte inferior e ínfero-posterior da glândula ("em quilha de navio"), sem descolamento cutâneo, com cicatriz resultante em T invertido.

SKOOG (1963) apresentou variação à técnica de STRÖMBECK (1960), com retalho dérmico de pedículo súpero-lateral, para manutenção do complexo aréolo-mamilar, que permitiu ampliar as ressecções glandulares, com boa ascensão e acomodação da aréola.

Estas técnicas, consideradas de nutrição superior, com marcação prévia, passaram a ser amplamente utilizadas e ocorreu uma série publicações, onde foram sugeridas pequenas modificações e variações táticas, com objetivo de se conseguir resultados satisfatórios quanto à forma, manutenção, simetria e procuravam diminuir o comprimento das cicatrizes.

MILLAN* (1965) metodizou procedimento sem marcação prévia, onde após a manobra de SCHWARZMANN (1930) e incisão em T invertido, dissecou o segmento cutâneo, expos a glândula, realizou a ressecção necessária para a redução, conseguiu manter a forma e simetria desejados; e modelou o tecido remanescente com manipulação dos segmentos cutâneos.

O procedimento preconizado por MILLAN (1965) tem sido realizado no Serviço de Cirurgia

1 - Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina do ABC

2 - Auxiliar de Ensino da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina do ABC

3 - Auxiliar de Ensino da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina do ABC

* Comunicação pessoal

Plástica do Hospital Santa Catarina e da Faculdade de Medicina do ABC e os resultados estéticos tardios conhecidos e aceitos pelas pacientes.

O objetivo deste artigo é descrever a técnica operatória metodizada e não publicada.

TÉCNICA OPERATÓRIA

Anestesia

As pacientes foram internadas, na véspera da cirurgia e, no período noturno, receberam a visita do anestesista, ocasião em que foram examinadas, revisados os exames pré-operatórios e administrados, via oral, 2 mg de lorazepan.

No dia da cirurgia, 45 minutos antes do ato operatório, foram administrados, por via intramuscular, 6 mg de midazolam e 100 mg de meperidina.

Na sala de operação foram realizadas: canulação de veia periférica em membro superior, monitorização cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva e sondagem vesical de demora.

A indução da anestesia foi realizada com midazolam, na dose de 0,2 mg/Kg de peso, citrato de fentanila - 7 mcg/Kg de peso. O bloqueio neuromuscular foi realizado com besilato de atracúrio - 0,5 mg/Kg de peso. A entubação foi orotraqueal com respiração controlada mecânica⁽¹⁾.

Nesta fase inicial, foi administrada 1,0 g de cefalotina e mantida essa dose, em um intervalo de 6 em 6 horas.

A manutenção da anestesia foi feita com isoflurano, na concentração de 0,8 a 1,2%, e protóxido de nitrogênio (N₂O) a 50% e FiO₂ de 50%.

A canulação da veia no membro superior foi transferida para o membro inferior, devido à posição operatória na mesa cirúrgica (com braços semifletidos).

Terminada a operação, suspenderam-se todas as drogas anestésicas e a paciente foi mantida com oxigênio a 100% até a recuperação da função respiratória espontânea.

Posição operatória

As pacientes foram colocadas em decúbito dorsal, em posição supina, com o tronco mantendo ângulo de 45° com a pelve e as mãos mantidas sob a região glútea, com os braços em posição semifletida (Figura 1), do início ao fim da operação.

