



Mamoplastia com cicatriz lateral, utilizando molde para marcação prévia

A. Ronan Horta de Almeida*

*Médico do Centro de Formação em Cirurgia Plástica do Hospital Mater Dei — Serviço Credenciado pela S.B.C.P.

Resumo

O autor apresenta um molde com desenho especial para evitar a cicatriz medial criada nas técnicas tradicionais.

O molde pode ser usado para mastopexia e as reduções mamárias.

São abordadas as maneiras de se usar o molde e as técnicas cirúrgicas empregadas. A cicatriz final se comporta como uma vírgula, com o aspecto lateral colocado sobre o sulco inframamário.

São feitos comentários sobre as patologias encontradas e como se evitar problemas secundários às técnicas em L.

O trabalho é baseado em experiência e observação de 63 pacientes operados em 1987.

Summary

The author presents a special pattern desing used in the mammaplasties to avoid the medial scar created by the traditional techiques. This pattern can be applied for cases of mastopexy and to the different types of breast reduction. This subject explains how to use the pattern over the skin demarcation in the conventional techniques and how the surgical procedures are performed. The final scar will take a lazy coma aspect with the lateral scar placed on the inframammary sulcus.

Comments warning how to avoid secondary problems usually observed in the L techiniques.

This paper is based on the experience and the observation of 63 operated patients, in 1987 — and the average of mammary disease found in the patients, after histological analyses.

Introdução

Nosso método está indicado nas mastopexias e reduções mamarias, excetuando-se gigantomastias. É uma abordagem bem próxima das mamaplastias convencionais, portanto o resultado estético é o mesmo obtido das já conhecidas técnicas consagradas. Obtêm-se mamas de forma cônica com simetria razoável e harmônica

dentro do corpo que nos propomos a modificar. O método permite que o cirurgião obtenha o resultado que julgar satisfatório dos seus critérios de estética, obtendo, no final, uma cicatriz pequena e bem posicionada na mesma.

Sob o ponto de vista funcional, temos como resultado uma mama com capacidade de amamentar normal uma vez que aréola, ductos e glândula imediatamente abaixo do complexo aréolo mamilar é preservada. Da mesma forma a sensibilidade que é mantida através da rica rede vasculonervosa do pedículo superior, lateral e medial da aréola.

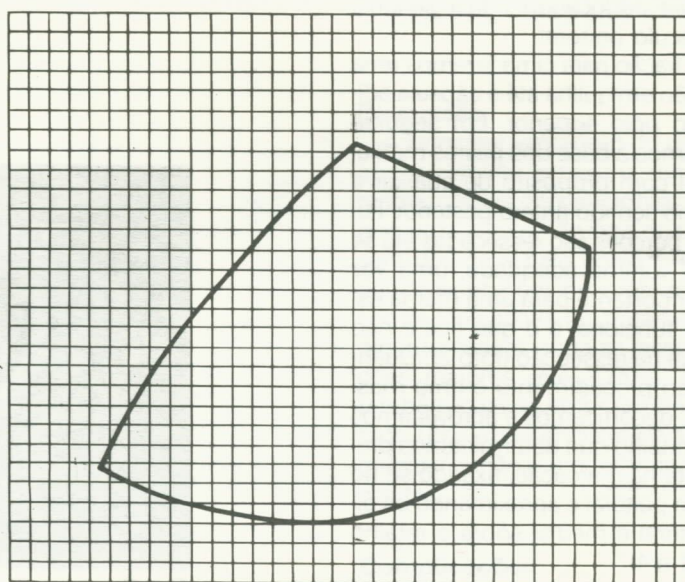


Fig. 1. Esquema gráfico do molde.

Marcação

A marcação é feita com a paciente sentada. A partir do ponto hemiclavicular traçamos uma linha que passa pela aréola até o sulco submamário.

Determinamos o ponto da nova aréola projetando o sulco submamário sobre a mama procurando encontrar o dedo indicador com o polegar.

Este ponto pode variar quando muito 1 cm no momento de posicionar a neoaréola. A partir destes pontos podemos optar pela marcação clássica do Pitanguy ou utilizarmos o molde de Wise. No momento de se fazer o prolongamento medial da marcação aplicamos o nosso molde (fig. 1) com a face convexa voltada para o esterno. Delineamos a linha curva que o molde determina que será sempre a base de cone que teríamos na ressecção medial da cicatriz. Compensamos com uma linha também curva em direção á axila, nunca ultrapassando a LAA (Linha Axilar Anterior) (foto 1).

