



Mastoplastia redutora associada a implante de silicone: quando indico?

Reduction mastoplasty with silicone implants: When is it indicated?

OSVALDO RIBEIRO SALDANHA¹
ALESSANDRA GRASSI SALLES²
MARCUS CASTRO FERREIRA³
FRANCIS LLAVERIAS⁴
LUIS HUMBERTO URIBE MORELLI⁵
OSVALDO RIBEIRO SALDANHA
FILHO⁶
CRISTIANNA BONETTO SALDANHA⁷

RESUMO

Introdução: Insatisfação dos pacientes com resultado de mastoplastia redutora pode ser identificado em alguns casos, especialmente quando apresentam ptose acompanhada de flacidez excessiva, estrias, e ainda, componente mamário mais gorduroso que glandular. Nesses tipos de pacientes, é muito difícil conseguir bons resultados por longo período. Implantes mamários de pequeno volume, podem ser colocados no mesmo tempo da mastoplastia redutora com o objetivo de se obter melhor forma, contorno e projeção das mamas, com maior satisfação a longo prazo. **Método:** No período de 1997 a 2012, duzentos e sessenta e quatro pacientes com idade entre 27 e 55 anos (idade média de 38), foram submetidas à mastoplastia redutora com imediata colocação de implante mamário. **Resultados:** Foram obtidos resultados satisfatórios, com adequado preenchimento do pólo superior, mamas firmes e reduzida estatística de ptose pós-operatória. Foram identificados dois casos de carcinoma *in situ*, como achados no anátomo-patológico. **Conclusão:** Mastoplastia redutora associada a implantes de silicone é um procedimento seguro para casos selecionados.

Descritores: Mastoplastia redutora; Hipertrofia mamária; Implantes de silicone; Carcinoma *in situ*; Ptose de mamas.

ABSTRACT

Introduction: Patient dissatisfaction with reduction mammoplasty outcomes can occur, especially in cases of ptosis accompanied by excessive flaccidity, striations, and a higher fat than glandular content. In such cases, achieving long-lasting results is very difficult. Small-volume breast implants can be placed during the reduction mammoplasty with the purpose of obtaining better breast shape, contour, and projection as well as greater long-term satisfaction. **Method:** Between 1997 and 2012, 264 patients aged 27–55 years (mean, 38) underwent reduction mammoplasty with immediate placement of breast implants. **Results:** Satisfactory results were obtained, with adequate filling of the upper pole, increased breast firmness, and statis-

Instituição: Clínica Saldanha.

Artigo submetido: 7/12/2013.
Artigo aceito: 25/11/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0090

¹MD, PhD - Regente de Serviço Credenciado Da SBCP - Diretor do DESC.

²MD, PhD - Divisão de Cirurgia Plástica da USP

³MD, PhD - Divisão de Cirurgia Plástica da USP

⁴MD - Residente de Cirurgia Plástica. -Unisanta.

⁵MD - Residente de Cirurgia Plástica. -Unisanta.

⁶MD - Residente de Cirurgia Plástica. Especialista em Cirurgia Plástica. Voluntário do Departamento de Cirurgia Plástica da Unimes

⁷MD - Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Geral - Sta Casa Santos.

tical reduction in postoperative ptosis. Two cases of carcinoma *in situ* were identified in the pathological exam. **Conclusion:** Reduction mastoplasty associated with silicone implants is safe for selected cases.

Keywords: Reduction mammoplasty; Breast hypertrophy; Silicone implants; Carcinoma *in situ*; Breast ptosis.

INTRODUÇÃO

Os procedimentos estéticos da mama, normalmente são divididos em mamoplastia de aumento, mamoplastia redutora e mastopexia. O objetivo principal é melhorar a forma, simetria e volume das mamas.

Desde 1930 que a cirurgia mamária é realizada com preservação do suprimento sanguíneo da placa areolopapilar¹. Muitas técnicas e refinamentos tem sido apresentados nas últimas cinco décadas, com objetivos de tratamento de diferentes tipos e graus de ptose, hipomastia e hipertrofia, aumentando a popularidade deste procedimento nesse período^{2,3,4}.