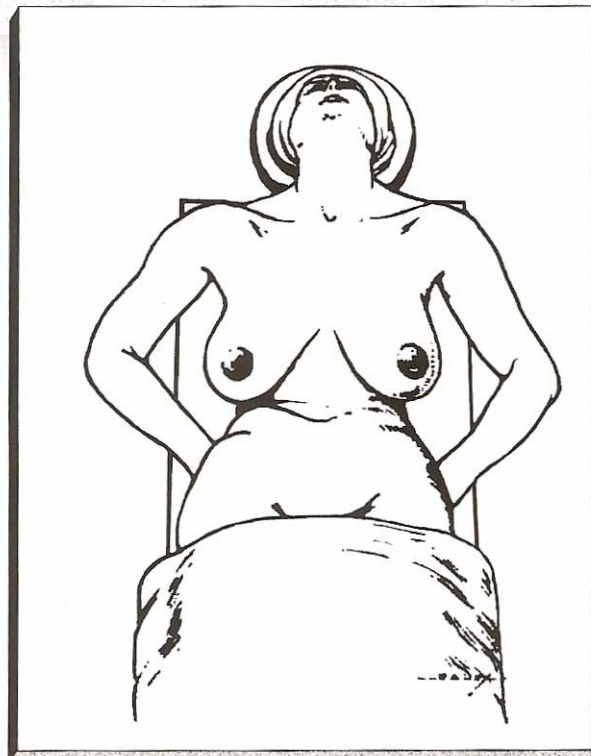


FIGURA 1 - Posição dos braços fletidos, tronco e ombros durante a operação.

Anti-sepsia

Realizada com iodo povidona (PVPI⁽²⁾) e colocação de campos, delimitou-se a área operatória dos ombros à cicatriz umbilical (Figura 2).

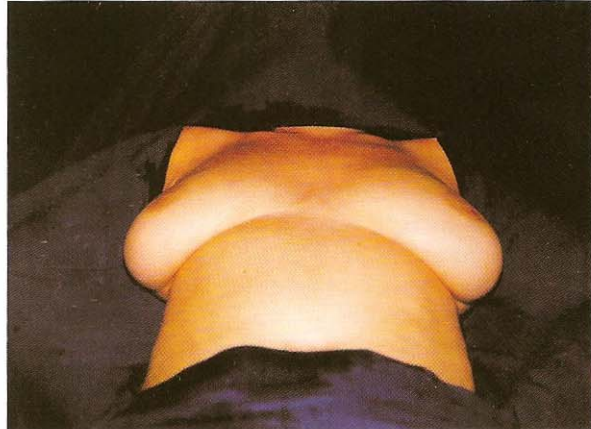


FIGURA 2 - Delimitação do campo operatório.

Demarcação da redução da aréola

O tamanho da neo-aréola foi escolhido com o auxílio de moldes de acrílico circulares (diâmetros

1 - Aparelho de anestesia: TAKAOKA 2603, com rotâmetro eletrônico 1811, vapor kettle 1425

2 - PVPI tóxico - solução aquosa - 1% de iodo ativo, à base de polivinilpirrolidona.

que variaram entre 3 e 6 cm), previamente estere-
lizados em óxido de etileno (Figura 3).

Foi realizada manobra de distensão uniforme
da pele da aréola e posicionado o molde, que ti-
nha o mamilo como ponto central de referência
(Figura 4). A seguir, foi demarcado o contorno
com azul de metileno a 5% (Figura 5).

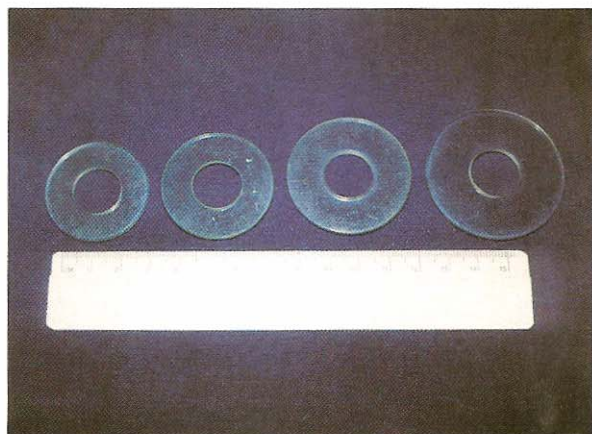


FIGURA 3 - Moldes de acrílico para demarcação da neo-aréola.



FIGURA 4 - Posicionamento e centralização do molde de acrílico.



FIGURA 5 - Demarcação da neo-aréola com azul de metileno.

Manobra de decorticação (SCHWARZMANN, 1930)

O local demarcado foi incisado (Figura 6) com
bisturi de lâmina no 15 e, a seguir, realizada ma-
nobra clássica de decorticação da pele da aréola
excedente (Figuras 7 e 8). O limite da área decorti-
cada foi demarcado e ressecado (Figuras 9 e 10).



FIGURA 6 - Incisão no local demarcado.

