



RESUMO EXPANDIDO

MASTOPLASTIA COM INCISAO EM L*MASTOPLASTY L TECHNIQUE INCISION*

Manoel Romulo Romano Oliveira¹
Romulo Brendler Romano Oliveira²
Guilherme Brendler Romano Oliveira³

RESUMO

Experiência com a Técnica em L invertido em casos operados nos últimos dois anos com excelentes resultados estéticos e funcionais. Marcação: Ponto A - marcado na linha médio clavicular de 1 a 3cm acima da região mamilar. Prende-se a mama com os dedos para determinar a quantidade de tecido a ser ressecado, os pontos para ressecção serão B e C. O ponto D pode variar de 4 a 6 cm do sulco mamário. Fixando-se a mama por sua base inicia-se a marcação da aréola com a manobra de Schavrtzman em todo o triângulo A/B e C/D. A seguir é realizado um descolamento na base da mama, divisão da mama e retirada do polo inferior. Na porção superior é feito o esvaziamento da glândula situada sob a placa aréolo mamilar. As colunas laterais de tecido mamário serão unidas com os pontos separados de mononylon 3-0 que sustentarão a mama, evitando-se assim a queda precoce. Realiza-se a sutura da derme com mononylon 3-0. Conseguimos a retirada de grandes volumes, forma harmônica e cicatriz pequena, ascensão da placa aréolo mamilar com facilidade e sem traumas. O autor demonstra sua experiência com o desenvolvimento desta técnica ao longo dos anos apresentando diversas documentações pré e pós-operatórias.

Descritores: Cirurgia Plástica. Mamoplastia. Cirurgia Reconstructiva .

ABSTRACT

Experience with the inverted L technique in cases operated on in the last two years with excellent aesthetic and functional results. Marking: Point A - marked on the midclavicular line 1 to 3 cm above the nipple region. The breast is held with the fingers to determine the amount of tissue to be resected; the points for resection will be B and C. Point D can vary from 4 to 6 cm from the mammary fold. Fixing the breast at its base, the areola is marked with the Schavrtzman maneuver throughout the triangle A/B and C/D. Next, the base of the breast is detached, the breast is divided and the lower pole is removed. In the upper portion, the gland located under the nipple-areola plate is emptied. The lateral columns of breast tissue are joined with separate 3-0 mononylon stitches that will support the breast, thus preventing premature sagging. The dermis is sutured with 3-0 mononylon. We were able to remove large volumes, in a harmonious manner and with a small scar, and raise the nipple-areola plate easily and without trauma. The author demonstrates his experience with the development of this technique over the years, presenting several pre- and post-operative documents.

Keywords: Surgery Plastic, Mammoplasty, Surgery.

¹ Membro Titular SBCP. Instituto Avançado de Cirurgia Plástica, Salvador, BA, Brasil. Email: fundacaoromuloromano@hotmail.com

² Residente de Cirurgia Plástica. Instituto Avançado de Cirurgia Plástica, Salvador, BA, Brasil. Email: romulobromano@gmail.com

³ Estudante de Medicina. Membro da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica. Bahia, Salvador, BA, Brasil. Email: guilhermehromano10@gmail.com



