



Alberto M. L. Caldeira
Alfonso Lucas

*Trabalho realizado no Serviço de
Cirurgia Plástica do Hospital da
Beneficência Portuguesa de Rio
de Janeiro.*

TRÍPLICE INTERPOSIÇÃO DE RETALHOS: TÉCNICA PESSOAL EM MAMOPLASTIA REDUTORA E MASTOPEXIA

Rev bras Mastol 1996; 6:70-79

UNITERMOS

Mastoplastia;
Conificação mamária;
Retalho glândulo-adiposo.

RESUMO

A remodelagem desfavorável de mamas submetidas a mastoplastia redutora e mastopexia levou os autores a desenvolver uma técnica que possibilitasse a redução da base mamária e do polo axilar, que permitisse uma medialização conveniente do polo lateral e que, além de confiscar substancialmente o tecido mamário, facilitasse a projeção do complexo areolomamilar ao ápice deste cone. No período entre março de 1987 e maio de 1996 foram realizadas 217 intervenções por esta técnica, que consiste na confecção de três retalhos glandulares e preservação máxima da integridade do envelope cutâneo. Ao final desse período ficou demonstrado que os resultados obtidos foram satisfatórios e mais duradouros.

INTRODUÇÃO

A experiência nos mostrou que a primeira preocupação das pacientes logo após uma mamoplastia redutora ou mastopexia é quanto à qualidade e à posição da cicatriz, e posteriormente à nova forma mamária.

Nossos primeiros casos de mamoplastia datam de 1984. A técnica mais utilizada foi a de Pitanguy¹³, seguida de procedimentos que oferecem uma cicatriz reduzida, como a de Arié-Pitanguy¹⁴ e a de Peixoto¹² (tabela 1).

Após três anos e concordando com as informações publicadas na literatura mundial sobre a nova forma das

Tabela 1
Outras técnicas - janeiro 1984-fevereiro 1987

	Nº	%
Pitanguy	28	73,6
Arié-Pitanguy	7	18,4
Peixoto	3	7,9

mamas operadas, concluímos que a grande maioria dos casos não atingiu nossas expectativas ou mesmo as das pacientes, às vezes mesmo na fase pós-operatória imediata.

Acreditamos que poucas técnicas são capazes de garantir uma conformação mamária cônica, sendo que a maior parte produz uma mama com aspecto arredondado^{11,12,13}.

Técnicas que não permitem uma ressecção suficiente da base mamária e uma medialização do pólo lateral resultam em mamas alargadas^{12,13}. Outras não tratam adequadamente o polo axilar^{12,13,14,19}. Talvez o inconveniente comum a todas seja que a mama na fase pós-operatória tardia tende sempre a retomar a sua forma anterior^{11,12,13,16,19}.

Buscando uma solução para estes problemas, em março de 1987 iniciamos o desenvolvimento de uma técnica que garantisse à mama uma forma cônica e facilitasse a colocação do complexo areolomamilar no ápice desse cone; uma técnica que tornasse possível a redução da base mamária caso necessário, diminuindo o pólo axilar e medializando este segmento; uma técnica que facilitasse a correção de assimetrias e dificultasse o retorno da mama à sua conformação anterior; em suma, uma técnica universal que possibilitasse sua aplicação nas mais diversas indicações, com qualquer tipo de ressecção da pele e preservação máxima do envelope cutâneo para liberá-lo da sobrecarga de sustentação mamária.

Para satisfazer a estes objetivos idealizou-se a técnica da Tríplice Interposição de Retalhos (T.I.R.).

MÉTODO

A T.I.R. foi utilizada num total de 217 casos consecutivos, no período entre março de 1987 e maio de 1996.

A idade das pacientes variou entre 13 e 74 anos, com predominância da faixa etária de 30 a 39 anos (tabela 2).

Tabela 2
Faixa etária - março 1987-maio 1996

	Nº	%
11-19	18	8,30
20-29	49	22,58
30-39	85	39,17
40-49	46	21,19
50-59	14	6,45
60-70	5	2,31

Do total de cirurgias, 109 (50,2%) correspondeu a mamas hipertróficas com ptose e 52 (23,9%) a mamas

hipotróficas com ptose. As indicações podem ser observadas na tabela 3.

Tabela 3
Diagnóstico

	Nº	%
Hipertrofia mamária		
Grau I	7	3,2
Grau II	11	5,0
Grau III	6	2,7
Hipertrofia + ptose	109	50,2
Hipotrofia + ptose	52	23,9
Seqüela mastoplastia de redução	23	10,5
Seqüela mastoplastia de aumento	7	3,2
Mama tuberosa	2	0,9

A marcação cutânea e posterior incisão e ressecção do excesso cutâneo depende das condições da pele e do volume mamário.