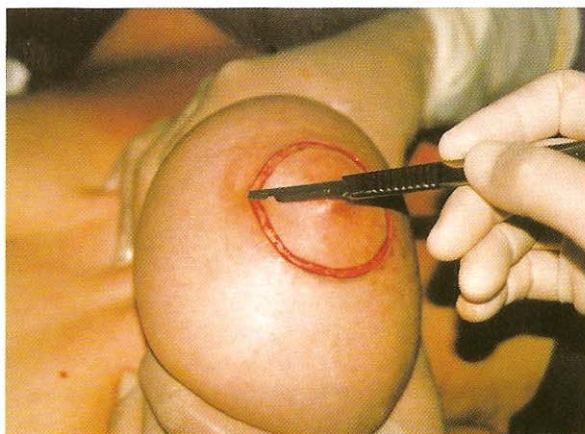


FIGURA 7 - Início da manobra de decorticação.

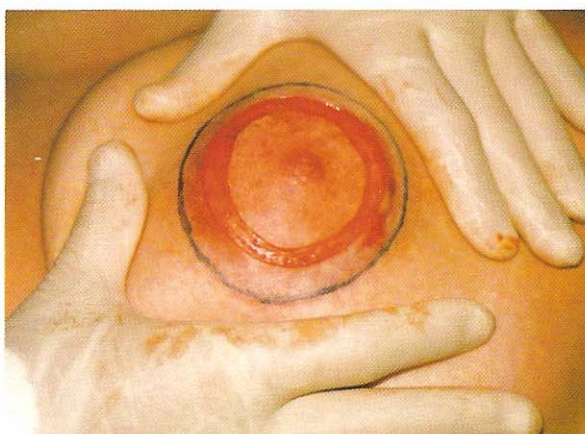


FIGURA 8 - Manobra de decorticação finalizada.

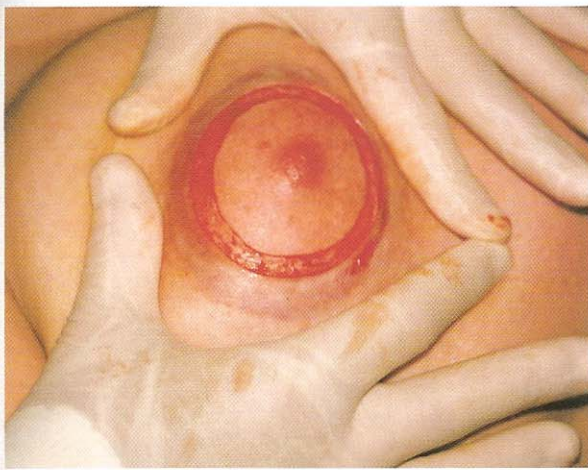


FIGURA 9 - Demarcação dos limites da área de pele decortificada com azul de metileno. - Início da manobra de decorticação.

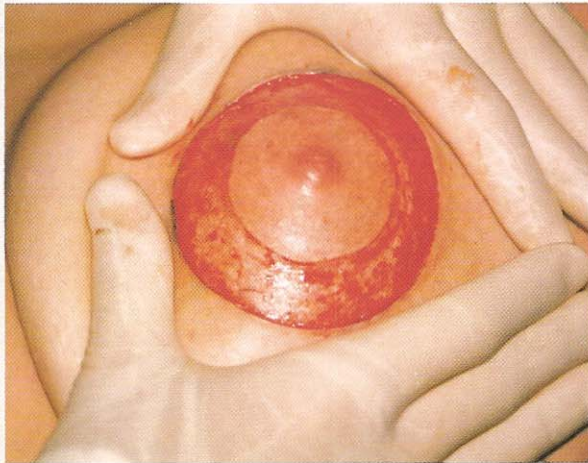


FIGURA 10 - Ressecção excedente de pele da aréola e exposição da área decortificada.

Demarcação e incisão no sulco submamário

A neo-aréola foi sustentada com passagem dupla de fio monofilamentar sintético não absorvível 4-0, fixado por nó e tracionada por pinça HALSTED reta, CHRISTMANN, OTTOLENGHI, RAFFO, VON GROLMAN, 1970 (Figura 11).

