



RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÃO DO COMPLEXO AREOLO-PAPILAR: RELATO DE CASO E TÉCNICAS DISPONÍVEIS**RECONSTRUCTION OF THE NIPPLE-AREOLA COMPLEX: CASE REPORT AND AVAILABLE TECHNIQUES**Aline Carrer Bortolini¹Luana Miotto Golfetto²Mariana Costa Garcia³Raphael Topalian⁴Larissa Pereira Guerra⁵Sérgio Carreirão⁶**RESUMO**

A reconstrução do complexo areolo-papilar (CAP) possui grande relevância na reconstrução mamária¹. Os objetivos são deixá-lo em boa localização, com textura e coloração adequadas, além de formato simétrico da aréola e boa projeção da papila^{1,2}. Existem diversas técnicas e precisa-se ter especial atenção nas particularidades de cada uma para indicar a melhor técnica³. O objetivo é relatar um caso de reconstrução do CAP realizado no Hospital da Plástica do Rio de Janeiro, descrevendo a técnica empregada e o resultado obtido. Paciente S.S.F., 34 anos, feminina, hígida, submetida a mastopexia com implantes há 5 anos com evolução para necrose do CAP à esquerda. A técnica escolhida foi o retalho em estrela modificado para reconstrução da papila e o enxerto de pele total de região interna proximal da coxa para reconstrução da aréola. Houve integração do enxerto e papila com projeção. Não ocorreram complicações e a paciente ficou satisfeita com a reconstrução.

Descritores: Cirurgia Plástica. Mamilos. Retalhos cirúrgicos. Transplante autólogo.

ABSTRACT

The reconstruction of the nipple-areola complex (NAC) holds importance in breast reconstruction. The goals are proper positioning, adequate texture and pigmentation, symmetrical areola shape, and good nipple projection. Various techniques are available, and special attention must be given to the specific characteristics of each to determine the most appropriate approach. This report presents a case of NAC reconstruction performed at Hospital da Plástica in Rio de Janeiro, describing the technique used and the outcome achieved. Patient S.S.F., 34 years old, female, healthy, had previously undergone mastopexy with implants 5 years ago, evolving with necrosis of the left NAC. The chosen technique was a modified star flap for nipple and a full-thickness skin graft from the proximal inner thigh for areola reconstruction. Both the graft and the nipple integrated successfully, with good projection. No complications were observed, and the patient was satisfied with the reconstruction.

Keywords: Plastic Surgery. Nipples. Surgical flaps. Autologous transplantation.

¹ Residente em Cirurgia Plástica. Hospital da Plástica do Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Email: carrerbortolini@hotmail.com

² Residente em Cirurgia Plástica. Hospital da Plástica do Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Email: drluanamg@gmail.com

³ Residente em Cirurgia Plástica. Hospital da Plástica do Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Email: marianagarciamedicina@gmail.com

⁴ Residente em Cirurgia Plástica. Hospital da Plástica do Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Email: raphaeltopalian1@gmail.com

⁵ Residente em Cirurgia Plástica. Hospital da Plástica do Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Email: dralarissaguerrap@gmail.com

⁶ Membro Titular SBCCP. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica. Hospital da Plástica do Rio de Janeiro – RJ – Brasil. Email: scarreirao@hotmail.com



INTRODUÇÃO

A reconstrução do complexo areolo-papilar (CAP) possui grande relevância no contexto de reconstrução mamária, pois representa a restauração da harmonia completa da mama¹. Devem ser considerados os aspectos psicológicos, estéticos e funcionais envolvidos em todo o processo, desde a complicação ocorrida até a resolução cirúrgica. Os objetivos da reconstrução do CAP são deixá-lo com boa localização no tórax, com textura e coloração adequadas, além de formato simétrico da areola e boa projeção da papila^{1,2}. Existem diversas técnicas para se alcançarem os objetivos e no momento do planejamento cirúrgico, precisa-se ter especial atenção nas particularidades de cada uma para indicar a melhor técnica para cada caso³.