INTRODUÇÃO

O direito da paciente de corrigir alguma anomalia mamária não deve ser considerado mera vaidade, pois ela espera obter da cirurgia uma melhor postura corporal e um contorno mamário harmônico. Qualquer cirurgia mamária estética ou reconstrutiva deve atender a ambos os requisitos, estéticos e fisiológicos. A evolução da cirurgia de mama nas hipertrofias perpassam pelas considerações e técnicas de Holander¹, Peixoto², Sepulveda³, Pitanguy⁴, grande precursores de técnicas cirúrgicas. A maioria das técnicas de redução mamária baseiam-se no princípio de que a pele e os tecidos glandulares devem ser removidos, o que deixará uma cicatriz mais evidente. Com a Técnica em L, o cirurgião busca cicatrizes menores devendo considerar o recipiente e o conteúdo mamário para evitar tensão excessiva nas linhas de sutura. Isso também evitará a ocorrência de sofrimento na sutura, cicatrizes hipertróficas e queloides. Demonstramos nossa experiência, com a cicatriz reduzida, em formato de "L" invertido nos casos operados com esta técnica durante os dois últimos anos com excelentes resultados estéticos e funcionais. A marcação inicial é feita da seguinte forma: Ponto A - O Ponto A é marcado na linha médio clavicular mais ou menos de 1 a 3cm acima da região mamilar. Este ponto não será necessariamente o definitivo, podendo variar na altura ou para os lados. Prende-se a mama com os dedos para determinar a quantidade de tecido a ser ressecado, os pontos para ressecção podem ser designados como B e C. Normalmente tem variado o ponto D de 4 a 6 cm do sulco mamário. Transferimos a marcação para a mama oposta. Fixando-se a mama por sua base inicia-se a marcação da aréola e realizamos a manobra de Schavrtzman em todo o triângulo A/B e C/D. A seguir é realizado um descolamento na base da mama, divisão da mama e retirada do polo inferior. Na porção superior é feito o esvaziamento da glândula situada sob a placa aréolo mamilar. Deixa-se as colunas laterais de tecido mamário que serão unidas com os pontos separados de mononylon 3-0 que sustentarão a mama, evitando-se assim a queda precoce. Realiza-se a sutura da derme com mononylon 3-0. Importante salientar que mesmo com a cicatriz reduzida conseguimos a retirada de grandes volumes, forma harmônica e cicatriz pequena, ascensão da placa aréolo mamilar com facilidade e sem traumas.

OBJETIVO

Temos como objetivo neste trabalho, apresentar a avaliação da técnica com cicatriz em L invertido, onde o ramo horizontal é encaminhado para a lateral do tórax, deixando uma cicatriz reduzida a qual tem sido utilizada em nosso serviço há mais de vinte anos nas Ptoses e Hipertrofias Mamárias.



MÉTODO

Realizado estudo descritivo e retrospectivo, com 60 pacientes submetidas a mastoplastia redutora com cicatriz em "L", entre janeiro de 2023 e janeiro de 2025. Foram incluídas pacientes portadoras de hipertrofia mamária graus 2, 3 e gigantomastia, pela classificação de Berrocal Revueltas. As pacientes receberam e assinaram o termo de consentimento informado. Critérios estabelecidos para o estudo foram idade entre 16 e 40 anos, não fumantes e sem cirurgia de mama prévia. Procedimentos realizados pela mesma equipe cirúrgica, utilizando-se para todas a mesma técnica. Após primeira consulta médica, avaliação pela equipe multiprofissional com Enfermeira, Nutricionista, Fisioterapeuta, Anestesiologista, Clínico e Angiologista com detalhada anamnese e avaliação dos exames pré operatórios. No centro cirúrgico foram realizadas a anestesia, antisepsia e assepsia. A marcação da seguinte forma: O Ponto A é marcado na linha médio clavicular mais ou menos de 1 a 3cm acima da região mamilar. Este ponto não foi necessariamente o definitivo, podendo ter tido leve variação na altura ou para os lados. Nesta técnica, prende-se a mama com os dedos para determinar a quantidade de tecido a ser ressecado, os pontos para ressecção podem ser designados como B e C. Normalmente tem variado o ponto D de 4 a 6cm do sulco mamário. Transferimos a marcação para a mama oposta. Na sequência, é realizado a fixação da mama por sua base iniciando-se a marcação da aréola e fazendo a manobra de Schavrtzman em todo o triângulo A/B e C/D. A seguir é realizado um descolamento na base da mama, divisão da mama e retirada do pólo inferior. Na porção superior é feito o esvaziamento da glândula situada sob a placa aréola mamilar. Deixa-se as colunas laterais de tecido mamário que serão unidas com os pontos separados de mononylon 3-0 que sustentarão a mama, evitando-se assim a queda precoce. Realiza-se a sutura da derme com mononylon 3-0, curativo com micropore estéril em cada mama separadamente, sendo, então, colocado o sutiã. O acompanhamento pós-operatório realizado com 24 horas, para retirada do dreno e avaliação do curativo. Próximas revisões foram realizadas a partir do quinto dia de pós operatório e assim consecutivamente conforme a necessidade de cada caso. Avaliações semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo e mensais até o sexto mês de pós operatório. Em alguns casos, após a cicatrização a fita de micropore foi substituída pela fita de silicone. Durante os seis primeiros meses foram avaliados a evolução de cada ferida operatória, observando-se possíveis casos de infecção, alterações na cicatrização, salientado-se a importância de hábitos saudáveis de vida e controle do peso corporal. Como avaliação da qualidade dos resultados foram utilizados fotografias de pré e pós operatório, simetria das mamas, ascensão do complexo aréola mamilar, aspectos da cicatriz e satisfação da paciente.