A mama foi mantida sob tração suave e a projeção da aréola demarcada no sulco submamário (Figuras 12 e 13). O comprimento da incisão correspondeu a 1,5x (uma vez e meia) o diâmetro da aréola e o ponto médio foi projetado pelo mamilo.

A incisão foi realizada com bisturi lâmina no 22, foram seccionados pele e subcutâneo e atingido o plano supra-aponeurótico do músculo peitoral maior (Figura 14).

A dissecação progrediu, neste plano, em direcção superior até a projeção da aréola. A hemostasia foi feita com bisturi eléctrico monopolar.

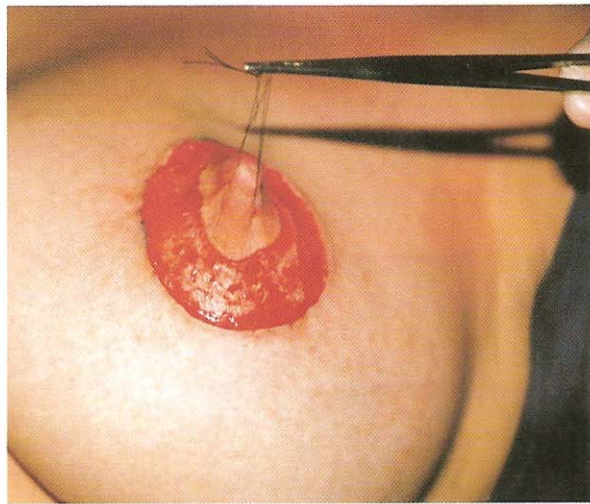


FIGURA 11 - Apresentação da neo-aréola, sustentada por pinça HALSTED reta.



FIGURA 12 - Demarcação e mensuração do local da incisão.



FIGURA 13 - Incisão demarcada no sulco submamário.

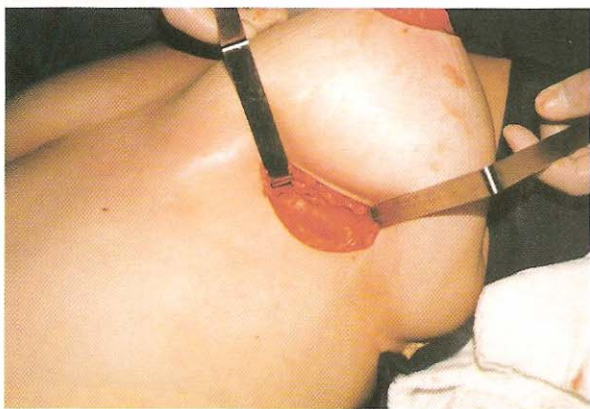


FIGURA 14 - Incisão realizada até a aponeurose do músculo peitoral maior.

Demarcação e incisão vertical

O local da incisão vertical foi demarcado, desde o limite inferior da área decorticada da neoaréola, ao ponto médio da incisão no sulco submamário (Figura 15).

A pele e subcutâneo foram cortados com bisturi lâmina no. 22 e atingiu-se o tecido glandular mamário (Figura 16).

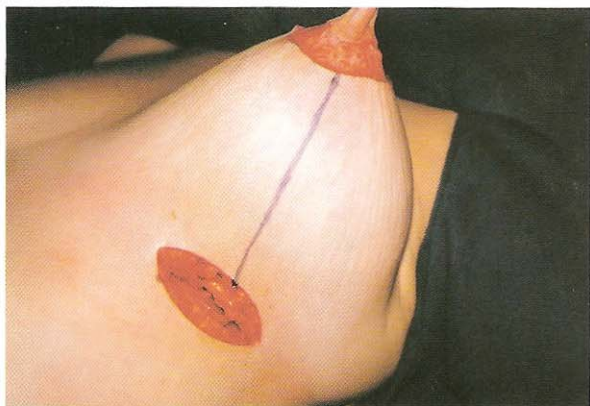


FIGURA 15 - Local da incisão vertical demarcada.



FIGURA 16 - Incisão vertical realizada.

Exposição da glândula mamária

Foram dissecados dois retalhos (medial e lateral), com espessura suficiente para manutenção da vitalidade (Figura 17), o que proporcionou ampla exposição da glândula mamária (Figura 18).

A dissecação não ultrapassou o limite mediano da mama (Figura 19 - setas).