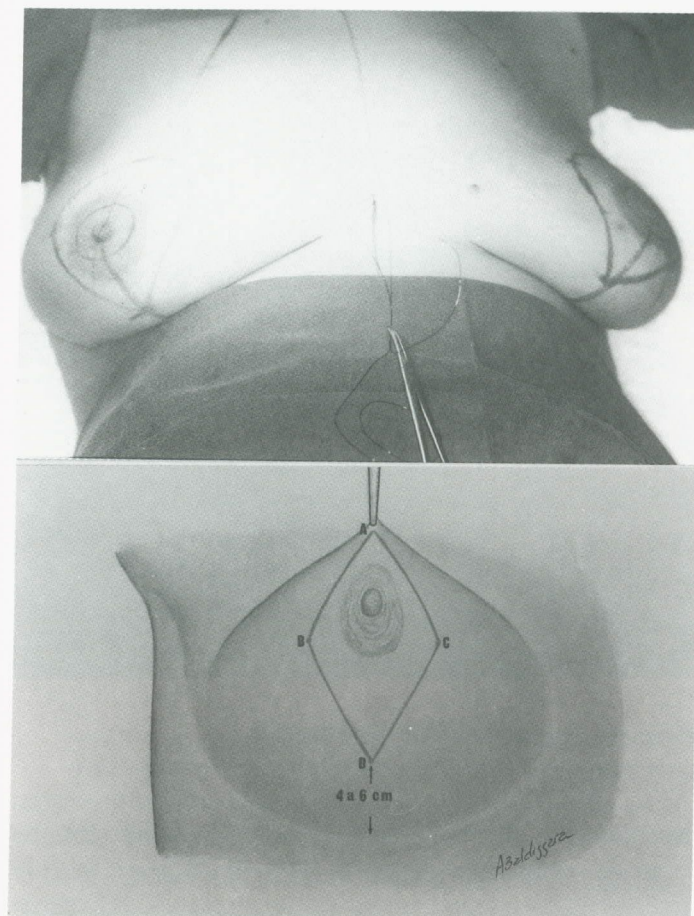


Figura 1 - Marcação das incisões. Marcação losangular.

Considerando as indicações mais frequentes e a expectativa das pacientes quanto ao aspecto da cicatriz, damos preferência às ressecções cutâneas que produzem cicatrizes reduzidas, como a técnica losangular (figura 1), a de Peixoto¹² e a circunferencial^{3,8}.

Após a incisão cutânea, é realizada decorticação para proteger a irrigação do complexo areolar e do futuro retalho central¹⁸. No limite decorticado inicia-se um amplo

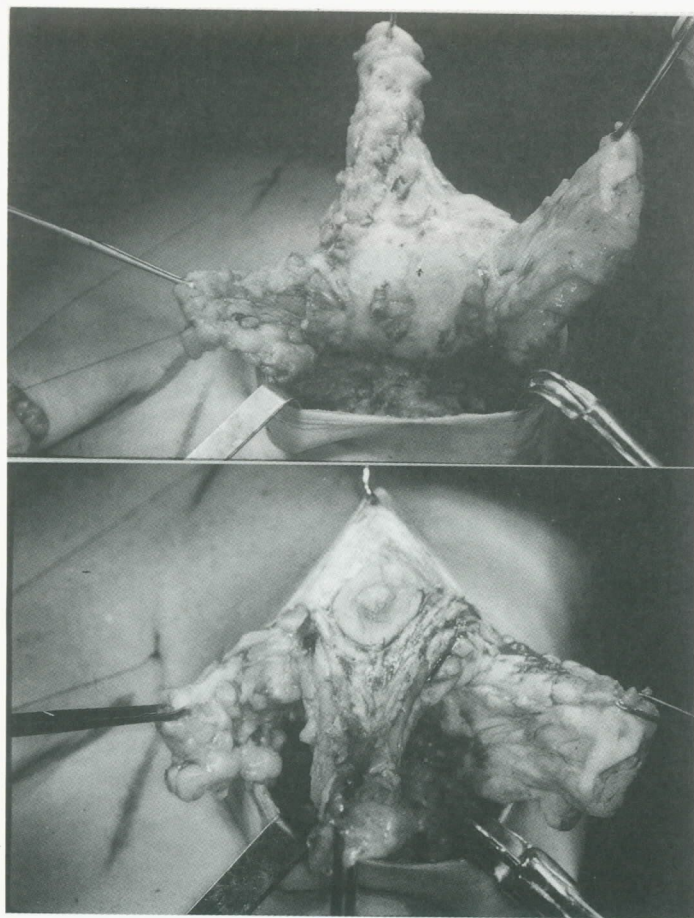


Figura 2 - Descolamento cutâneo-glandular.

descolamento cutâneo-glandular de todo o hemisfério inferior da mama, estendendo-se até a região axilar quando necessário. Este descolamento é feito no plano de clivagem existente entre a glândula e o tecido areolar suprajacente² (figura 2).

Segue-se descolamento da base mamária da fáscia peitoral, especialmente cuidadoso na zona para-esternal a fim de preservar os ramos perfurantes (II,III,IV) da artéria