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de reconstrução do complexo areolo-papilar realizado no Hospital da Plástica do Rio de Janeiro, descrevendo a técnica empregada e o resultado obtido.

MÉTODO

Trata-se de um relato de caso de reconstrução do CAP realizado no Hospital da Plástica do Rio de Janeiro em abril de 2025. Paciente S.S.F., 34 anos, feminina, previamente hígida, submetida a mastopexia com implantes de silicone há 5 anos com posterior evolução para isquemia e necrose do CAP à esquerda (imagem 1). Paciente evoluiu com quadro psicológico depressivo com necessidade de tratamento e procurou auxílio cirúrgico para reconstrução areolar em 2025. A técnica cirúrgica escolhida foi o retalho em estrela modificado para reconstrução da papila e o enxerto de pele total de região interna proximal da coxa para reconstrução da areola (imagem 2). A técnica inicia com a marcação e a infiltração anestésica, seguida de incisão das 4 asas, elevação do ponto central e rotação das 4 asas e sutura lateral para formação da papila. Para a reconstrução da areola, foi utilizado enxerto de pele total de região interna proximal da coxa, fixadas bordas e realizada incisão central para passagem da papila. A cirurgia foi realizada em centro cirúrgico sob anestesia peridural com sedação. Após o procedimento foi realizado curativo de Brown e mantido por 5 dias. Orientado sobre cuidados pós-operatórios no manejo da ferida e mantido acompanhamento ambulatorial.

RESULTADOS

Paciente está tendo sua evolução clínica pós-operatória acompanhada rigorosamente no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital da Plástica do Rio de Janeiro. Embora o aspecto final da



reconstrução ainda não possa ser detalhado devido ao pós-operatório recente, já se pode avaliar o bom aspecto do enxerto de pele, com integração adequada e papila bem localizada com projeção (imagem 3 e 4). Até o momento da escrita deste relato, não ocorreram complicações relacionadas ao procedimento e a paciente encontra-se satisfeita com a reconstrução. Paciente mantém seguimento para avaliação e posterior relato quanto à estabilidade da projeção da papila, coloração e integração total do enxerto, formato e textura do CAP. Em uma análise subjetiva, o grau de satisfação da paciente é elevado.

DISCUSSÃO

A reconstrução do CAP pode ser dividida entre aréola e papila. Para a aréola, podem ser utilizados enxertos de pele ou tatuagem. Os principais desafios são a reprodução da pigmentação e textura^{3,4}. As áreas doadoras incluem aréola contralateral, face interna da coxa, lábios vaginais, região retroauricular ou axilar^{1,3,5}. As vantagens dos enxertos são a superfície texturizada e com diferentes pigmentos³. A tatuagem, introduzida por Rees em 1975 e popularizada por Spear, pode ser usada isoladamente¹ ou complementando a enxertia (6 a 8 semanas após^{2,3}). Suas vantagens são variedade de cores e visão tridimensional^{2,5}, porém tem descoloração progressiva pela descamação da epiderme (3 a 5 dias após³) e pela cicatrização¹. Para a reconstrução da papila podem ser usados enxertos, retalhos locais ou cartilagem. As áreas doadoras de enxerto são papila, lábios vaginais, lóbulo da orelha, dedos, mucosa ou por engenharia de tecidos¹. A melhor opção, se viável, é o enxerto de papila contralateral^{1,2,3}. Descrito por Millard (1972), está indicado se projeção superior a 5–6 mm^{3,4}. Havendo área doadora suficiente, uma transecção distal de 30–50% da papila pode ser feita². Caso não haja, se faz uma incisão horizontal e fechamento primário². É uma técnica fácil², porém requer sítio doador, pode perder sensibilidade^{1,2}, distorcer a aréola e deixar cicatriz¹. Complicações incluem perda do enxerto, extrusão e exposição³. Os retalhos locais são os mais usados, com um pedículo dermogorduroso central envolto por retalhos ou enxertos². Diversas técnicas foram descritas: retalho 4 pés (Little 1983), em T (Chang 1984), em skate (Little e Spear 1987), dupla oposição em alças (Kroll e Hamilton 1989), enxerto de cartilagem (Tanabe 1997), em S (Cronin 1988), em estrela (Anton e Hartrampf 1991), em estrela modificado (Eskenazi 1993), em H (Hallock e Altobelle 1993), em sino (Eng 1996) e em fechadura^{1,6,7,8}. Apesar de eficazes, perdem volume com o tempo^{2,5}, em média 50% (13–71%), com estabilização em 3 meses a 1 ano¹. Por isso, pode ser feito 50–70% maior^{2,4}. Complicações incluem necrose, deiscência, mau posicionamento e infecção^{3,5}. O enxerto de cartilagem é uma alternativa quando há pouco tecido². Aplicável unilateral ou bilateralmente, é de fácil execução e mantém a projeção a longo prazo. Entretanto, resulta em papila firme e pouco natural, com risco de



extrusão. No caso apresentado, foi utilizado o retalho em estrela modificado, com bom resultado estético e satisfação da paciente.

CONCLUSÃO

A reconstrução obteve êxito no caso apresentado, com bom resultado estético e satisfação da paciente. Destaca-se a importância da individualização das técnicas, respeitando as características de cada caso para alcançar resultados funcionais e belos.

REFERÊNCIAS

- 1- Carreirão, S. et al. Cirurgia plástica para a formação do especialista. São Paulo: Editora Atheneu; 2011. cap. 59, p. 655-61.
- 2- Thorne, CH. et al. Grabb and Smith's plastic surgery. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. cap 63, p. 662-7.
- 3- Neligan PC. et al. Plastic Surgery. 3rd edition. Vol 5. Philadelphia: Elsevier; 2013. cap 22, p. 499-520.
- 4- Di Lamartine, J. et al. Reconstrução do complexo areolopapilar com double opposing flap. Rev Bras Cir Plást. 2013; 28(2):233-40.
- 5- Sisti, A. Nipple–Areola Complex Reconstruction. Medicina 2020; 56, 296. doi:10.3390/medicina56060296
- 6- Satteson, ES., Brown, BJ., Nahabedian, MY. Nipple-areolar complex reconstruction and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. Gland Surg. 2017; 6(1):4-13.
- 7- Farhadi, J. et al. Reconstruction of the nipple-areola complex: an update. Reconstr & Aesth Surg. 2006; 59:40–53.
- 8- Sodré, P. et al. Nipple areolar reconstruction: techniques to achieve a good result. Mastology. 2018; 28(2):119-24.

FIGURAS

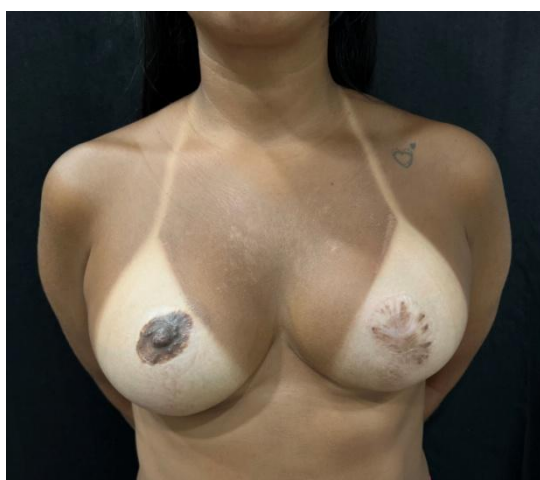


Figura 1: Sequele de necrose de CAP à esquerda 5 anos após mastopexia com implantes



Figura 2: Aspecto final em pós-operatório imediato de reconstrução do CAP



Figura 3: Aspecto no 6º dia de pós-operatório, após retirada de curativo de Brown



Figura 4: Aspecto no 14º dia de pós-operatório