FIGURA 17 - Exposição parcial da glândula mamária e retalho cutâneo medial dissecado.



FIGURA 18 - Glândula mamária exposta e os retalhos (medial e lateral) dissecados.



FIGURA 19 - As setas indicam o limite mediano de dissecação dos retalhos medial e lateral.

Ressecção glandular

Após demarcação, foi ressecado segmento de tecido glandular correspondente à redução da altura da mama (Figuras 20, 21 e 22).



FIGURA 20 - Glândula mamária demarcada, para a redução da altura.

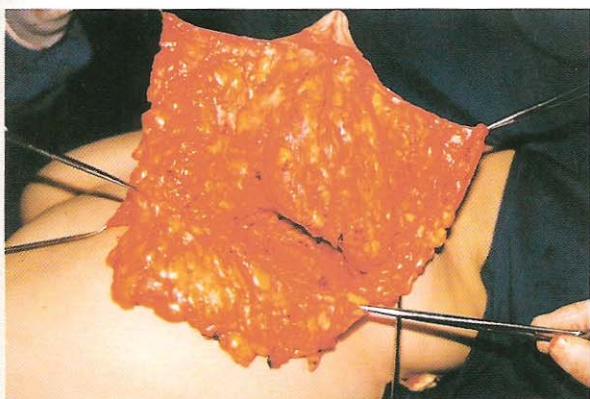


FIGURA 21 - Tecido glandular ressecado e exposto.



FIGURA 22 - Redução da altura da glândula mamária.

A seguir, foi demarcada a redução central (base) da glândula (Figura 23). Após a ressecção (Figura 24), foram mantidos dois retalhos (medial e lateral) de tecido glandular.

A redução foi evidenciada quando da aproximação dos referidos retalhos (Figura 25).



FIGURA 23 - Glândula mamária demarcada para ressecção em sua porção central.



FIGURA 24 - Redução da base da glândula mamária.

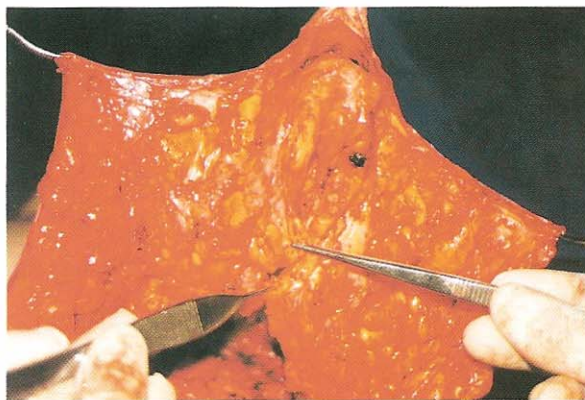


FIGURA 25 - Aproximação dos retalhos glandulares medial e lateral.

Modelagem da mama

Os retalhos medial e lateral foram manipulados (Figura 26) para que fosse contido o tecido glandular (Figura 27). A mama foi posicionada em nova situação e ajustada a tensão da pele por ma-

nipulação bidigital. Esta posição foi mantida (Figura 28) e os retalhos foram transfixados por cinco pontos em U, com aproximadamente 1,5 cm de distância entre os mesmos.

Observou-se a nova posição da mama no tórax e sua redução em relação à contralateral ainda não operada (Figuras 29 e 30).



FIGURA 26 - Posicionamento das mãos do cirurgião para manipulação dos retalhos.



FIGURA 27 - Manutenção do tecido glandular.

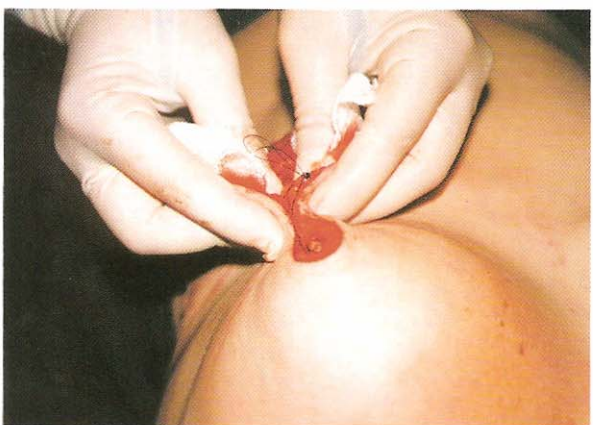


FIGURA 28 - Ajuste da pele e posicionamento da nova situação da mama.