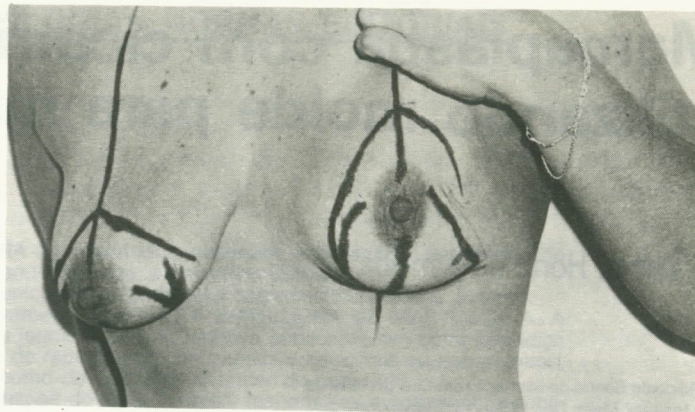


Foto 1

Procedimento cirúrgico

A incisão mamária é feita inicialmente com a decorticação perioreolar até mais ou menos 4 cm abaixo da aréola. Nas marcações laterais e do sulco, incisamos as linhas demarcadas até o plano da fáscia do músculo grande peitoral deslocando toda a glândula do musculo peitoral.

Com tração para cima fazemos uma ressecção em quilha até a cápsula adiposa do pólo superior. Em seguida amputamos a base dos pilares medial e lateral com propósito de abaixar a mama no sentido ântero-posterior. Pequenas porções são ressecadas até se obter o volume adequado, uma vez que o importante para uma mama estética e funcional é o que fica e não o que sai na ressecção (foto 2). Quando nosso procedimento é uma mastopexia, decorticamos e aproveitamos todo o retalho que determinamos previamente na marcação, fixando-se no músculo peitoral e aproximando os pilares lateral e medial sobre o retalho (fotos 3 e 4).

