

Aumento mamário por meio da incisão da abdominoplastia: estudo prospectivo de 100 casos

Breast augmentation via the abdominoplasty incision approach: a prospective study of 100 cases

GAL MOREIRA DINI¹

JEAN MILANI²

LUCIANA GIANINI

ALBUQUERQUE³

MARIO FARINAZZO DE

OLIVEIRA⁴

IVAN DUNSHEE DE ABRANCHES

OLIVEIRA SANTOS FILHO⁴

LAUREN KLAS IURK⁵

LYDIA MASAKO FERREIRA⁶

RESUMO

Introdução: A gravidez e a obesidade causam distensão da parede abdominal e também produzem mudanças na forma e no tamanho das mamas. Assim, não é incomum a necessidade de melhoria estética da área abdominal, coincidindo com o desejo de aumento de mama. A mamoplastia utilizando a mesma incisão da abdominoplastia foi descrita pela primeira vez em 1976. Em decorrência da falta de estudos prospectivos empregando essa abordagem, os autores realizaram uma série de dermolipectomias usando a incisão abdominal para inserir o par de implantes mamários de silicone gel. **Método:** Cem pacientes consecutivas foram selecionadas, com média de idade de 33 ± 2 anos. A abdominoplastia clássica foi realizada e, em seguida, confeccionados 2 túneis sobre os hipocôndrios direito e esquerdo. Após colocação dos implantes, foi realizada reconstrução do sulco mamário com pontos simples usando fios absorvíveis, fixando o subcutâneo à aponeurose. **Resultados:** Não houve nenhuma das seguintes complicações: trombose venosa profunda, complicações cardiorrespiratórias ou anestésicas, necrose de pele, sangramento visível, e hematoma ou infecção detectáveis clinicamente. O volume dos implantes variou de 280 ml a 450 ml (mediana de 350 ml). O tempo médio de operação foi de 116 minutos. Em nenhum caso foi necessária reoperação. O período de acompanhamento mínimo foi de 9 meses e máximo, de 84 meses (média de 36 meses). **Conclusões:** A técnica de aumento mamário por meio da incisão da abdominoplastia se mostrou confiável e simples, constituindo uma nova opção para a cirurgia mamária sem cicatriz nas mamas.

Descritores: Cirurgia plástica. Mamoplastia. Implante mamário. Mama/cirurgia. Abdomen/cirurgia. Abdominoplastia. Lipectomia.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and obesity cause distension of the abdominal wall and produce changes in the shape and size of the breasts. Thus, the need of aesthetic improvement of the abdominal area is not uncommon, coinciding with the desire for breast augmentation. Performing mammoplasty via the abdominoplasty incision approach was first described in 1976. Because of the lack of prospective studies using this approach, we performed a series of dermolipectomy procedures using the abdominal incision to insert a pair of silicone gel breast implants. **Methods:** In total, 100 consecutive patients were selected, with

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 28/11/2012

Artigo aceito: 10/2/2013

1. Doutor, professor afiliado, orientador de pós-graduação, chefe do Setor de Rinoplastia da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), São Paulo, SP, Brasil.
2. Graduando do curso de Medicina da UNIFESP-EPM, São Paulo, SP, Brasil.
3. Médica pela Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
4. Cirurgião plástico, médico colaborador da Disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP-EPM, membro associado da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
5. Cirurgiã plástica pela UNIFESP-EPM, membro associado da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
6. Livre-docente, professora titular da Disciplina de Cirurgia Plástica e do Programa de Pós-Graduação da UNIFESP-EPM, membro titular da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.

a mean age of 33 ± 2 years. Classic abdominoplasty was performed, and 2 tunnels were then made in the right and left hypochondria. After implant placement, the mammary fold was reconstructed using simple sutures with absorbable threads to attach the subcutaneous tissue to the aponeurosis. **Results:** None of the following complications were observed: deep-vein thrombosis, cardiorespiratory or anesthetic complications, skin necrosis, visible bleeding, hematoma, or clinically detectable infection. The volume of the implants ranged from 280 to 450 mL (median, 350 mL). The mean operation time was 116 minutes. Reoperation was not necessary in any of the cases. The monitoring period ranged from 9 to 84 months (mean, 36 months). **Conclusions:** Breast augmentation via the abdominoplasty incision approach was demonstrated to be a reliable and simple technique, providing a new, scar-free alternative to mammary surgical procedures.

Keywords: Plastic surgery. Mammoplasty. Breast implantation. Breast/surgery. Abdomen/surgery. Abdominoplasty. Lipectomy.

INTRODUÇÃO

A gravidez e a obesidade causam distensão da parede abdominal, resultando em diástase da aponeurose dos músculos da região. Para corrigir essas mudanças, cirurgias plásticas realizam abdominoplastia ou dermolipectomia abdominal. Nesse procedimento, são corrigidos 3 defeitos geralmente presentes: excesso de pele e de gordura subjacente, além de frouxidão do complexo músculo-aponeurótico¹⁻³.