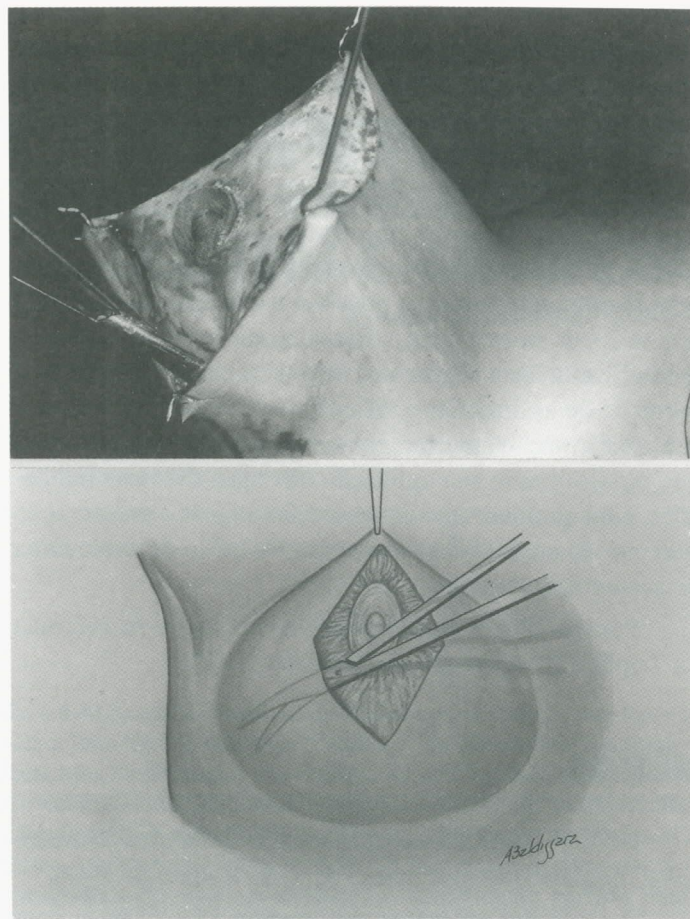


Figura 3 - Retalhos medial, central e lateral já confeccionados.

torácica interna. Levantando todo o tecido mamário e efetuadas duas incisões verticais que convergem para baixo, é confeccionado o retalho central vertical com base adequada à sua extensão. Este retalho é irrigado pelo II ramo perfurante da artéria torácica interna¹.

Tabela 4
Ressecção glandular

	Nº	%
Rombóide	51	23,5
Base mamária	68	31,3
Associação de ambas	70	32,2
Sem ressecção	28	12,9

Posteriormente individualizamos dois retalhos de tecido glandular correspondentes aos pilares medial e lateral da mama (figura 3). O retalho horizontal medial é irrigado principalmente pelos III e IV ramos da artéria torácica interna e o retalho horizontal lateral é vascularizado por ramificações da artéria torácica lateral e ramos acromiais.

Após comparar bilateralmente o volume mamário total procede-se à ressecção do tecido glandular realizado de forma rombóide¹⁵ ou oblíqua¹². Desta forma, caso a mama disponha de uma base ampla haverá a possibilidade de facilitar seu estreitamento e/ou reduzir a altura da projeção do futuro cone mamário. A associação dos dois tipos de ressecção também conduzirá ao resultado final desejado (tabela 4).

A ressecção do tecido deverá ser menor que o volume final planejado, pois durante a modelagem e transposição dos retalhos será possível ressecar pequenas quantidades suplementares. Os três retalhos piramidais esculpidos determinarão o volume e a configuração final da mama.

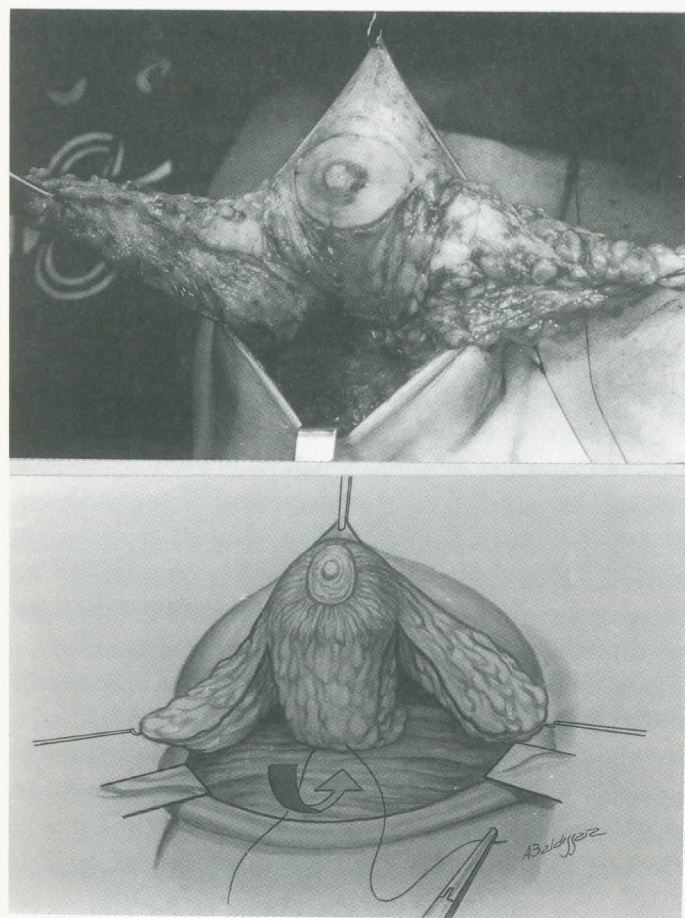


Figura 4 - Fixação do retalho central à fáscia do *pectoral major*.