RESULTADOS

A cirurgia de mastoplastia com cicatriz reduzida, em L, técnica pessoal, apresenta grandes benefícios para as pacientes principalmente no que se refere ao formato da mama e tamanho da cicatriz. Essa técnica vem ganhando espaço tanto pelos médicos cirurgiões como pelas pacientes jovens que buscam a forma perfeita das mamas mas não desejam uma cicatriz grande. Neste estudo foram avaliados 60 pacientes do sexo feminino submetidas a mastoplastia redutora com cicatriz reduzida em "L", de Janeiro de 2023 a Janeiro de 2025 com idade entre 16 e 40 anos. Para inclusão nesta avaliação, as pacientes não poderiam ser fumantes assim como não ter cirurgia de mama prévia, fatores importantes para o alcance dos melhores resultados de cicatrização. A média de tecido mamário ressecado, foi de 650 e 720g em cada mama. Em torno de 70% das pacientes apresentavam grau 2 e 3 e 30% grau 4 de hipertrofia mamária. As pacientes foram acompanhadas pela equipe médica, enfermagem, fisioterapia e nutrição por seis meses com o objetivo de auxiliar no alcance dos resultados esperados, evitando-se assim ganho de peso e falta de cuidados com a ferida operatória. Após 6 meses de acompanhamento de pós operatório, 90% das pacientes não apresentaram nenhum tipo de complicações. Mantiveram nível de cicatrização excelente, simetria das mamas, sensibilidade da placa aréola mamilar, diminuição significativa de queixas de dor ou qualquer outro desconforto. Observamos que 10% das pacientes operadas tiveram pontos de má cicatrização onde 3 pacientes realizaram pequeno refinamento da cicatriz, com anestesia local e 3 pacientes realizaram aplicação de injeção de corticóide. Temos ainda 15 pacientes que não completaram 6 meses de pós operatório e que permanecem sendo acompanhadas regularmente, mantendo boa evolução da cicatriz. Em todas elas observamos um aumento importante da auto estima e melhora das queixas de dor e desconfortos.

DISCUSSÃO

A mamoplastia com cicatriz em "L", como as descritas por Sepúlveda³, Bozola⁵, Oliveira⁶, demonstraram boa projeção da mama, evidenciando o pólo superior e com permanência do resultado por muito tempo. Foram avaliadas todas as pacientes com hipertrofia mamária grau 2 ou maiores, operadas no período de Janeiro de 2023 a janeiro de 2025, com idade entre 16 e 40 anos operadas no nosso serviço. Salientamos que esta técnica já vem sendo realizada pelo cirurgião há mais de 40 anos, conforme apresentado e publicado no Simpósio Internacional da Sociedade Jaime Planas de Cirurgia Plástica em 1983, evidenciando total expertise na utilização da técnica. As pacientes que se enquadravam nos critérios de exclusão não foram consideradas para o estudo embora muitas foram operadas principalmente pela necessidade de diminuição das mamas. Para realização dos procedimentos, todas às normas de segurança do paciente foram adotadas pela equipe. Importante observar a necessidade da retirada de todo o excesso de pele na linha vertical do "L", para obtermos