Desde 1997, alguns pacientes buscam tratamento para hipertrofia mamária, acompanhada de grande flacidez de pele e estrias, solicitam colocação de implantes no mesmo tempo cirúrgico. Na experiência do autor em pacientes com essas características descritas e que fizeram mamoplastia redutora unicamente, alguns delas apresentaram resultado insatisfatório a longo prazo, necessitando de revisão cirúrgica para correção da ptose e polo superior^{5,6}. É cada vez mais comum, pacientes solicitarem implantes para obter melhor forma e resultado estético final. (Figuras. 1A, B, C e D). Esta combinação de procedimentos não tem sido publicada atualmente.

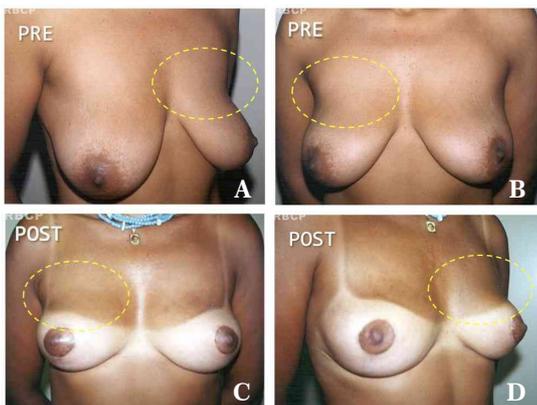


Figura 1. (A, B, C e D): Pré e pós-operatório mostrando falta de projeção do polo superior em paciente que se submeteu a mamoplastia redutora sem colocação de implante mamário, (11 meses depois da cirurgia).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi apresentar a experiência do autor com silicone mamário de pequeno volume associado

à mamoplastia redutora, no mesmo tempo cirúrgico em 264 pacientes com hipertrofia mamária e excessiva flacidez de pele, em um período de observação de mais de 16 anos.

MÉTODOS

No período de fevereiro de 1997 a dezembro de 2012, 264 pacientes foram submetidas à mamoplastia redutora com colocação de implante de silicone de pequeno volume. A idade dos pacientes variou entre 27-55 anos (média de 38 anos).

Os critérios de inclusão foram:

- 1) pacientes que desejam implante mamário e correção da forma da mama;
- 2) flacidez de pele, ptose e hipertrofia mamária; e
- 3) mamas com maior conteúdo gorduroso que glandular nas mamas.

Os critérios de exclusão foram:

- 1) pacientes que não aceitam próteses mamárias;
- 2) pacientes jovens com maior volume glandular que gorduroso;
- 3) doenças sistêmicas severas. Pacientes que foram submetidas à cirurgia bariátrica não foram excluídas.

Técnica cirúrgica

A técnica cirúrgica utilizada foi baseada na técnica de Pitanguy³. É desenhada uma linha desde o ponto médio-clavicular até a aréola, dividindo a mama em duas partes. A lateralização da placa aréolo-papilar é corrigida dentro do possível. O ponto A é marcado sob orientação da projeção do sulco inframamário, 18–20cm da fúrcula esternal. Os pontos B e C são determinados por manobra bi digital e distantes 89cm do ponto A. A distância entre os pontos B e C depende da flacidez de pele e do volume de tecido a ser removido, geralmente entre 4–6cm. Com a paciente em posição supina faz-se manobra bi digital e se marcam os pontos D e E, no sulco inframamário. (Figura 2)

Durante a marcação da mama, o cirurgião deve considerar o final do volume mamário desejado pela paciente, incluindo o volume do implante, com finalidade de evitar excesso de remoção de pele.



Figura 2. Marcação pré-operatória

Após a manobra de Schwartzman, faz-se a remoção do tecido mamário no polo inferior e descolamento retroglândular (Figuras 3A, B e C). O passo seguinte é realizar uma ressecção complementar na base posterior da mama, tipo Pontes II (Figura 4)⁷. A aproximação dos pilares mamários é realizada com nylon 3-0 e o implante é colocado na posição retroglândular (Figuras 5A e B). A placa aréolo-papilar é reposicionada e a sutura é realizada em dois planos, usando-se Monocryl® 4-0 no subcutâneo e subdérmico, e nylon 5-0 nylon na sutura de pele (Figura 6). A colocação de dreno é opcional. O curativo é trocado no primeiro dia de pós-operatório e as suturas são removidas 7–10 dias após a cirurgia. Sutiã cirúrgico é usado por 30 dias e micropore cirúrgico é colocado por 60 dias, para prevenir alargamento da cicatriz.



Figura 3. (A) Manobra de Schwartzman; (B) Ressecção do polo inferior; (C) Ressecção complementar da base da mama dependendo do tamanho do implante.

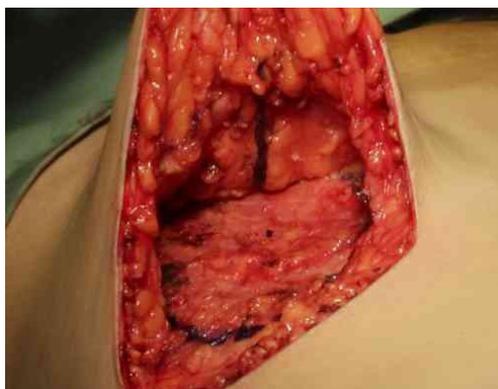


Figura 4. Ressecção da base da mama (Pontes II).

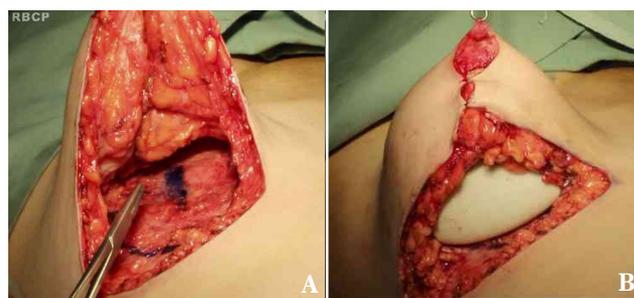


Figura 5. (A) Aproximação dos pilares mamários; (B) Colocação do implante retroglândular.



Figura 6. Sutura final.

RESULTADOS

A média de volume de tecido mamário removido foi 470g de cada lado, variando entre 210g e 1.600g. Em duas pacientes foi detectado carcinoma in situ no exame histopatológico. Essas duas pacientes foram controladas regularmente e ambas foram consideradas curadas, sem necessidade de radioterapia ou quimioterapia. Na maioria dos casos, foi observado melhora e manutenção da projeção do polo superior, consistência e forma das mamas, com resultado considerado satisfatório (figuras 7A,B e C - Pré-operatório e figuras 8A, B e C - pós-operatório; e figura 9 A, B e C - pré-operatório; e figura 10 A, B e C - pós-operatório).



Figura 7. (A, B e C) Pré-operatório



Figura 8. (A, B e C) Pós-operatório (remoção de 1,170 g e implante (redondo, perfil alto, poliuretano, 190 cc).



Figura 9. (A, B e C) Pré-operatório.

Não houve complicações significativas como necrose dos retalhos ou complete do CAP. O percentual de complicações foi 9,8 % (26 pacientes): 1 paciente (0,3 %) desen-

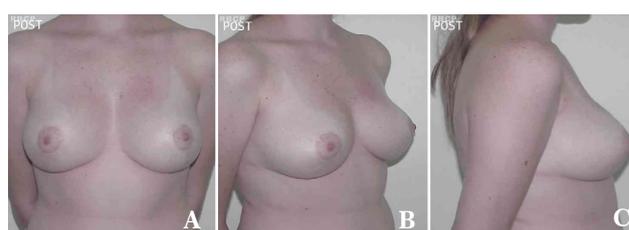


Figura 10. (A, B e C) Pósoperatório (remoção de 590 g) e implante (redondo, perfil alto, poliuretano, 190 cc).

volveu infecção unilateral que foi tratada com remoção dos silicones de ambos os lados, drenagem e antibioticoterapia, recolocando novos implantes três meses depois; (4,9 %) desenvolveram seroma, onde três necessitaram de revisão cirúrgica sem necessidade de remoção dos implantes; 3 (1,1 %) apresentaram hematoma com necessidade de drenagem no centro cirúrgico; 5 (1,8 %) com deiscência, incluindo 1 (0,7 %) com necrose parcial do CAP, sendo feita revisão cirúrgica seis meses após; e 3 (1,1 %) desenvolveram contração capsular antes dos 10 anos tendo sido realizada troca o implante. (Tabela 1)

Tabela 1. Complicações cirúrgicas (n = 264 pacientes).

Complicações cirúrgicas	Nº de casos	%
Infecção Unilateral	1	0,3
Seroma	13	4,9
Hematoma	3	1,1
Deiscência	5	1,8
Necrose Parcial do CAP	1	0,7
Contratura Capsular <10 anos Pós-op	3	1,1
TOTAL	26	9,8

A taxa de revisão foi 17,8 % (47 pacientes). As revisões foram realizadas pelas seguintes razões: 12 pacientes (4,5 %)

desenvolveram ptose do polo inferior; 11 (4,4 %) foram submetidas à revisão de cicatriz; 4 (1,5 %) com assimetria mamária; e 2 (0,7 %) com assimetria do CAP. (Tabela 2)

Tabela 2. Revisões cirúrgicas (n = 264 pacientes).

Revisões	Nº de casos	%
Ptose do polo inferior	12	4,5
Cicatriz	19	7,3
Assimetria mamária	4	1,5
Assimetria do CAP	2	0,7
TOTAL	37	14,0

DISCUSSÃO

O aparente paradoxo de se colocar um implante de silicone durante a mastoplastia redutora, pode ser melhor compreendido se considerarmos as vantagens da associação dos dois procedimentos.

No Brasil, a decisão de usar implante em mastoplastia redutora, geralmente é feita pelas pacientes. Os desejos e expectativas delas devem ser questionados e esclarecidos afim de melhor informar as vantagens e limitações desta associação.

Os resultados a longo prazo parecem ser melhores com o implante, devido à manutenção do polo superior e, também, pela consistência das mamas.

As pacientes com hipertrofia composta de mais tecido adiposo do que glandular, pele flácida, perda do volume do polo superior e redução da consistência, são as melhores candidatas para a colocação de implantes de pequeno volume durante a mastoplastia redutora. A indicação de implantes de pequeno volume (190 cc) deve-se ao fato que as indicações não serem de mastoplastia de aumento, e assim, aproveita-se parte do tecido mamário que será somado à pequena prótese para dar o volume final.

Os resultados obtidos a longo prazo são devido à maior estabilidade do implante em relação consistência do tecido gorduroso. Atualmente, os avanços tecnológicos proporcionam implantes mamários com menor reação tecidual, diminuindo as possibilidades de complicações tais como contratura capsular. Os implantes utilizados podem ser os

texturizados ou os de cobertura de poliuretano, sendo este último mais aderente aos tecidos orgânicos, produzindo uma boa estabilidade na posição do implante e assim uma boa manutenção da forma da mama⁸.

Chama a atenção os achados carcinoma in situ em duas pacientes. Tarone et al. revisaram cinco estudos que observavam risco de câncer de mama em pacientes que tinham se submetido à mastoplastia redutora. Seguimentos, pós-operatório de mulheres que foram submetidas à mastoplastia redutora, indicam que o risco de câncer diminui em proporção que aumenta o tecido ressecado⁹. O risco de câncer de mama foi reportado como menor em pacientes que fizeram mastoplastia redutora que em pacientes controle^{10,11}.

Além do benefício oncológico, mastoplastia redutora resulta em melhora funcional relacionada à dor musculoesquelética, dor de cabeça, sono e respiração. Os benefícios psicológicos incluem a melhora da autoestima, função sexual e qualidade de vida, assim como ansiedade e depressão. Após mastoplastia redutora, as mulheres aparentam se exercitar mais e terem menos desordens alimentares¹².

Mastoplastia redutora com colocação de implante mamário é indicado para pacientes que apresentam moderada ou severa flacidez com qualquer grau de hipertrofia, e mamas com mais conteúdo gorduroso que glandular. Pacientes que foram submetidas previamente a cirurgia bariátrica, com significativa perda de peso, podem se beneficiar dessa técnica. Em nossa série, a estatística de complicações foi aceitável e os resultados a longo prazo foram satisfatórios, tanto para os pacientes quanto para o cirurgião. (Quadro 1)

Quadro 1. Vantagens e desvantagens da mastoplastia redutora com colocação de pequeno implante mamário.

Vantagens	Desvantagens
Controle de forma	Custos (Implantes)
WProjeção adequada	Possíveis complicações inerentes ao implante
Controle de Volume	Necessidade de troca do implante
Maior firmeza das mamas	
Evita dois tempos cirúrgicos	
Resultado a longo prazo	
Maior consistência mamária	
Melhora do resultado estético	

CONCLUSÃO

Consistência, resultados a longo prazo, melhora do resultado estético, manutenção da projeção do polo superior, forma e firmeza das mamas, podem ser obtidas com a associação da mastoplastia redutora e colocação de pequeno implante mamário no mesmo tempo cirúrgico. O procedimento é especialmente indicado para as pacientes com grande flacidez de pele, ptose e hipertrofia mamária, em mamas com conteúdo mamário mais gorduroso que glandular.

A mastoplastia redutora associada a implante de silicone é um procedimento seguro para casos selecionados, com alto grau de satisfação.

REFERÊNCIAS

- Schwartzman E. Die technik der mammaplastick. Chirurgie. 1930;2:932-43.
- Lejour M. Vertical mammaplasty and liposuction of the breast. Plast Reconstr Surg. 1994;94(1):100-14.

3. Pitanguy I. Hipertrofias mamárias: estudo crítico da técnica pessoal. *Rev Bras Cir.* 1966; 56:263.
4. Baroudi R, Lewis JR. The augmentation reduction mammoplasty. *Clin Plast Surg.* 1976;3(2):3018.
5. Saldanha OR. Uso de prótese em mamoplastia redutora. *Arq Catarinenses Méd.* 2000; 29(supl.1):261.
6. Saldanha OR, Maloof RG, Dutra RT, Luz OA, Saldanha Filho O, Saldanha CB. Using prosthesis in breast reduction. *Rev Bras Cir Plast.* 2010; 2: 317-24.
7. Pontes R. Reduction Mammoplasty: Variations I and II. *Annals Plast Surg.* 1981;6:437-447.
8. Pitanguy I, Amorim NG, Berfer AV. Analysis of implant exchange on the last five years at Ivo Pitanguy Clinic. *Rev Bras Cir Plast.* 2010; 4:668-674.
9. Tarone RE, Lipworth L, Young VL, McLaughlin JK. Breast Reduction Surgery and Breast Cancer Risk: Does Reduction Mammoplasty Have a Role in Primary Prevention Strategies for Women at High Risk of Breast Cancer? *Plast Reconstr Surg.* 2004; 7:210-211.
10. Boice JD, Persson I, Brinton LA, Hober M, McLaughlin JK, Blot WJ, et al. Breast Cancer following Breast Reduction Surgery in Sweden. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 4:755-762.
11. Brown MH, Weinberg M, Chong N, Levine R, Holowaty E. A Cohort Study of Breast Cancer Risk in Breast Reduction Patients. *Plast Reconstr Surg.* 1999; 6:1674-1681.
12. Singh KA, Losken A. Additional Benefits of Reduction Mammoplasty: A Systematic Review of the Literature. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 3:562-570.

Autor correspondente:*Oswaldo Ribeiro Saldanha**

Avenida Washington Luiz, 142 - Santos, SP, Brasil

CEP: 11.050-200

E-mail: clinica@clnicasaldanha.com.br