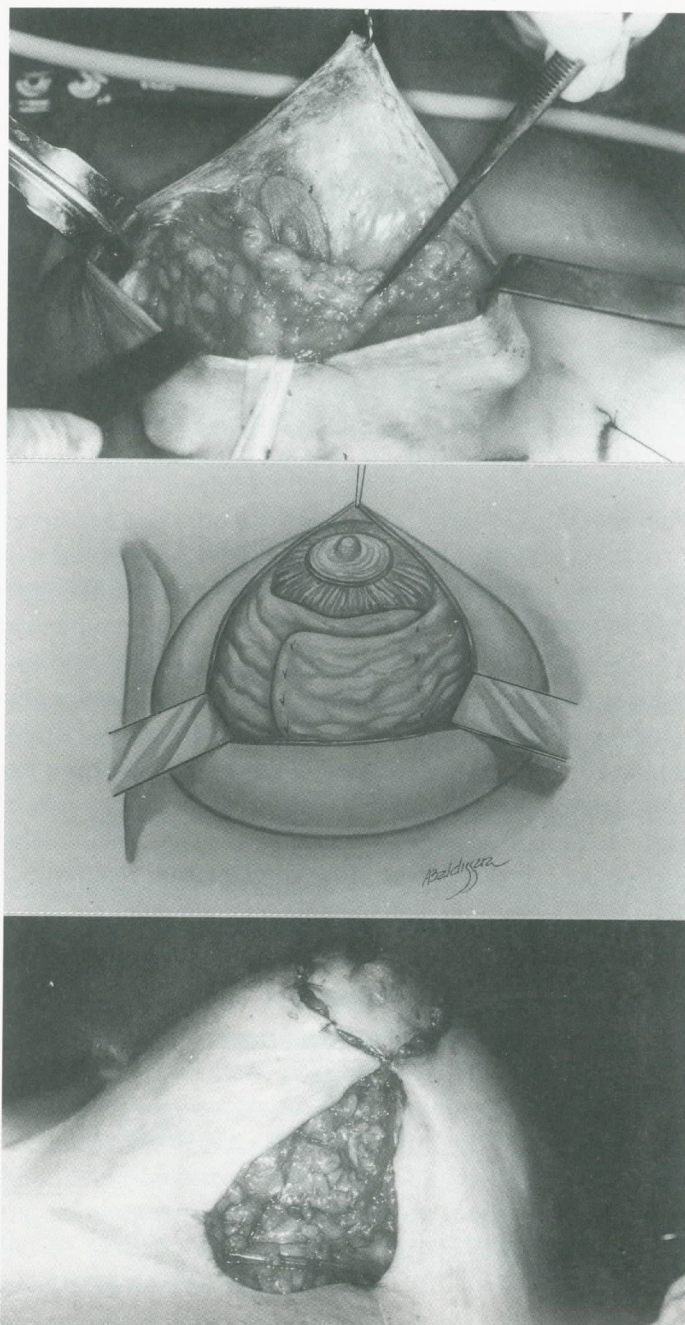


Figura 5 (A,B,C) - Montagem da mama. Interposição dos retalhos medial e lateral. A nova forma mamária é mantida apesar de a pele ainda não ter sido suturada.

Após hemostasia minuciosa a mama é elevada com um gancho colocado no ápice, sendo mantida assim durante todo o tempo da montagem.

A extremidade distal do retalho central é suturada à fáscia peitoral com três pontos de mononylon 2-0. O comprimento adequado do retalho impedirá a tração para baixo do complexo areolar (figura 4). Este retalho serve fun-

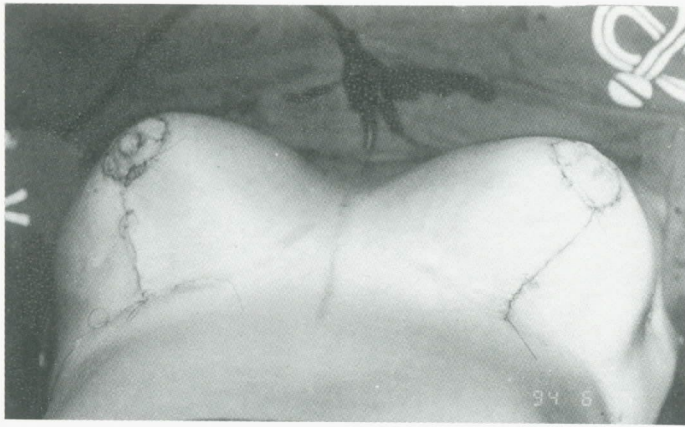


Figura 6 - Após sutura subcutânea e intradérmica. Resultado final.

damentalmente para propiciar a projeção do complexo e impedir seu aplainamento^{10,17}.

Os dois retalhos horizontais, medial e lateral, são rodados no sentido da linha hemiclavicular e transpostos em jaquetão, um sobre o outro (figura 5). A disposição destes retalhos determinará o contorno do hemisfério inferior da mama, modelando os pólos lateral e medial, estreitando a base e definindo um novo sulco submamário, e facilitando também a correção de importantes assimetrias mamárias.

Tabela 5
Tecido mamário

	Nº	%
Glandular	47	21,66
Adiposo	39	17,97
Misto	131	60,37

A disposição dos retalhos medial e lateral depende da necessidade de se preencher este ou aquele segmento. Geralmente o retalho medial é fixado profundamente à base do retalho lateral, que é rodado sobre o primeiro e suturado em sua superfície com mononylon 2-0. Pequenas irregularidades são corrigidas por *trimming* do tecido gorduroso com tesoura. Procedemos a plicaturas segmentares com fio mononylon 4-0, se necessário.

A ressecção cutânea é sempre feita de maneira tal que o fechamento das bordas seja realizado sem qualquer tensão. A pele é distribuída ao redor do mamilo através de 8 pontos de Gilles com mononylon 5.0, seguindo-se sutura contínua com fio 4.0. Para suturar a incisão vertical, e a horizontal quando presente, damos preferência a pontos

separados subcutâneos com mononylon 4.0, seguida de sutura intradérmica contínua com o mesmo fio (figura 6).

Devido ao amplo descolamento efetuado, utilizamos dreno de sucção em todos os casos.

Tabela 6
Complicações

	Nº	%
Hematoma	1	0,4
Seroma	1	0,4
Parcial esteatonecrose reta, vertical	3	1,3
Parcial esteatonecrose reta, lateral	3	1,1
Diminuição de sensibilidade	29	13,3
Cicatriz queloidiana	3	1,3
Deiscência cutânea parcial	4	1,8
Infecção	4	1,8

Depois de cobrir as incisões com curativo microporoso, coloca-se um sutiã da mesma fita, sem tensão para não causar epidermolise, diminuindo assim a carga sustentada pelos pontos internos. Recomendados às pacientes o uso contínuo de sutiã adequada durante pelo menos 60 dias.

RESULTADOS

Em 60,3% dos casos foi encontrado tecido mamário misto (glândulo-adiposo) (tabela 5) e o volume ressecado variou de 0 a 1055 gramas, uma média de 210 gramas.

Na fase inicial do desenvolvimento desta abordagem observamos três casos com esteatonecrose parcial e um com esteatonecrose total na região do retalho central vertical. A partir de então passamos a realizar um retalho de base mais ampla.

Em três casos encontramos endurecimento da região do retalho lateral correspondendo a nodulações de esteatonecrose nestas áreas devido a manipulação excessiva. Estas nodulações foram o principal motivo de reoperações (7%) para a retirada dos nódulos, sendo realizada cirurgia mamária completa em duas pacientes.

Foi detectado precocemente seroma em um caso. Tratado com punções transcutâneas do pólo lateral, reduziu-se em torno de dois dias.

Todas as complicações relacionadas ao processo de cicatrização foram resolvidas de per se ou através de pequena intervenção ambulatorial (tabela 6).

Todas as pacientes mostraram projeção mamária adequada e oito pacientes (3,6%) apresentaram recidiva da deformidade mamária.

DISCUSSÃO

As técnicas tradicionais, quando usadas em mamas com base estreita ou discretamente alargada, podem produzir resultados satisfatórios. Porém, mamas com base alargada, de conformação sacular ou com volume excessivo, têm menos possibilidade de atingir resultados semelhantes, visto que os métodos que envolvem a aproximação dos pilares^{13,14,15} não permitem uma abordagem satisfatória^{11,12,13,16,20}.

O amplo descolamento cutâneo-glandular proposto por esta técnica permite uma visualização e manipulação completa dos diferentes segmentos mamários, o que favorece o tratamento desejado.

A utilização dos três retalhos adiposo-glandulares baseia-se na evidência anatômica da vascularização axial destes segmentos^{1,2}.

A mama tem tendência a retomar sua configuração prévia¹⁶. Este fato é pouco observado com a T.I.R visto que a interposição de retalhos promove uma reformulação da estrutura básica do sistema ligamentar de Cooper, perdendo assim o que poderia ser denominado de “memória estrutural mamária”.

Concordamos com os autores que advogam uma base superior bem elaborada e de largura adequada para garantir a sobrevivência do retalho¹. Esta fato é comprovado pelo baixo índice de complicações observado e pela análise das várias técnicas que também propõem a utilização de um retalho de base superior⁷.

Certos autores⁹ buscam resultados semelhantes através do aumento do número de retalhos a serem montados. Porém, autores que propõem ausência de descolamento da base mamária^{13,14,15} ou aqueles que utilizam retalhos de base inferior, deixam a mama em posição ptosada e com o pólo superior sem preenchimento satisfatório^{9,11,16}.

A ampla liberdade de rotação e avançamento dos retalhos que a T.I.R proporciona permite remodelar as mamas mais difíceis e corrigir assimetrias extensas, sejam elas de ordem constitucional ou seqüelas de intervenções anteriores^{12,13,16}.

Em casos determinados esta técnica permite lateralizar a mama apenas pela modificação da ordem ou amplitude da montagem dos retalhos.

Evitamos grandes descolamentos em mamas adiposas para não ocasionar uma redução maior do volume mamário no pós-operatório tardio devido à labilidade e fragilidade natural deste tecido¹⁵. Por outro lado, pacientes portadoras de grandes hipertrofias ou gigantomastias devem receber cuidados semelhantes para que seja preservada a nutrição dos segmentos glandulares e da pele¹. Em ambas as situações preferimos manter um pouco mais de volume e aguardar sua evolução, efetuando uma redução secundária se necessário.

A versatilidade da T.I.R. se comprova em casos de implantes mamários que recebem uma sustentação e proteção mecânica suplementar, e também pelo eventual reconhecimento de alterações patológicas intrínsecas devido ao amplo deslocamento e à exposição da mama preconizados por este procedimento.

Consideramos desnecessário a utilização de moldes, uma vez que o complexo areolomamilar será conduzido ao ápice da projeção cônica pela própria modificação da estrutura global mamária.

A técnica de Tríplice Interposição de Retalhos produz resultados mais satisfatórios e duradouros, com ampla possibilidade de utilização no atendimento das diferentes exigências e expectativas das pacientes (figura 7 e 8) (tabela 7).

A conificação insuficiente do tecido mamário obtida pelas diversas técnicas existentes nos faz concluir que a forma da mama deve resultar de uma abordagem de seu conteúdo, modelada independentemente da ressecção realizada em nível do envoltório cutâneo⁴. O continente cutâneo deve recobrir apenas o conteúdo já modelado, sem qualquer tração ou tensão, preservando assim as condições ideais para o estabelecimento de cicatrizes de boa qualidade^{5,6}.

Tabela 7
Grau de satisfação da paciente

	Nº	%
Muito satisfeita	130	59,9
Satisfeita	82	37,7
Insatisfeita	5	2,3

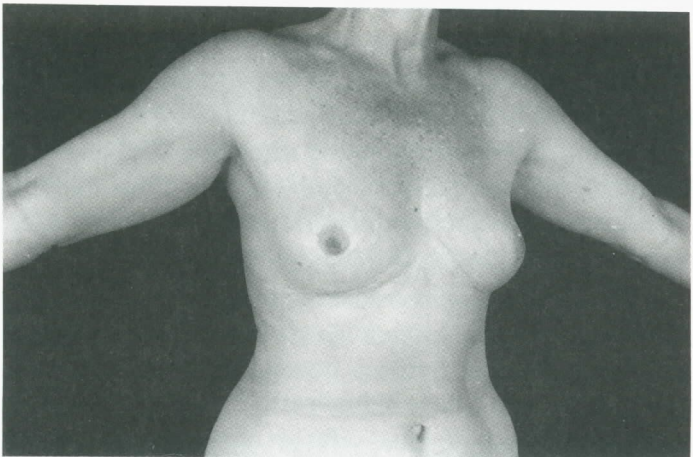
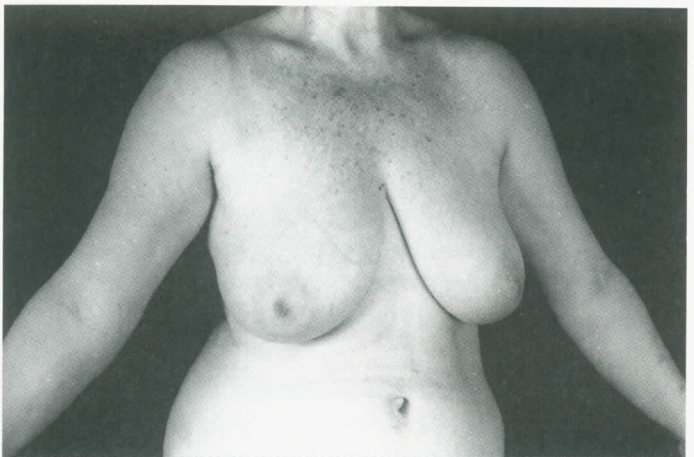
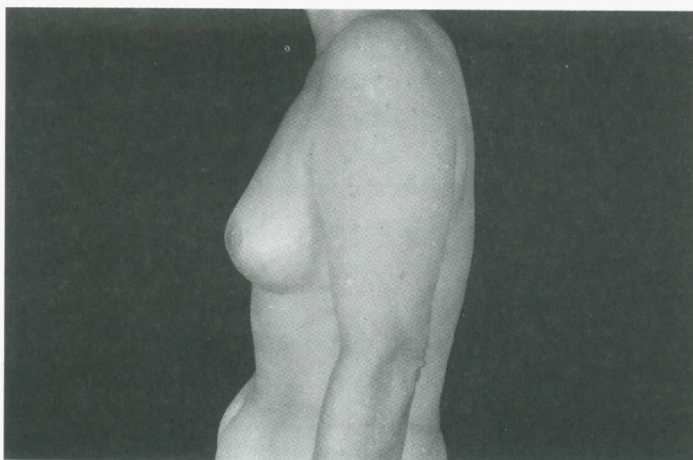
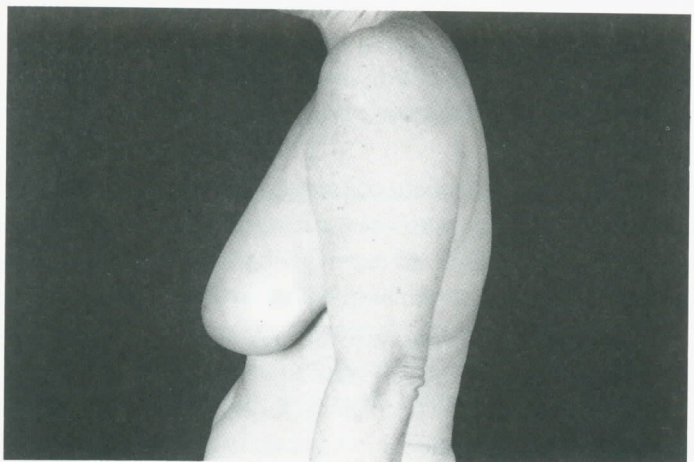
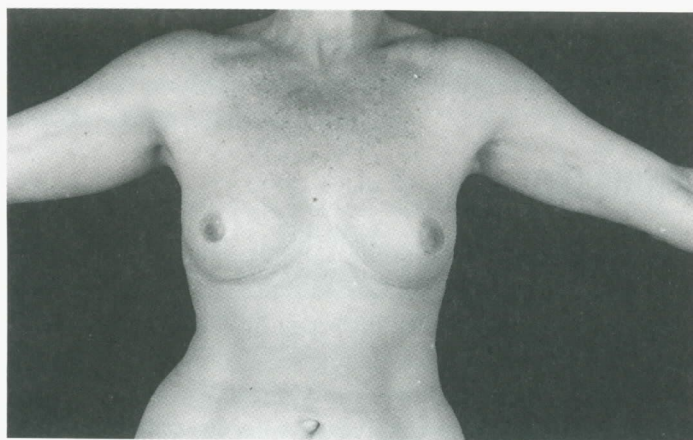
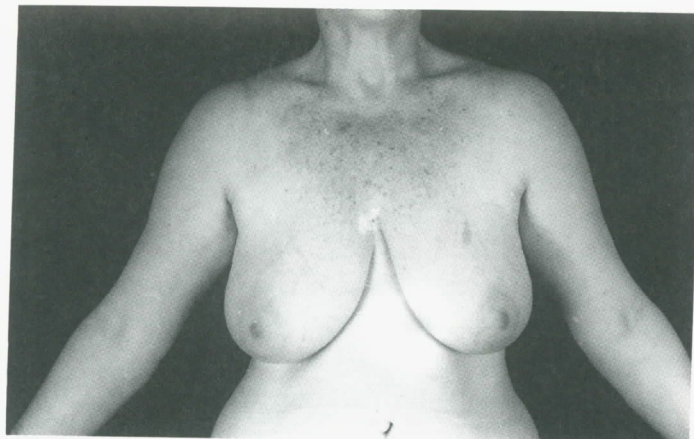


Figura 7 - Paciente de 58 anos apresentando hipertrofia mamária associada a ptose. Foi feita marcação de Peixoto, resultando numa cicatriz final em "T" invertido (à esquerda fotos pré-operatórias e à direita pós-operatórias depois de 5 anos).

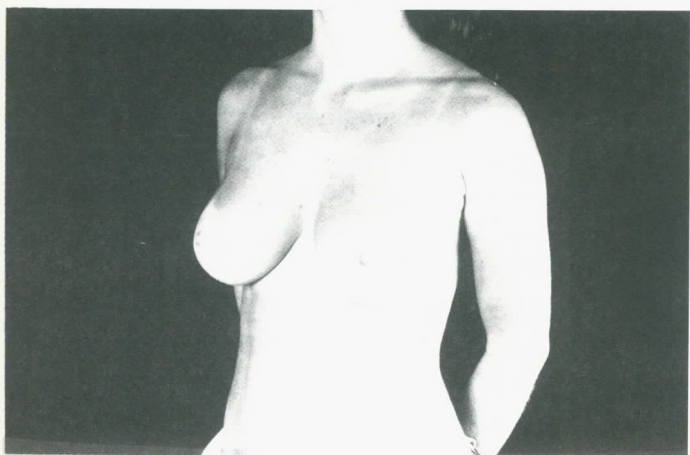
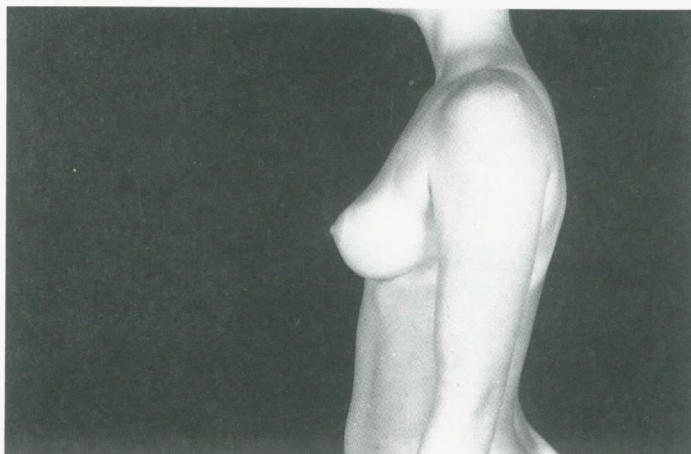
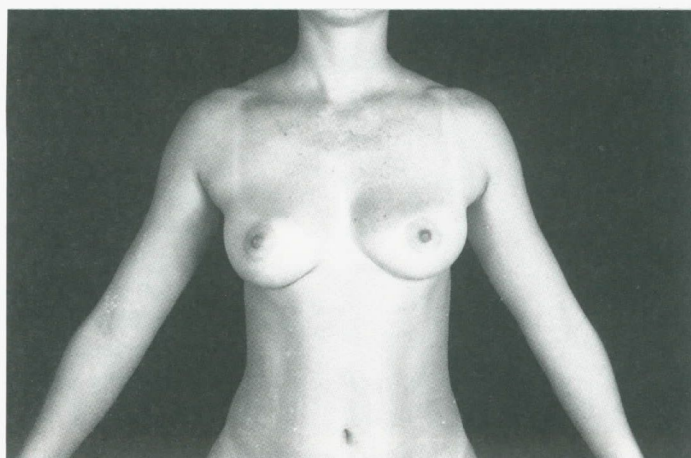
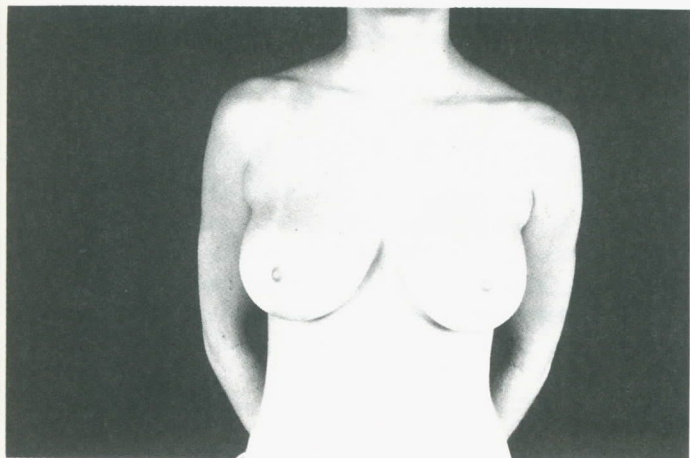