FIGURA 29 - Vista lateral da mama modelada.



FIGURA 30 - Mama esquerda modelada e novo posicionamento no tórax.

Os mesmos procedimentos de demarcação e ressecção foram utilizados na glândula contralateral.

Realizada a modelagem dos retalhos da outra mama, ajustou-se a simetria (Figuras 31, 32 e 33).



FIGURA 31 - Modelagem da mama contralateral.

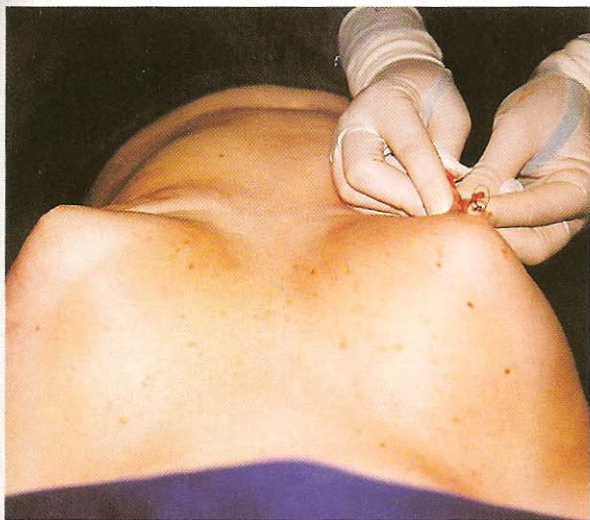


FIGURA 32 - Ajuste de simetria.

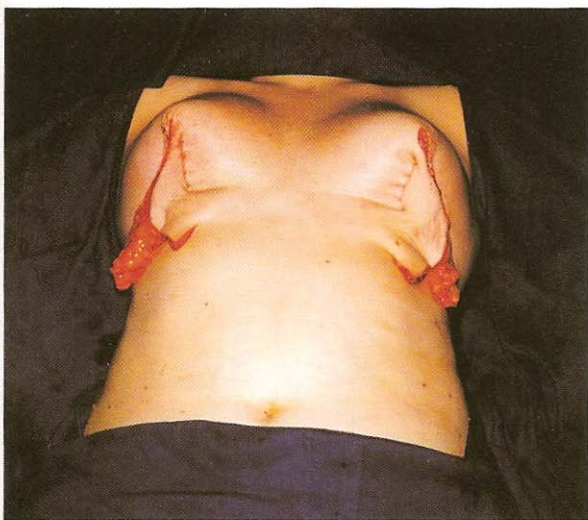


FIGURA 33 - Mamas direita e esquerda modeladas.

Demarcação e ressecção dos excessos de pele e subcutâneo

Os excessos de pele e subcutâneo foram demarcados (Figuras 34) e ressecados com lâmina de bisturi no 22.

Colocados drenos tubulares, com diâmetro de 3,2 mm, pela incisão horizontal, com exteriorização no limite medial da região axilar com o tórax, fixados com ponto de algodão 3-0.

A incisão horizontal foi aproximada, inicialmente, com pontos totais de fio monofilamentar sintético não-absorvível 4-0.



FIGURA 34 - Demarcação dos excessos de pele e subcutâneo.

Suturas vertical e horizontal

As suturas foram realizadas por planos, com fio monofilamentar sintético não-absorvível. O subcutâneo aproximado por pontos simples separados com fio 4-0¹. A pele suturada, inicialmente, com pontos justadérmicos, nós invertidos, com fio 5-0² e, finalmente, suturada a pele com pontos simples separados na espessura total, com fio 6-0³.

Posicionamento da neo-aréola

Foram posicionados, simetricamente, no ápice das mamas, os mesmos moldes de acrílico utilizados no início da operação (Figura 35). Após a demarcação (Figura 36), foi realizada decorticação dessa área (Figura 37) e a neo-aréola distribuída com 4 pontos cardeais simples¹, mantidos para apresentação (Figura 38).

Foi realizada aproximação justadérmica, com pontos invertidos 5-0², seguida de sutura clássica ALLGOWER³.