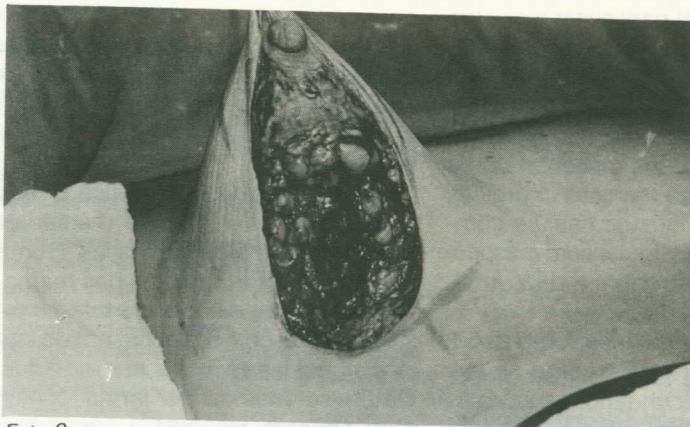


Foto 2

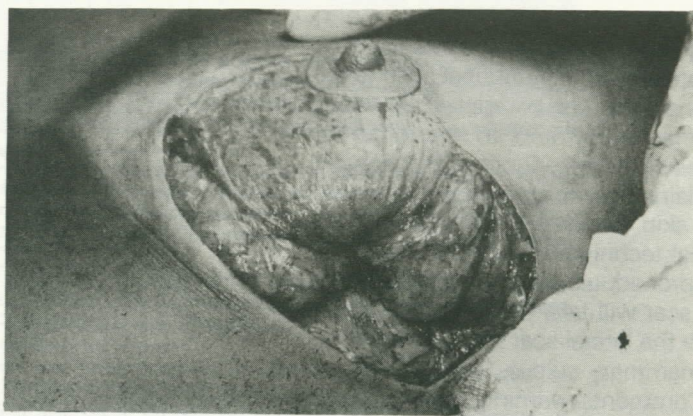


Foto 3

Obtemos ao finalizar nossa mama,

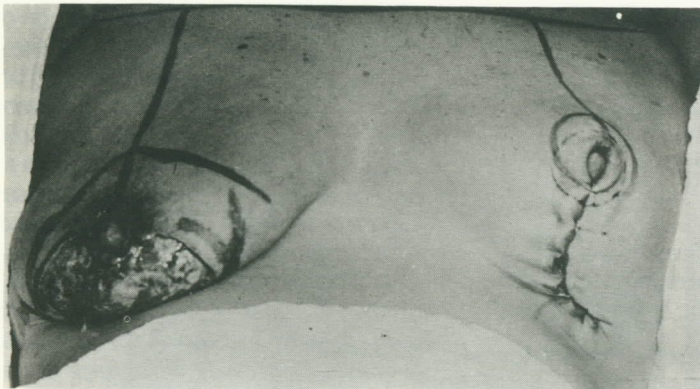


Foto 4

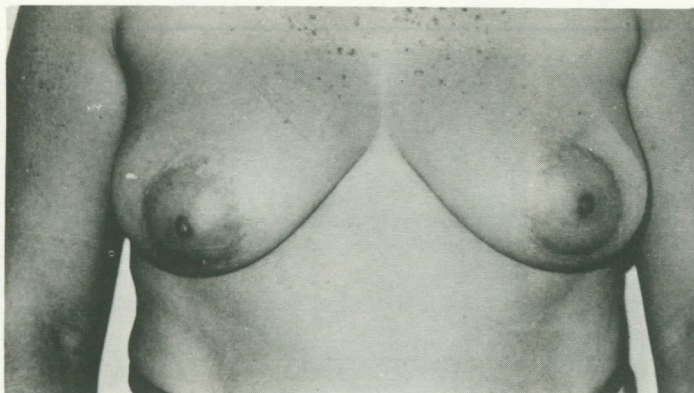


Foto 5a

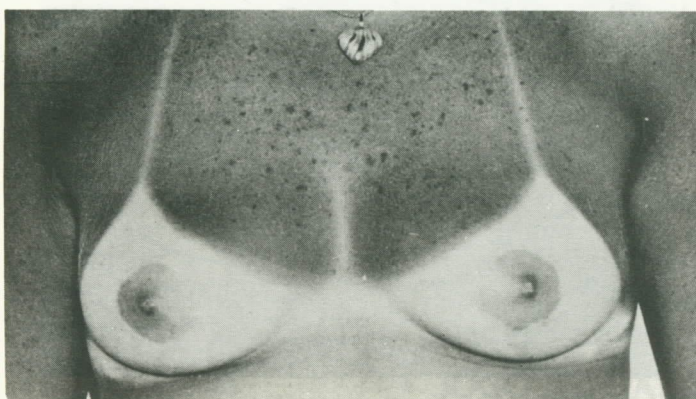


Foto 5b

cicatrizamos periareolar e que no aspecto inferior, ela se projeta para baixo e para a axila insinuando uma vírgula jamais ultrapassando a linha axilar anterior. Para determinar este limite, consideramos que o diâmetro da aréola deve ser de 4 cm. e a distância entre a aréola e a furcula esternal de 16 a 19 cm entre aréola sulco submamário, 4 e 5 cm no máximo.

Para obtermos estas medidas frequentemente nos valem da sutura em bolsa periareolar (foto 4).

Indicação

Esta técnica pode ser aplicada sempre que houver indicação de mastopexia ou redução pelas técnicas convencionais de Pitanguy ou técnicas que se utilizam do molde de Wise. Quando diante de hipotrofia e ptose, nos valem do retalho formado pela decorticação no espaço delimitado pelo molde e o aproveitamento deste na modelagem da mama. Quando se trata de redução, já fizemos tratamento de hipertrofia de até 1000 g sem comprometermos forma e função.

A anestesia de escolha em 100% dos casos por nós operado tem sido anestesia geral. Vemos que representa mais segurança e conforto tanto para o paciente como para o cirurgião.

Discussão

A principal vantagem do método é poder eliminar a cicatriz medial das mamoplastias convencionais. Melhor que uma cicatriz de boa qualidade é sem dúvida a pele normal. A principal desvantagem do método são as contra-indicações no tratamento das gigantomastias onde se exige ressecções maiores que 1000 g. Exige-se também para se obter um bom resultado, uma experiência relativa em mamoplastia, não é um método para iniciantes.