Figura 8 - Paciente de 27 anos portadora de hipertrofia moderada (à esquerda fotos pré-operatórias e à direita fotos com 5 anos de evolução pós-operatória).

KEY WORDS

Mastoplasty;
Breast conifcation;
Glandulo-adipose flap.

ABSTRACT

TRIPLE FLAP INTERPOSITION: PERSONAL TECHNIQUE IN REDUCTIVE MASTOPLASTY AND MASTOPEXY

The unfavorable breast contour resulting from reductive mastoplasty and mastopexy influenced the authors into developing a technique that provided reduction of the breast base and axillary pole, convenient medial position of the lateral pole and substantial conifcation of the breast tissue to help project the areolomammillary complex to the apex of that cone. From March 1987 to December 1994 two hundred and seven operations were performed with this technique that consists of construction of three glandular flaps and maximum preservation of the skin covering. The results obtained showed to be very satisfactory and more lasting.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERTELLI JA, PEREIRA JFV. The inframammary island flap. Anatomical basis. Ann Plast Surg 1994; 32: 315.

2. BIESEMBERGER H. Eine neue Methode der Mammaplastik. Zentralbl Chir 1928; 55: 2382.

3. BUSTOS RA, LOUREIRO LEK. Mamaplastia redutora de retalho glandular trilobulado de pediculo inferior por incisão periareolar. Trans XXIV Congr Cir Plast. Gramado, APLUB, 1985, pp 484.

4. CALDEIRA AML. New approach to breast surgery. Personal technique. Annals 8th International Congress on Senology, Rio de Janeiro, Brazil, May 12, 1994, p 1400.

5. CALDEIRA AML. Nova abordagem de sustentação nas mamoplastias. Communication to the Jornada Paulista de Cirurgia Plástica. Brazilian Society of Plastic Aesthetic and Reconstruction Surgery, São Paulo, Brazil, June 2, 1994.

6. CALDEIRA AML. Triple flap interposition technique. Communication to the 11th Congress of the International Confederation of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. Yokohama, Japan, April 16, 1995, pp 188.

7. CARDOSO AD, PESSANHA MC, PERALTA JM. Three dermal pedicles for nipple-areola complex movement in reduction of gigantomastia. Ann Plast Surg 1984; 12: 419.

8. EROL ÖO, SPIRA MA. Mastopexy technique for mild to moderate ptosis. Plast Rec Surg 1980; 65: 603.

9. MARTINS PDE. Periareolar mammaplasty with flap transposition. Rev Soc Bras Cir Plast 1991; 6: 1.

10.MATHES SJ, NAHAI F, HESTER TR. Avoiding the flat breast in reduction mammaplasty. Plast Reconst Surg 1980; 66: 63.

11.McKISSOCK PK. Reduction mammaplsty with a vertical dermal flap. Plast Reconst Surg 1972; 49: 245.

12.PEIXOTO G. Reduction mammplasty: a personal technique. Plast Reconst Surg 1980; 65: 217.

13.PITANGUY I. Breast hypertrophy. In Transactions of the International Society of Plastic Surgeons, Second Congress, London, Edinburgh, Livingstone, 160; 502, 1959.

14.PITANGUY I. Mamaplastias. Estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. Rev Bras Cir 1996 1; 42: 201.

15.PITANGUY I, CALDEIRA AML, ALEXANDRINO A, MARTINEZ JG: Mammaplastia redutora e mastopexia. Técnica Pitanguy. Vinte e cinco anos de experiência. Rev Bras Cir 1984; 74: 265.

16.RIBEIRO L. A new technique for reduction mammaplasty. Plast Reconst Surg 1975; 55: 330.

17.SCHULTZ RC, MARKUS NJ. Platform for nipple projection: modification of the inferior pedicle technique for breast reduction. Plast Reconst Surg 1981; 68: 208.

18.SCHWARZMANN E. Die Technik der Mammaplstik. Chirurgie 1930; 2: 932.

- 19.SKOOG T. A technique of breast reduction. Transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. Acta Chir Scand 126: 453, 1963.
- 20.STROMBECK JO. Mammoplasty: Report of a new technique based on the two-pedicicle procedure. Br J Plast Surg 1961; 13: 79.

Endereço para correspondência:

Alberto Caldeira

*R. Visconde de Pirajá, 414/508 - Ipanema
22410-002 - Rio de Janeiro - RJ*