FIGURA 35 - Posicionamento simétrico dos moldes no ápice.

1 - Fio monofilamentar sintético não-absorvível preto 4-0, agulha de 3/8 com 2,0 cm

2 - Fio monofilamentar sintético não-absorvível branco 5-0, agulha de 3/8 com 1,5 cm.

3 - Fio monofilamentar sintético não-absorvível preto 6-0, agulha de 3/8 com 1,5 cm.

Curativo

Terminadas as suturas, a pele é desengordurada com éter sulfúrico a 70%. As feridas foram cobertas com gazes recortadas e fixadas com fitas de micropore, a seguir, a área foi recoberta com camadas de algodão hidrófilo, enfaixamento e acomodação dos drenos.

RESULTADOS



FIGURA 36 - Demarcação e exposição da área a ser decortada.



FIGURA 37 - Área decortica e néo-aréola exposta.

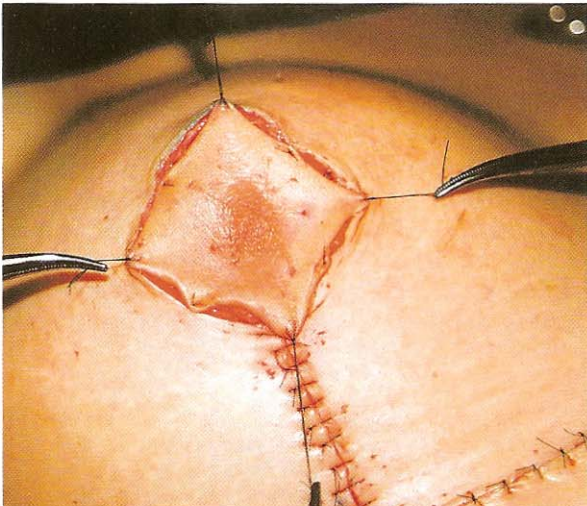


FIGURA 38 - Distribuição da neo-aréola.



FIGURA 39 - Pré-operatório - posição de frente.



FIGURA 40 - Pós-operatório de 1 ano - posição de frente.



FIGURA 41 - Pré-operatório - posição oblíqua.



FIGURA 42 - Pós-operatório de 1 ano - posição oblíqua.

CONCLUSÕES

Este procedimento metodizado por MILLAN desde 1965, apresentou seus resultados estéticos tardios conhecidos e aceitos pelas pacientes.

A técnica permitiu análise crítica de resultados (DAVANTEL e col., 1995) e ainda o desenvolvimento de tese de doutorado sobre análise matemática dos efeitos da redução mamária (VILHENA FILHO, 1996).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIÉ, G. - Nova técnica em mamoplastia. Rev. Latinoamer. Cir. Plást., 3:23-8, 1957.
2. BIESENBERGER, H. - Eine neue methode der mammaplastik. Zent. bl. Chir., 38:2382-7, 1928.
3. CHRISTMANN, F.E.; OTTOLENGHI, C.E.; RAFFO, J.M.; VON GROLMAN, G. - Instrumental y material quirúrgicos. In: Técnica quirúrgica. 10.ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1970. 17p.
4. DAVANTEL, J. A.; VILLAS BOAS FILHO, C.; SABATINI, M.C.; PEREIRA FILHO, G.V.; MILLAN, R.A.B. - Análise crítica de resultados de mamoplastias redutoras. Arq. Med. ABC, 18(1,2):2-6, 1995.
5. PITANGUY, I. - Mamoplastias: estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. Rev. Bras. Cir., 42(4):201-20, 1961.
6. SCHWARZMANN, E. - Mammaplastik. Chirurg, 2:932-43, 1930.
7. SKOOG, T. - Technique of breast reduction: transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. Acta Chir. Scand., 126:453-65, 1963.
8. STRÖMBECK, J.O. - Mammoplasty: report of a new technique based on the two-pedicle procedure. Br. J. Plast. Surg., 13:79-90, 1960.
9. VILHENA FILHO, G.V. - Avaliação dos efeitos de técnica de redução nas hipertrofias mamárias - São Paulo, 1995. 112p. [Tese - Doutorado - Técnica Operatória e Cirurgia Experimental - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina]