

Mamoplastia redutora: marcação em “L” com cicatriz resultante em “T” invertido

Reduction mammoplasty: “L” design markings with result “T” inverted scars

Arnaldo A. Mello¹

¹Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, mestrando em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Resumo A macromastia ou hipertrofia mamária é uma condição que leva à presença de sintomatologia de ordem física e psíquica. O tratamento desses casos consiste na redução cirúrgica, por meio da mamoplastia redutora. Existem inúmeras técnicas de mamoplastia redutora descritas na literatura referentes à ressecção de pele e tecido mamário, sendo que em todas há a preocupação com o alívio da sintomatologia e também com o resultado estético em relação à forma, ao volume e à cicatriz resultante. Na maioria dos casos de grandes reduções mamárias a cicatriz resultante é em “T invertido”, com segmento horizontal extenso e, freqüentemente, ultrapassando a (linha médio esternal) linha axilar anterior. Foram realizadas 30 cirurgias de mamoplastias redutoras em pacientes que apresentavam excessivo volume mamário. Em todas, foi feita a marcação prévia da técnica em “L”, porém a cicatriz resultante foi em “T” invertido, tendo como objetivo obter diminuição do segmento medial da cicatriz horizontal. Foram avaliados todos os casos em relação à forma e extensão da cicatriz horizontal, sendo que não houve cicatrizes que ultrapassaram a linha axilar anterior (linha médio esternal), evidenciando extensão reduzida com preservação da forma mamária e volume satisfatório.

Palavras-chave Cirurgia Plástica, Mamoplastia, Mama/cirurgia, Cicatriz

Abstract The macromastia or breast hypertrophy is a condition that leads to physical and psychic disorders. The treatment consists in reduction mammoplasty. Many techniques of skin resection and breast tissue resection are described in literature and the relief of symptoms, and the esthetic result as shape, volume and scar appearance is the main concern in all of them. In most cases of large reductions, the resulting scar is an “inverted T” with extensive horizontal segment and frequently surpassing the anterior axillary line. The outcome of thirty reduction mammoplasty in patients that presented excessive breast volume was evaluated. In all of them, the “L” technique previous demarcations were made with the purpose to obtain a decreasing medial segment of the horizontal scar; nevertheless, the resulting scar was an “inverted T”. All cases related to the form and extension of the horizontal scar had been evaluated and no scars surpassed the anterior axillary line, thus evidencing reduced extension with preservation of breast shape and satisfactory volume.

Keywords Plastic Surgery, Mammoplasty, Breast/surgery, Scar.

INTRODUÇÃO

A macromastia é um termo freqüentemente usado para descrever um aumento exagerado das mamas, decorrente de uma hipertrofia ou hiperplasia dos tecidos mamários, podendo acometer mulheres de qualquer faixa etária. As portadoras desta condição relatam sintomas dolorosos principalmente no pescoço, ombros e tronco, dificuldade respiratória, lesões cutâneas (intertrigo), alteração da sensibilidade areolar e limitações em algumas atividades físicas¹. Observam-se ainda sintomas de caráter psico-

lógicos relacionados com a diminuição da auto-estima, levando a dificuldade de relacionamento e isolamento social^{2,3}.

O tamanho das mamas pode variar com a idade, raça, estado nutricional, número de gestações, alterações hormonais e sensibilidade da glândula ao estrogênio. Estas variáveis dificultam a definição de um padrão normal do seu tamanho⁴, com isto o diagnóstico de macromastia pode ser feito através de medidas na própria mama, ou pelo tamanho do sutiã utilizado pela paciente (pequeno, médio, grande e extragrande)^{5,6}. A presença de

sintomas relacionados ao excesso de volume mamário é significativo para determinação do diagnóstico⁷.

A mamoplastia redutora é um procedimento cirúrgico utilizado para alívio dos sintomas provocados pela macromastia⁸, sendo um dos mais freqüentes procedimentos realizados em cirurgia plástica⁹. São descritas inúmeras técnicas quanto à marcação prévia e execução, sendo as mais utilizadas em “T invertido”, vertical, periaoreolar e em “L”, classificadas assim conforme a cicatriz resultante¹⁰. A literatura mostra estudos analisando os resultados obtidos com a mamoplastia redutora, que apesar de ser um procedimento com objetivos reparadores apresenta grande preocupação estética pelo cirurgião e principalmente pelas pacientes⁷. A cicatriz apresenta-se como o principal item de insatisfação no pós-operatório¹¹, com isto muitas técnicas tem sido desenvolvidas com o objetivo de resultados estéticos aceitáveis, enfocando principalmente a extensão da cicatriz resultante^{9, 12, 13}. O principal elemento na determinação da extensão da cicatriz é a quantidade de pele existente na mama, clinicamente quantificada através da ptose existente, freqüentemente exagerada na macromastia, dificultando nestes casos a aplicação de técnicas com cicatrizes econômicas como a periaoreolar, vertical e “L”^{14, 15, 16}. As cicatrizes finais nestes casos em sua grande maioria são em “T invertido” associado a periaoreolar¹⁷. O objetivo do presente estudo foi reduzir o ramo do segmento horizontal da cicatriz em “T invertido”, uma vez que freqüentemente ultrapassa a linha média externa em grandes hipertrofia, utilizando a técnica de marcação em “L”.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Submeteram-se a cirurgia 30 mulheres com macromastia e ptose severa no período de outubro de 2003 a maio de 2004, com idade variando entre 18 e 54 anos (Média = 32,6 +/- 9,8 anos), sem cirurgias prévias nas mamas. O período de avaliação foi de um a oito meses de pós-operatório (Média = 3,5 +/- 2,2 meses). Foram excluídas mulheres com doenças crônicas e obesas. O índice de massa corporal (IMC) não excedeu a 30kg/m² variando de 17kg/m² a 30kg/m² (Média = 26,9 +/- 2,9 kg/m²).

Para seleção da amostra e caracterização da macromastia utilizou-se a classificação descrita por Sacchini⁵, cuja média das distâncias entre o mamilo-borda lateral do externo e mamilo-sulco inframamário deve ser maior que 11 cm. Em todos os casos havia queixas dolorosas relacionadas ao excesso de volume

mamário.

Foram realizados exames pré-operatórios: hemograma, coagulograma em todas as pacientes e eletrocardiograma para pacientes com mais de 35 anos.

A técnica de marcação cutânea das incisões foi realizada em “L” conforme descrito por Bozzola¹⁶. Com a paciente em pé marcamos o meridiano, os pontos A (projeção do sulco mamário no meridiano), M (ponto de maior projeção Antero-posterior) e os sulcos mamários. Após, a paciente era deitada marcando-se então o sulco glandular, e, com a distancia AM demarcamos em semicírculo a partir do ponto M o excedente de pele a ser ressecada (Fig. 1).

As cirurgias foram realizadas sob anestesia geral pelo mesmo cirurgião. Após manobra de Schwarzmann¹⁷ realizou-se a decorticação epidérmica periaoreolar, seguida de incisões cutâneas sobre a marcação prévia. Com uma pinça presa ao ponto “A” eleva-se a mama perpendicularmente ao plano torácico para ressecção da ptose, ressecção da cunha e amputação da base, deixando-se colunatas mamaria remanescentes com altura e espessura aproximada de 8 cm e 3 cm respectivamente. Após suturou-se o parênquima com fio monofilamentar (Mononylon 2.0), a fim de não se deixar espaços mortos. Os pontos de compensação bem como a “bolsa areolar” determinarão o excedente de pele a ser marcado para ressecção na porção medial. (Fig. 2). Após as ressecções cutâneas e hemostasia, suturou-se por planos (mononylon 5.0). Não foram utilizados drenos e o material resultante da redução mamaria foi pesado e encaminhado para exame anátomo-patológico.

Todas as pacientes receberam alta no dia seguinte à cirurgia, com o mesmo curativo realizado na sala de cirurgia com fitas hipoalergênicas direto sobre a pele. Foi orientado uso de sutiã reforçado de forma contínua, receita de analgésico comum e antibioticoterapia (Cefalexina 500mg a cada seis horas) por cinco dias. O primeiro retorno se deu após cinco dias de pós-operatório para retirada do curativo. Os pontos foram retirados após 12 dias da cirurgia.

RESULTADOS

Os resultados foram considerados satisfatórios em relação à forma e volume das mamas em 26 (86,6%) casos (fig 03 a 07). Em 04 (13,4%) os resultados ficaram abaixo das expectativas, sendo que em dois casos observamos uma das mamas disforme e em



Fig.01- Marcação pela técnica em L. O local pinçado é o ponto A, abaixo o ponto M que corresponde ao ponto de maior projeção Antero-posterior.

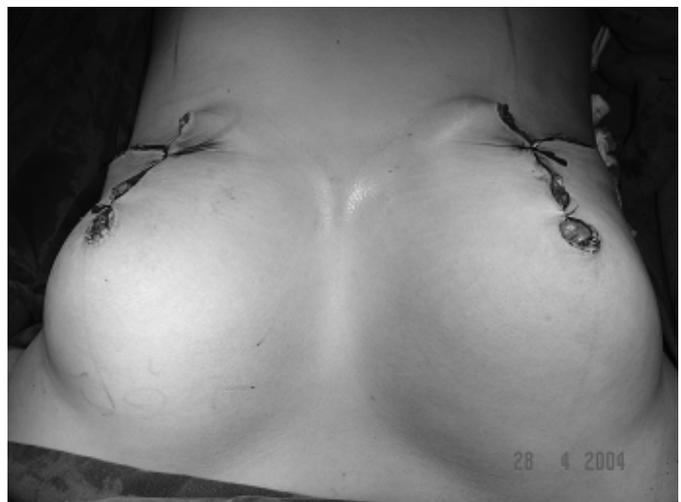


Fig.02- Visão superior das compensações na aórela e na cicatriz horizontal.



Fig. 03- Pré-operatório.



Fig. 03- Pós-operatório de três meses da figura anterior, mostra resultado satisfatório após ressecção de 1850g. Observar que o ramo medial da cicatriz horizontal não ultrapassa linha esternal.



Fig. 04- Pré-operatório.



Fig. 04- Pós-operatório de três meses, ressecção de 1300g com resultado satisfatório.



Fig. 05- Pré-operatório.



Fig. 05-Pós-operatório de cinco meses, com ressecção de 1600g.



Fig 06 Pré-operatório.



Fig 06 Pós-operatório de três meses, com ressecção de 1300g.



Fig. 7 Pré-operatório.



Fig. 7 Pós-operatório de quatro meses, com ressecção de 1200g.

dois tivemos ptose precoce acentuada (fig. 08 e 09). O volume de tecido mamário ressecado variou de 1230 a 2800 gramas de ambas as mamas (Média = 1445,7 +/- 261,9 gramas), os resultados de exames anátomo-patológico não mostraram alterações patológicas em nenhum caso.

Em relação à cicatriz podemos observar que a extensão do segmento medial da cicatriz horizontal em nenhum caso ultrapassou a linha média do externo. Acreditamos que através da marcação em “L” obtivemos uma menor extensão se comparada a marcação em “T invertido”, pois diante da ptose e volume exagerado, a ressecção de pele no segmento medial é muito maior quando se realiza a marcação do “T invertido”, pois esta se dá previamente independente da ressecção executada e das compensações possíveis (fig. 10). A qualidade da cicatriz de uma forma geral foi boa, não sendo observado cicatrizes alargadas, exceto em três casos onde tivemos deiscências segmentares, sendo um na junção da cicatriz vertical com a periaoreolar, e dois na junção das cicatrizes vertical e horizontal, resultando em pequenas áreas de alargamento sem repercussão no resultado final. Não houve complicações maiores no intra e pós-operatório imediato.

DISCUSSÃO

Existem inúmeras técnicas para marcação e execução da mamoplastia redutora sempre objetivando cicatrizes reduzidas. Entretanto em casos de grandes volumes onde o excesso de pele é exagerado, o cirurgião pode ter dúvidas de qual será a marcação e técnica a ser utilizada, pois sempre há a preocupação com a viabilidade do complexo aoreolo-papilar e com a extensão da cicatriz resultante. Muitos preferem técnicas com mínimas cicatrizes,

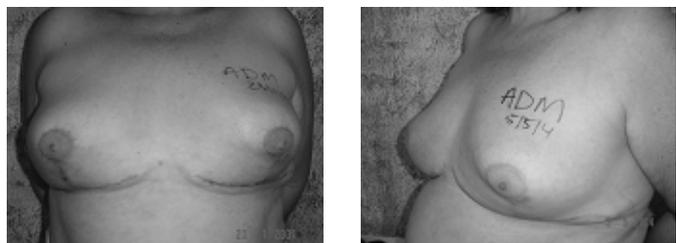


Fig. 8 Um dos casos de forma inadequada da mama (esquerda), aparentando um esvaziamento excessivo do pólo inferior medialmente. Segundo mês de pós-operatório.



Fig.9- Um dos casos de ptose precoce no terceiro mês pós-operatório.

porém com o custo de “orelhas de cão” e formas inaceitáveis do ponto de vista estético¹⁸.

Este trabalho procurou mostrar resultados de mamoplastia em mamas gigantes realizadas com uma técnica única de marcação e execução independente do volume mamário e ptose existentes, a fim de se obter a menor extensão possível na cicatriz horizontal preservando a forma do cone mamário e viabilidade do complexo aoreolo-papilar. A marcação em “L” é caracterizada pela ausência de cicatriz medial, sendo indicada principalmente para mamas de médio volume sem ptose exagerada¹⁶. Nos casos em que é diagnosticado macromastia exagerada e ptose excessiva sabe-se que a compensação de pele somente com a cicatriz em “L” não é possível sem que haja sobras de pele, podendo comprometer o resultado final, com isso alguns cirurgiões preferem nestes casos a marcação em “T invertido”¹⁸, resultando em extensas cicatrizes mediais que frequentemente cruzam a linha média. Acreditamos que ao se optar pela marcação em “L” é possível um maior controle na ressecção de pele medial, podendo-se lançar mão de compensações e conseqüente redução na extensão da cicatriz, sem comprometer o resultado final da cirurgia como demonstrado neste estudo. Conclui-se que a marcação em “L” pode ser realizada em qualquer tipo de mama, independente de seu tamanho e ptose, não comprometendo o resultado final e resultando em uma diminuição do tamanho da cicatriz horizontal. Além disso, o uso de uma técnica única de marcação na qual o cirurgião esteja mais habituado contribui para melhores resultados e facilidade na execução.

Referências bibliográficas

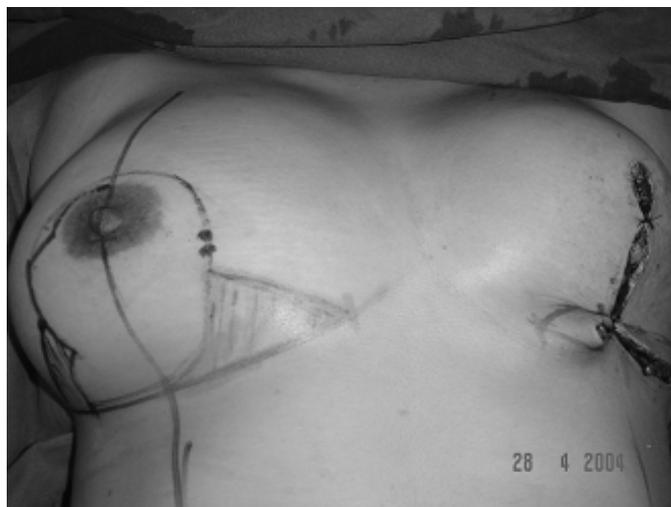


Fig. 10- Observar área demarcada em azul em mama direita que seria ressecada com a marcação em T. À esquerda a pequena “orelha” a ser ressecada com marcação em L.

1. Netscher DT, Meade RA, Goodman GM, Brehm BJ, Friedman JD, Thornby J. Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast. *Plast Reconstr Surg* 2000 Jun;105(7):2366-73.
2. Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE, Hamori C, Bucky LP, LaRossa D. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999 Jan;103(1):76-85.
3. Blomqvist L, Eriksson A, Brandberg Y. Reduction mammoplasty provides long-term improvement in health status and quality of life. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(5):991-7.

4. Strombeck JO. Macromastia in women and its surgical treatment: a clinical study based on 1.042 cases. *Acta Chir Scand* 1964;89(Suppl 341):1-128.
5. Sacchini V, Luini A, Tana S, Lozza L, Galimberti V, Merson M et al. Quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. *Eur J Câncer* 1991;27(11):1395-400.
6. Collins ED, Kerrigan CL, Kim M, Lowery JC, Striplin DT, Cunningham B, et al. The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving the symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg* 2002 Apr;109(5):1556-66.

7. Chadbourne EB, Zhang S, Gordon MJ, Ro EY, Ross SD, Schnur PL, et al. Clinical outcomes in reduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc* 2000 May;76(5):503-10.
8. Dabbah A, Lehman JA Jr, Parker MG, Tantri D, Wagner DS. Reduction mammoplasty: an outcome analysis. *Ann Plast Surg* 1995 Oct;35(4):337-41.
9. Frey M. A new technique of reduction mammoplasty: dermis suspension and elimination of medial scars. *Br J Plast Surg* 1999;52(1):45-51.
10. Beer GM, Spicher I, Cierpka KA, Meyer VE. Benefits and pitfalls of vertical scar breast reduction. *Br J Plast Surg* 2004 Jan;57(1):12-9.
11. Ferreira MC. Evaluation of results in aesthetic plastic surgery: preliminary observations on mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(7):1630-9.
12. Pina DP. Mammoplasty: shape, volume, and scar size. *Aesthetic Plast Surg* 1990;14(1):27-33.
13. Marchac D, Sagher U. Mammoplasty with a short horizontal scar. Evaluation and results after 9 years. *Clin Plast Surg* 1988;15(4):627-39.
14. Andrews JM, Yshizuki MM, Martins DM, Ramos RR. An areolar approach to reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg* 1975 Jul;28(3):166-70.
15. Lassus C. A technique for breast reduction. *Int Surg* 1970 Jan;53(1):69-72.
16. Bozzola AR. Mamoplastia em L. In: Ribeiro L. *Cirurgia plástica da mama*. Rio de Janeiro: MEDSI; 1989. p.129-85.
17. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967;20(1):78-85.
18. Korchin NC, Korchin L. Vertical versus wise pattern breast reduction: patient satisfaction, revision rates, and complications. *Plast Reconstr Surg* 2003;112(6):1573-8.

Correspondência:

Arnaldo Almendros Mello

Rua rio Mamoré, 66

15091-410 - São José do Rio Preto - SP

Tel. (17)3216-6803

e-mail: almendrosdr@terra.com.br