resultado desejado. O curativo com micropore estéril das mamas individualmente proporciona segurança e conforto ao paciente. A manutenção do curativo e do sutiã auxiliam a retração da pele mamária e devem ser mantidas pelo máximo de tempo possível, em torno de três meses. As complicações encontradas foram mínimas, sendo as mais frequentes excesso de pele e cicatriz hipertrófica. Outro ponto importante a ser avaliado e que está diretamente relacionado a baixos índices de infecção da ferida operatória, é a realização das cirurgias em ambiente de Day Hospital, especializado em Cirurgia Plástica, onde nenhuma cirurgia infectada é realizada além de estimulação de deambulação e alta precoce. Nos casos de pacientes com cicatrizes hipertróficas, as mesmas foram submetidas a procedimentos de uso de placa de silicone, aplicação de corticóide e ou pequena ressecção cirúrgica do segmento cicatricial afetado sob anestesia local, assim como as que possuíam excesso de pele remanescente. A ascensão do complexo aréolo papilar foi obtida na totalidade dos casos, sem evidência de necrose, o que se observa pela facilidade descrita na técnica proposta da elevação da placa, sem maiores traumas.

CONCLUSÃO

Pelo presente estudo observamos a importância da cicatriz reduzida nas cirurgias de Mamoplastia Redutora, trazendo as pacientes uma mama com excelente projeção, forma harmônica e cicatriz reduzida.

REFERÊNCIAS

1. Hollander E. Die operation der mamma hypertrophy und der hagebrust. Deutsch Med. Wochenschr. 1924; 50:1400.
2. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. Plast Reconstr Surg. 1980; 65(2): 217-26.
3. Sepúlveda A. Tratamento das assimetrias mamárias. Rev Bras Cir. 1981; 71(1): 11-8.
4. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. Br J Plast Surg. 1967; 20(1): 78-85.
5. Bozola AR. Mamoplastia em L: contribuição pessoal. Rev AMRIGS. 1982; 26(3): 207-14.
6. Oliveira MRR. Mastoplasty: "L" Technique Incision. Anais International Symposium. 1983:61-62,80-1.

FIGURAS



Figura 1: Marcação

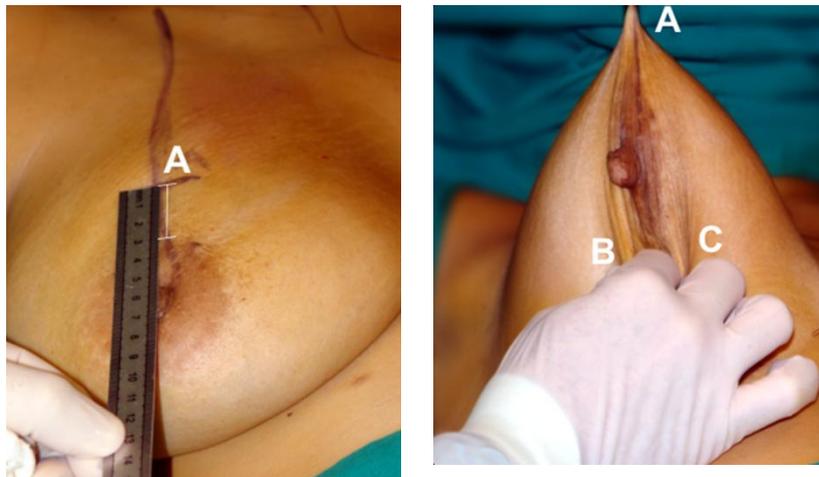


Figura 2: Marcação - O ponto A é marcado na linha médio clavicular mais ou menos 1 a 3 cm acima da região mamilar. Este ponto não será necessariamente o definitivo, podendo variar na altura ou para os lados. Prende-se a mama com os dedos para determinar a quantidade de tecido a ser ressecado, os pontos para a ressecção podem ser designados como B e C.

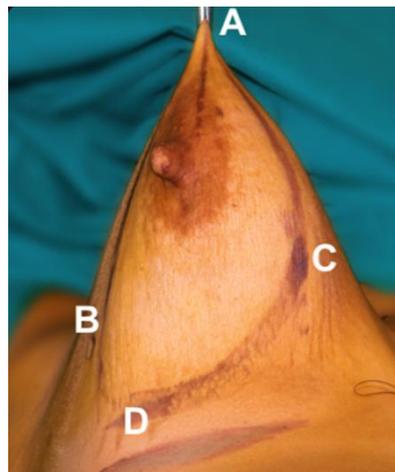


Figura 3: Marcação - Normalmente tem variado o ponto D de 4 a 6 cm do sulco mamário.



Figura 4: Ascensão da placa Aréolo-mamilar