Complicações

Forma volume — Quando fazemos

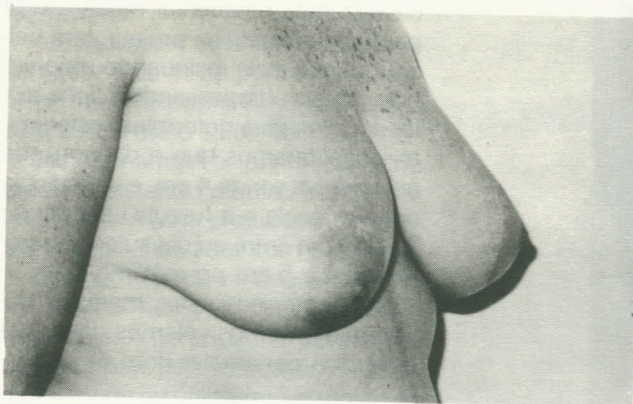


Foto 5c

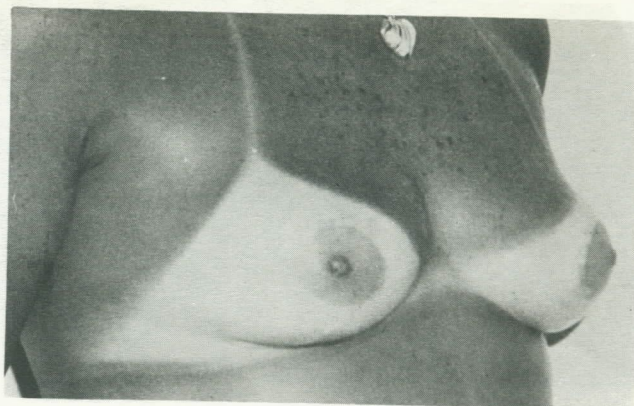


Foto 5d

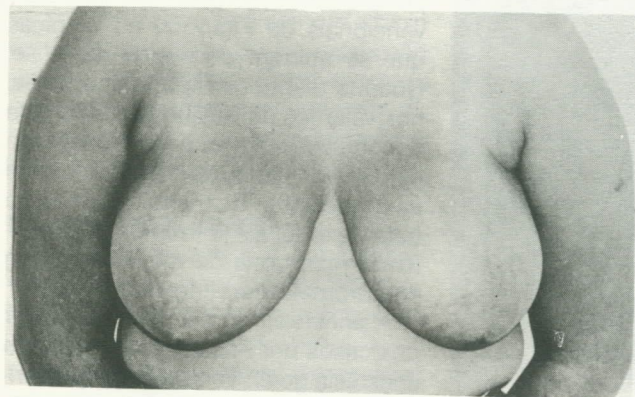


Foto 6a

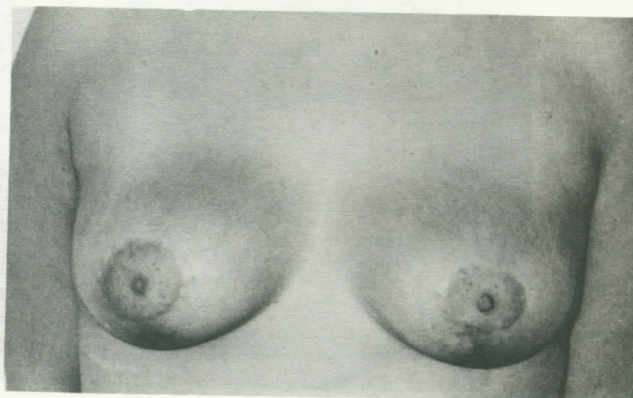


Foto 6b

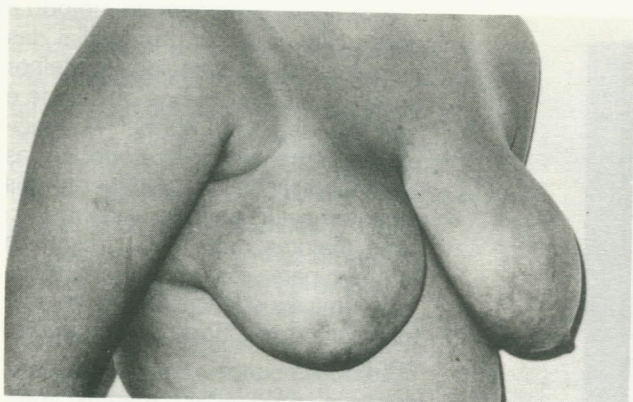


Foto 6c

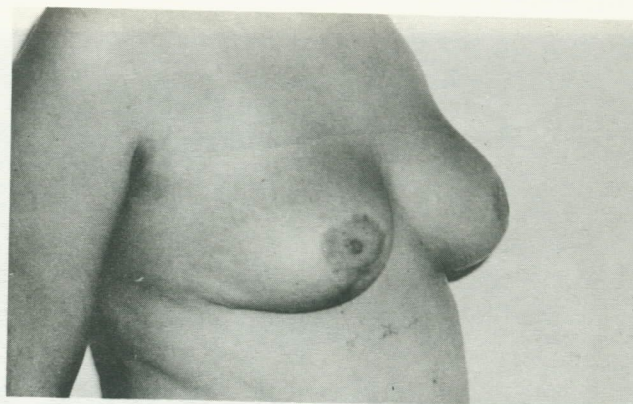


Foto 6d

o aproveitamento do retalho nas hipomastias pode ocorrer um pinçamento no aspecto lateral da cicatriz em decorrência do espaço morto nesta área. Pode ser evitado dispensando atenção a este fato. Também nas grandes ressecções se não houver uma boa aproximação dos pilares lateral e medial pode ocorrer o mesmo fenômeno. A medicação das aréolas ocorre, com raridade uma vez que pode ser evitado elevando-se a mama com tração para cima a nível da linha hemiclavicular, quando de montagem da mesma e pelo fato de a areola ser marcada no final do procedimento o que possibilita liberdade na escolha do local mais adequado. Não há complicações de-

correntes da idade do paciente.

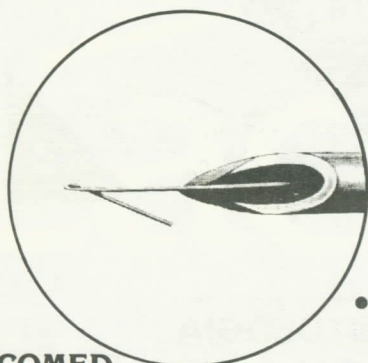
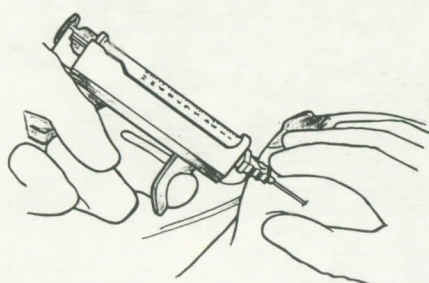
Percentual das patologias predominantes encontradas em estudos histopatológicos de 63 (sessenta e três) mamas operadas durante o ano de 1987 (foto 5 A, B, C e D, foto 6 A, B, C e D):

— Fibrose mamária	39,6%
— Esctasia ductal	26,9%
— Adenose mamária	19,0%
— Adiposidade mamária	11,1%
— Fibroadenoma	03,17%