Cirurgias plásticas descobriram que realizar a dermolipectomia associada à plicatura músculo-aponeurótica pode ser efetivo em restaurar a forma graciosa e jovial do abdome.

A gravidez não produz alterações exclusivamente na parede abdominal. O corpo feminino como um todo sofre modificações como resultado de alterações hormonais. Uma mudança significativa é observada na forma e no tamanho das mamas, que estarão preparadas para produzir leite. Conforme a mama cresce, a pele se estica, algumas vezes desenvolvendo estrias. O aumento de suprimento sanguíneo para a mama causa o aparecimento de veias azuladas; além disso, aréolas e papilas podem se tornar mais escuras e alargadas. Após amamentar, é comum estar presente a frouxidão e a involução do parênquima. A ptose mamária após a gravidez é 2 vezes mais frequente que em nulíparas⁴⁻⁷.

Dessa forma, não é incomum a necessidade de melhora estética da região abdominal em conjunto com o desejo de aumento mamário^{8,9}.

Dados da International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) revelam que o aumento mamário é a segunda cirurgia plástica mais realizada, com 1.506.475 procedimentos em 2010¹⁰.

Quando as mamas eram de pequeno volume previamente à gestação, apenas a inclusão de um implante pode dar o efeito desejado, com restauração da autoconfiança, autoimagem e autoestima da mulher.

A ideia principal em qualquer cirurgia plástica é propiciar o melhor resultado com a menor cicatriz possível, escondendo a cicatriz ou deixando-a em lugares dificilmente visíveis. Diversas técnicas, incisões e abordagens foram utilizadas para o aumento mamário. A escolha depende das características físicas e regionais e a decisão final é feita levando-se em conta a sugestão do cirurgião e a escolha da paciente¹¹⁻¹⁴.

Planas¹⁵ foi o primeiro autor a apresentar a mamoplastia de aumento usando a mesma incisão da abdominoplastia. A introdução de implantes de silicone foi feita através de túneis subcutâneos realizados na região dos hipocôndrios direito e esquerdo, atingindo o plano retroglandular¹⁵⁻²⁰.

A pequena difusão dessa técnica pode estar associada à grande distância a ser dissecada durante a confecção dos túneis e das lojas dos implantes.

Sem o instrumental adequado e sem o endoscópio, a revisão da hemostasia se torna difícil, bem como a confecção de pontos para prevenção de migração caudal do implante, assimetrias e formação de seromas^{17,21-23}.

Em decorrência da falta de estudos prospectivos empregando essa técnica, os autores realizaram uma série de dermolipectomias usando a incisão abdominal para inserir os implantes mamários de silicone gel.

MÉTODO

Cem pacientes consecutivas desejando abdominoplastia e aumento mamário foram selecionadas, no período de 1º de janeiro de 2006 a 31 de agosto de 2011. A idade das pacientes no momento da cirurgia variou de 21 anos a 56 anos, com média de 33 ± 2 anos e mediana de 30 anos.

Os critérios para inclusão no estudo foram:

- excesso de pele e tecido adiposo no abdome e diástase dos músculos retos do abdome (pacientes tipo II de Matarasso²⁴);

- desejo e indicação para aumento mamário;
- idade entre 20 anos e 60 anos;
- índice de massa corporal $< 35 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso e obesidade grau 1).

Os critérios para exclusão no estudo foram:

- qualquer contraindicação ao procedimento clínico-cirúrgico indicado;
- pessoas submetidas a cirurgia bariátrica por laparotomia;
- pacientes no período pós-parto recente (< 12 meses) ou que estivessem amamentando;
- pacientes com doença aguda ou crônica não-controlada;
- pacientes que se recusassem a participar da pesquisa ou que não retornaram para avaliação pós-operatória;
- necessidade de qualquer incisão para remoção de pele ou cicatrizes prévias na mama.

Técnica Operatória

Todas as cirurgias foram conduzidas em ambiente hospitalar, sob anestesia geral. Uma incisão transversa suprapúbica foi realizada e o descolamento do retalho dermogorduroso foi feito logo acima da aponeurose do músculo reto do abdome e parcialmente sobre o músculo oblíquo externo, até a altura do apêndice xifoide.

Previamente ao descolamento na região de hipocôndrio e sob as mamas, uma solução de infiltração foi preparada, usando a mesma solução com seringas de 60 ml, totalizando 300 ml sob cada mama na área a ser descolada. Uma cânula longa, de 3 mm, foi conectada à ponta dessas seringas, para facilitar a infiltração (Figura 1).

Foram criados túneis para atingir o espaço retroglandular, na direção de 1 hora e 11 horas, por sobre os arcos costais (Figura 2). Medidores foram usados para a criação de lojas

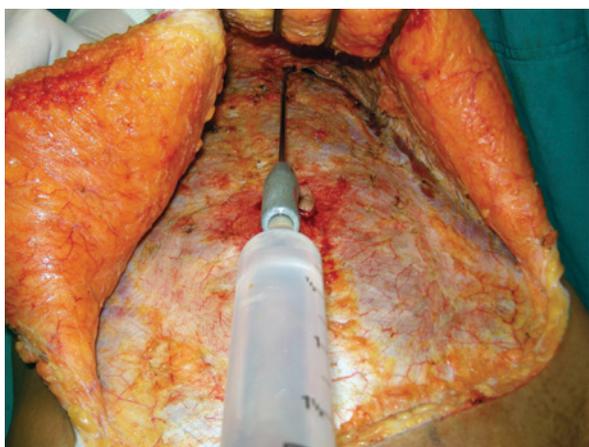


Figura 1 – Infiltração na área a ser descolada sob a mama.

simétricas, auxiliando na escolha do tamanho do implante (Figura 3). Com a base da mama desconectada da fáscia do músculo peitoral, pequenos fragmentos foram ressecados com eletrocautério e pinças de Allis, para diminuir o volume mamário (Figura 4).

A prótese utilizada era composta de gel coesivo de silicone com envoltório texturizado, perfil alto, com volume variando de 260 ml a 450 ml.

Após a colocação dos implantes, a reconstrução do sulco mamário foi realizada com uma sutura simples, empregando fio absorvível de poliglactina 2-0, fixando o subcutâneo à aponeurose. A mesma manobra foi realizada nos túneis dissecados, com diversos pontos (Figuras 5 e 6).

A diástase abdominal do músculo reto do abdome foi corrigida com uma sutura simples interrompida de mononáilon

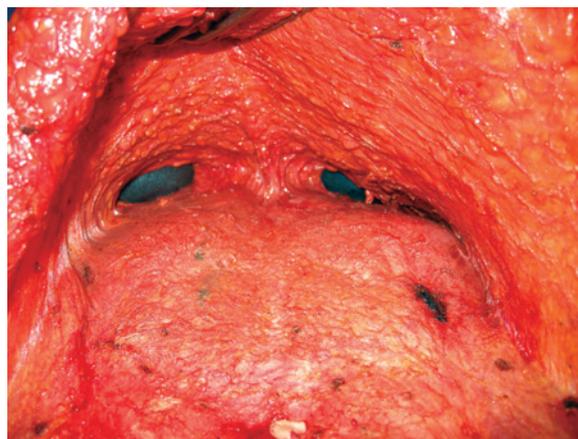


Figura 2 – Túneis criados para obtenção de acesso à mama por sobre os arcos costais.



Figura 3 – Análise volumétrica utilizando moldes, e comparação de perfil com a mama original.

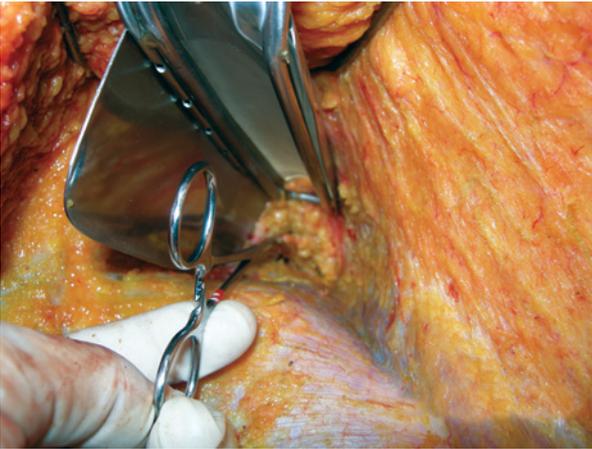


Figura 4 – Ressecção de fragmentos da mama maior para obtenção de melhor simetria.



Figura 5 – Reconstrução do sulco mamário e prótese protegida da agulha de sutura.

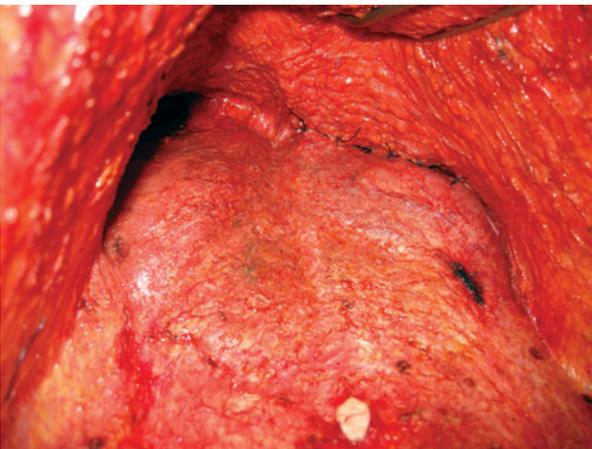


Figura 6 – Fixação completa do túnel.

2-0, com uma distância de aproximadamente 2,5 cm, seguida de sutura contínua com o mesmo fio por sobre esses pontos. Após a revisão de hemostasia, o retalho abdominal foi fixado à aponeurose do músculo reto abdominal com pelo menos 30 pontos simples de poliglactina, deixando espaços não maiores que 5 cm entre esses pontos¹³⁻¹⁵. A cicatriz umbilical foi fixada em sua nova posição no retalho abdominal com pontos simples externos de náilon 4.0 e pontos subdérmicos do mesmo fio.

No final, uma fita adesiva não-alérgica foi colocada por sobre a pele da base da mama, para auxiliar na coaptação e evitar coleções serosas. Esse curativo foi mantido por 7 dias.

Todas as cirurgias foram realizadas na parte da manhã e as pacientes foram liberadas no dia seguinte.

RESULTADOS

Nenhuma das seguintes complicações foi observada: trombose venosa profunda, embolia pulmonar, complicações anestésicas ou cardiorrespiratórias, necrose de pele, sangramento visível, e hematoma ou infecção clinicamente detectáveis.

Pequenas deiscências (< 5 cm) foram detectadas em 6 pacientes. Em nenhum outro caso foi observada deiscência de maior proporção. Uma paciente apresentou seroma resolvido após 2 punções associadas e uso de curativo compressivo.

O tamanho dos implantes variou de 280 ml a 450 ml, com média de 350 ml. Todos os implantes foram do mesmo modelo, perfil alto, superfície texturizada com gel de silicone coesivo. O tempo de operação (não contando o tempo de anestesia entre intubação e extubação) variou de 93 minutos a 154 minutos, com tempo médio de 116 minutos.

Em nenhuma paciente foi necessária reoperação em decorrência de hematoma, seroma ou deiscência de suturas. O período de seguimento mínimo foi de 9 meses e máximo, de 84 meses, com média de 36 meses. Durante o período de acompanhamento, não foi observada contratura em nenhuma paciente.

Fazendo uma análise crítica das fotografias (vista frontal) de todas as pacientes, traçamos uma linha desde a frente da fúrcula esternal até o umbigo e, com base nessa, outra linha perpendicular foi feita digitalmente, passando no centro do mamilo direito e uma linha adicional na base da mesma mama.

Em nenhuma das 100 mulheres pesquisadas foi encontrada simetria perfeita, ou seja, toda mulher tem diferença de altura, de distância até a linha medial e até mesmo do tamanho. Perfeita simetria da mama foi a regra.

Após a cirurgia, avaliação fotográfica realizada pelos pesquisadores identificou que assimetria de posição ainda estava presente em 26 (26%) pacientes, mas todas ficaram satisfeitas com o resultado.

As Figuras 7 a 13 ilustram alguns casos da presente casuística.



Figura 7 – Em A e C, aspecto pré-operatório, vistas frontal e perfil, respectivamente. Em B e D, aspecto aos 12 meses de pós-operatório de colocação bilateral de implantes mamários de gel de silicone texturizado de 375 ml, perfil alto, vistas frontal e perfil, respectivamente.

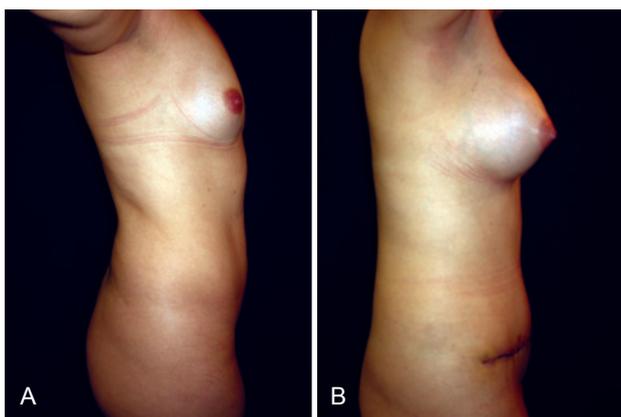


Figura 8 – Em A, aspecto pré-operatório, vista lateral direita. Em B, aspecto pós-operatório de colocação bilateral de implantes mamários de gel de silicone texturizado de 300 ml, perfil alto, vista lateral direita.

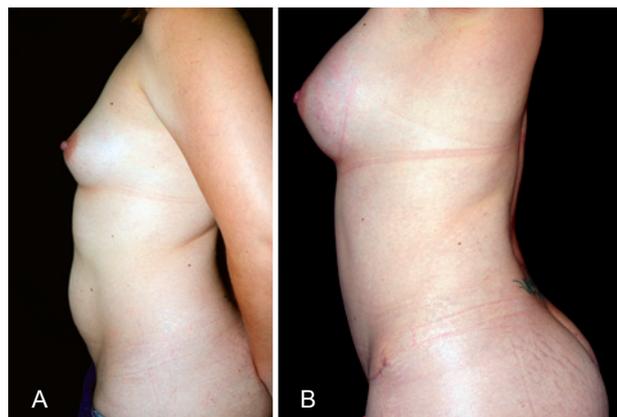


Figura 9 – Em A, aspecto pré-operatório, vista lateral esquerda. Em B, aspecto aos 7 meses de pós-operatório de colocação bilateral de implantes mamários de gel de silicone texturizado de 325 ml, perfil alto, vista lateral esquerda.

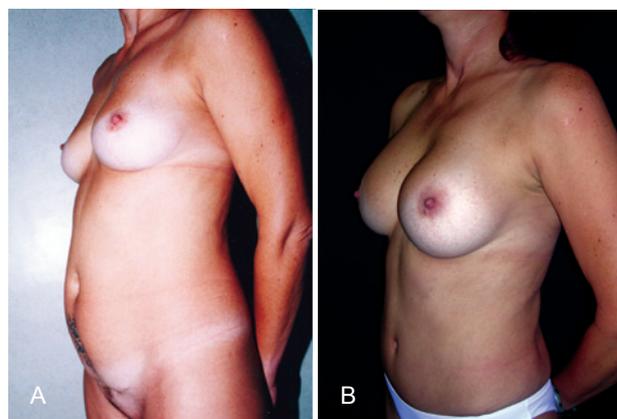


Figura 10 – Em A, aspecto pré-operatório, vista oblíqua esquerda. Em B, aspecto aos 8 meses de pós-operatório de colocação bilateral de implantes mamários de gel de silicone texturizado de 350 ml, perfil alto, vista oblíqua esquerda.



Figura 11 – Em A, aspecto pré-operatório, vista oblíqua direita. Em B, aspecto aos 6 meses de pós-operatório de colocação bilateral de implantes mamários de gel de silicone texturizado de 325 ml, perfil alto, vista oblíqua direita.



Figura 12 – Aspecto aos 12 meses de pós-operatório de colocação bilateral de implantes mamários de gel de silicone texturizado de 375 ml, perfil alto, vista oblíqua direita.



Figura 13 – Aspecto aos 6 meses de pós-operatório de colocação bilateral de implantes mamários de gel de silicone texturizado de 400 ml, perfil alto, demonstrando cicatriz abdominal transversa resultante das 2 cirurgias, escondida sob a roupa íntima, vista frontal.

DISCUSSÃO

Mulheres candidatas a abdominoplastia, muitas vezes, desejam o aumento mamário. O acesso à mama por meio da incisão da abdominoplastia pode evitar qualquer cicatriz em uma área tão significativa anatomicamente.

A técnica descrita é simples e baseia-se em princípios profusamente descritos na literatura médica. Planas¹⁵ publicou pela primeira vez, entre 1972 e 1976, uma casuística de 12 pacientes operadas com essa abordagem. Barrett & Kelly¹⁶ compararam o acesso abdominal em 8 mulheres e em 4 desses casos foram realizadas 2 incisões distintas, abdominal e mamária. Não foi encontrada diferença em relação à evolução clínica das pacientes, independentemente da técnica cirúrgica. Wallach¹⁸, revisando 70 abdominoplastias consecutivas, reportou 6 casos de aumento mamário por meio da incisão da abdominoplastia. Dini et al.²⁰, em 2007, relataram uma série de 30 pacientes e ressaltaram a importância da refixação do sulco mamário e dos túneis nos arcos costais, para evitar seroma¹⁵⁻²⁰. As complicações encontradas neste artigo foram associadas à pequena quantidade de pontos para diminuir o espaço morto nos túneis (quanto mais, melhor) e pontos de adesão muito apertados no sulco (Figuras 14 e 15). Seroma não foi evidenciado novamente após o projeto piloto, e o caso reportado neste artigo desapareceu depois de 2 punções associadas ao uso de curativo compressivo. O sulco mal fixado pode ser melhorado com subsequente liberação de um ou de outro ponto com uma agulha, com o máximo cuidado para não perfurar o implante ou agravar ainda mais a estética, com a destruição da dobra mamária.

A candidata ideal para mamoplastia de aumento via abdominal é a paciente sem ptose, pseudoptose ou com ptose mamária de 1º grau. Em pacientes com ptose de 2º ou 3º graus que desejam aumento mamário, podem ser obtidos melhores resultados com a mastopexia.

A população deste estudo era composta por mulheres jovens, com média de idade de 33 anos, dados similares aos relatados por Barrett & Kelly¹⁶. Dentre as 100 pacientes estudadas, 84 eram primíparas, 9 tiveram 2 gestações, e 7 tiveram 3 ou mais gestações.

Todas as pacientes deste estudo tiveram seus implantes inseridos no plano subglandular, por escolha dos autores, mesmo sendo muito fácil a inserção no plano submuscular. A liberação do músculo peitoral maior, perto do músculo reto abdominal, evolui com mais sangramento e túneis maiores.

Em decorrência da longa distância a ser dissecada, é sugerido o uso de instrumentais longos, como porta-agulhas de 22 cm, prolongador de ponta para o eletrocautério, afastador maleável de 5 cm, longas pinças de Kelly, pinças de Allis e, o mais importante, um afastador iluminado tão longo quanto possível (cerca de 25 cm).

A dissecação para atingir o sulco mamário pode causar algum desconforto ao cirurgião no início, uma vez que é necessário mudar a direção da dissecação, de uma subida, até a margem da primeira costela encontrada, para um declive na direção do músculo peitoral. Uma vez que a dissecação vai “descer”, pode haver um pouco de receio de entrar nas lâminas pleurais. Uma vez que essa dissecação é totalmente feita sob visão direta, esse medo é infundado. Depois de



Figura 14 – Seroma decorrente de fixação inadequada (muito poucos pontos de adesão).



Figura 15 – Aspecto pós-operatório, demonstrando fixação desigual e muito apertada do sulco mamário.

e elevar a parte inferior da mama, uma decisão deve ser tomada: confeccionar a loja sob ou sobre o músculo peitoral? O plano subpeitoral é mais trabalhoso, porém é totalmente factível.

Embora as técnicas endoscópicas possam ser facilmente incorporadas ao arsenal cirúrgico, são mais trabalhosas que benéficas nesse tipo de cirurgia. Optando-se pela via subglandular, não é necessária hemostasia tão rigorosa na loja retro-glandular. Descolamento da glândula mamária é realizado com eletrocautério até a liberação do sulco mamário; em seguida, a dissecação é feita apenas por dissecação romba com o dedo. A impossibilidade de avançar apenas com os dedos significa que o sulco mamário ainda não foi atravessado. Por vezes, os dedos não são suficientemente longos para descolar o polo superior da mama. Nesses casos, os afastadores maleáveis retificados são de grande ajuda, uma vez que são redondos em sua ponta. Afastadores utilizados para implantes de glúteo não são apropriados nesse descolamento, pois é

necessário fazer uma loja tão redonda quanto possível. Um descolamento errado pode proporcionar uma forma angulada e não natural. A ideia é tracionar o músculo peitoral com uma pinça, para ajudar a desenvolver uma loja adequada, mas deve-se estar pronto com um Kelly longo e eletrocautério com prolongador de ponta para qualquer eventual hemostasia.

A utilização de moldes permite a obtenção da simetria ideal. Eles também auxiliam na hemostasia por compressão, enquanto o cirurgião opera o outro lado descolando o túnel e a loja contralateral. Pequenos ajustes no tamanho da mama podem ser realizados por meio de ressecções de porções da base da mama usando pinças Allis e ressecando o volume desejado com eletrocautério. Em alguns casos (não pertencentes a esta série), realizamos a remoção de ginecomastia glandular em homens que perderam peso e necessitavam de uma abdominoplastia, evitando incisões na pele da região da mama.

Fazendo uma análise crítica das fotografias em vista frontal das 100 pacientes, verificamos que a assimetria de mama é natural no corpo humano normal. Os cirurgiões precisam discutir com a paciente se ela quer o centro do implante coincidente com o centro dos mamilos e, assim, os polos superiores mediais das mamas vão estar em diferentes alturas e também em distâncias diferentes da linha mediana esternal.

Parece mais adequado colocar o implante em posições mais centrais e simétricas em altura, mesmo que os mamilos não estejam simétricos, uma vez que quando se usa uma camisa com decote é o quadrante superior medial da mama que fica exposto.

Esse aspecto leva a longo debate, mas a decisão deve ser do paciente. Deve ser discutido e feito um termo de consentimento assinado no pré-operatório, em que o paciente declara sua preferência (manter um peito maior que o outro, seguindo a assimetria de nascença do mamilo ou não se preocupar com a posição imutável do mamilo e colocar o implante em posição mais medial).

Durante o descolamento da mama, na eventualidade de lesão de qualquer vaso de calibre maior, não parece ser necessária hemostasia com eletrocautério ou sutura. A colocação de 3 ou 4 compressas embebidas em solução salina 0,9% mais adrenalina 1:500.000, por 10 minutos, enquanto o cirurgião trabalha no lado contralateral ou inicia a plicatura da diástase do músculo reto abdominal, é suficiente para conter o sangramento abundante. Nesta série de pacientes, não houve necessidade de reoperação para a revisão em decorrência de sangramento ou hematoma. É imperativo criar uma loja com a dimensão exata do implante a ser colocado. O implante de silicone na loja apertada será um elemento de compressão aos vasos seccionados.

A reconstrução do sulco mamário é o ponto-chave dessa técnica. Os pontos utilizados são simples, com poliglactina absorvível 2-0 com uma agulha > 2,5 cm. A quantidade de

pontos é outro detalhe importante, devendo ser em número suficiente para permitir perfeita coaptação do sulco arqueado da mama. Poucos pontos podem conferir ao sulco uma aparência fragmentada. Eles não são pontos difíceis, mas é preciso paciência do cirurgião para remover os pontos e refazê-los quantas vezes forem necessárias, até obtenção de um sulco mamário natural e de simetria perfeita. Quanto menor o túnel dissecado, mais fácil é a sutura, mas o cirurgião não deve se preocupar em fazer um túnel tão pequeno que o impedirá de fazer a loja perfeita. Nos primeiros casos, é mais fácil liberar mais extensamente o sulco mamário e ter paciência para fazer a refixação. Com a experiência, os túneis serão cada vez menores e o tempo cirúrgico mais rápido que nas incisões de mama tradicionais. A mão deve ser capaz de ser introduzida debaixo da mama. Um detalhe técnico importante refere-se à liberação do sulco mamário, que nunca deve ser realizado completamente do lado medial e lateral. Se isso ocorrer, a tentativa de recriação do sulco resultará, provavelmente, em uma mama de base quadrada. É importante lembrar que o sulco é uma estrutura semicircular, e esses pontos para recriação da base da mama não devem ser demasiado apertados, de forma a não marcar a pele. Se eventualmente é encontrado um ponto marcando a pele no pós-operatório, esse pode ser cortado com anestesia local e uma agulha “rosa” (calibre 40 mm x 1,2 mm).

Nessa cirurgia, as luvas são frequentemente sujas com sangue. As luvas e a pele do paciente devem ser limpas, para se ter a percepção correta do “sulco perfeito”. Não se iluda que o sulco será refeito com fitas de compressão e gaze sobre a pele. Curativos não substituem uma sutura de má qualidade. Se o resultado não estiver perfeito com os pontos do sulco na aponeurose de fixação, devem ser refeitos quantas vezes forem necessárias para evitar resultados desagradáveis. No início da experiência, esses pontos apresentam alto grau de dificuldade e estresse (é o tempo que o cirurgião se pergunta: por que estou tentando isso?), mas ao longo do tempo vai se tornar a parte mais lúdica da cirurgia. A via abdominal torna-se muito mais rápida que as 2 cirurgias isoladamente por meio de 3 incisões (2 nos seios e 1 abdominal).

Como conselho adicional, recomendamos não tentar essa abordagem cirúrgica sem o equipamento adequado, ou seja, afastador longo iluminado e eletrocautério estendido, para evitar o estresse. É necessário também fazer infiltração retroglandular adequada. Se uma artéria intercostal for seccionada, é imperativo que o cirurgião esteja pronto para pinçar o vaso com uma pinça Kelly longa ou similar. Se o sangramento manchar a loja onde será posicionado o implante, será mais difícil a dissecação posterior. A dissecação da parte interna da loja é mais fácil de ser realizada com o afastador maleável. O afastador maleável deve ser segurado com o dedo indicador sobre ele, usando-se a ponta do afastador como se fosse um prolongamento do dedo, para dissecar a loja no tamanho desejado. Esse afastador maleável também será de grande

utilidade para afastar e proteger a prótese ao fechar a loja para definição do sulco da mama.

Nenhum dreno foi utilizado ou necessário nas pacientes deste estudo, uma vez que todo o sangue ou plasma flui através dos túneis. Apesar de ser uma observação subjetiva, a recuperação com essa abordagem é muito mais rápida e o inchaço dos seios desaparece mais precocemente.

Se considerarmos o risco entre o aumento da mama e a abdominoplastia separadamente (com 3 incisões diferentes) com a via abdominal proposta neste estudo, a única diferença é a dissecação de 2 túneis hipogástricos. Esses geralmente não alcançam o trajeto da artéria epigástrica superficial superior e nem separam as artérias e veias intercostais abaixo da altura do apêndice xifoide, de modo que não há aumento do risco de desvascularização abdominal (Figura 1). Apenas uma pequena deiscência de sutura (< 5 cm de comprimento) foi encontrada em 6 casos, o que é a mesma proporção encontrada na abdominoplastia sozinha.

Psicologicamente, a paciente se sente muito mais segura para tomar banho no dia seguinte à cirurgia, sem medo de romper algum ponto na pele da mama. Outro ponto extremamente importante é a satisfação das pacientes em ter os seios aumentados, sem nenhuma cicatriz em uma das partes consideradas mais erógenas do corpo. Assim, a paciente não precisará passar por meses de incerteza e tensão à espera por cicatriz de boa qualidade. Ela “não tem cicatriz na mama”. A paciente não passa por qualquer risco de deiscência, alargamento da cicatriz, alterações de cor (hiperpigmentação ou hipocromia) ou quelóide na mama.

Essa técnica é excelente para pacientes que necessitam de implantes subglandulares e preferem uma incisão distante. Ela proporciona bom controle da dissecação e permite a utilização de implantes de gel de silicone, evitando, assim, o risco de deflação. Além disso, a recuperação é mais rápida (não há risco de rotura de pontos na pele da mama) e há menos contusões e dores (menos cauterização e incisões nos tecidos da mama). Possivelmente haja menor agressão aos ductos mamários, já que a mama é descolada como um todo a partir da fáscia peitoral.

CONCLUSÕES

A mamoplastia de aumento por meio da incisão abdominal oferece às pacientes a oportunidade de passar por ressurtação de seu corpo com apenas uma cicatriz, fácil de esconder; além disso, as complicações não diferem daquelas apresentadas pela técnica tradicional com 3 incisões.

REFERÊNCIAS

1. Trussler AP, Kurkjian TJ, Hatef DA, Farkas JP, Rohrich RJ. Refinements in abdominoplasty: a critical outcomes analysis over a 20-year period. *Plast Reconstr Surg*. 2010;126(3):1063-74.

2. Dini GM. A new position to hide the abdominoplasty scar. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(4):1391-2.
3. Dini GM, Ferreira LM. Putting the umbilicus in the midline. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(6):1971-3.
4. Rohrich RJ, Adams WP Jr, Potter JK. A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(1):401-8.
5. Burk J, Zelen SL, Terino EO. More than skin deep: a self-consistency approach to the psychology of cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1985;76(2):270-80.
6. Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, LaRossa D, Low DW, Pertschuk MJ, et al. Bigger is not always better: body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(7):1956-61.
7. Aboudib JH Júnior, Castro CC, Coelho RS, Cupello AM. Analysis of late results in postpregnancy mammoplasty. *Ann Plast Surg.* 1991;26(2):111-6.
8. Brito MJ, Nahas FX, Barbosa MV, Dini GM, Kimura AK, Farah AB, et al. Abdominoplasty and its effect on body image, self-esteem, and mental health. *Ann Plast Surg.* 2010;65(1):5-10.
9. Dini GM, Ferreira LM. Fat necrosis and dermolipectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(6):1970-1.
10. ISAPS Procedure Study, 2010; Disponível em: <http://www.isaps.org/isaps-global-statistics.html>.
11. Rohrich RJ, Hartley W, Brown S. Incidence of breast and chest wall asymmetry in breast augmentation: a retrospective analysis of 100 patients. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7 Suppl):7S-13S.
12. Rohrich RJ, Adams WP Jr, Potter JK. A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(1):401-8.
13. Rohrich RJ, Cunningham BL, Jewell ML, Spear SL. Teenage breast augmentation: validating outcome data and statistics in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(3):943-4.
14. Spear SL, Bulan EJ, Venturi ML. Breast augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(5):73E-81E.
15. Planas J. Introduction of breast implants through the abdominal route. *Plast Reconstr Surg.* 1976;57(4):434-7.
16. Barrett BM Jr, Kelly 2nd MV. Combined abdominoplasty and augmentation mammoplasty through a transverse suprapubic incision. *Ann Plast Surg.* 1980;4(4):286-91.
17. Hakme F, Gomes BS, Toledo OMR, Sjostedt CO, Muller PM. Prevenção e tratamento da contratatura capsular. *Rev Bras Cir.* 1984;74(2):59-64.
18. Wallach SG. Maximizing the use of the abdominoplasty incision. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(1):411-7.
19. Wallach SG. Transabdominal breast augmentation. *Aesthet Surg J.* 2004;24(4):373-8.
20. Dini GM, Albuquerque LG, Masako LM. Prótese de mama usando a via de acesso abdominal. In: Ferreira LM, ed. *Guia de cirurgia plástica*. Barueri: Manole; 2007. p.539-43.
21. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-41.
22. Hanra S. Circumferential body lift. *Aesthet Surg J.* 1999;19(3):244-8.
23. Nahas FX, Ferreira LM, Ghelfond C. Does quilting suture prevent seroma in abdominoplasty? *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(3):1060-4.
24. Matarasso A. Classification and patient selection in abdominoplasty. *Oper Tech Plast Reconstr Surg.* 1996;3:7.

Correspondência para:

Gal Moreira Dini
Rua Vicência Faria Versage, 400 – ap. 113-114 – Jardim Emília – Sorocaba, SP, Brasil – CEP 18031-080
E-mail: dr.gal@uol.com.br