Referências bibliográficas

1. Aries G: Una nevua técnica de mastoplastia, Rev. Lat. Am. Cir. Plast. 3:22, 1957.
2. Dufoumentel C. and Mouly R. Plastic: Mammaire par la Méthode Oblique. Ann Chir. Plast. 6:45, 1961.

3. Ely JF: Guidelines for Reduction Mammaplasty — Ann. of Plastic Surgery — Vol. nº 6 — 424 — 29 — Jun. 1981.
4. Pitanguy: Mamaplastias, estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. Rev. Bras. Cir. 42: 201, 1961.
5. Pitanguy: L. Surgical Treatment of Breast Hipertrophy. Brit. J. Plast. Surg. 20: 78, 1967.
6. Regnault, PCL: Reduction Mammaplasty by the B. Techique, In Plast. and Reconstructive Surgery of the breast. Ed. Robert M Goldwin, Boston Little Brown and col. pp. 126: 453, 1971.
7. Straith RE, Lawson JM, Hipps CJ: The subcuticular suture. Postgrad. Med. 29: 164, 1961.



**ECOMED
COM. E IND. LTDA.**

Rua do Catete, 347, slj. 301
22220 - RIO DE JANEIRO - RJ
Fone: 021/285-4094
Fax: 021/285-5405

Sistema novo de biópsia de corte substitui a biópsia cirúrgica mamária com muitas vantagens!

- PISTOLA DE BIÓPSIA, marca BIP, tecnologia alemã, modelo "HIGH SPEED CORE CUT" PARA AGULHAS DE CORTE DE VÁRIOS CALIBRES (14 g, 16 g, 18 g, 20 g) e curso de 12 mm.

- Agulhas de biópsia aspirativa, descartáveis e reusáveis (Chiba, Franseen, Westcott, Spinal, Menghini, Turner, Madayag)
- Agulhas de localização mamária, descartáveis e reusáveis, para marcar o acesso cirúrgico.
- JOGO DE GALACTOGRAFIA descartável.