

EXPOSIÇÃO DE PESQUISA

POSICIONAMENTO MAIS BAIXO DO PONTO A COMO ESTRATÉGIA PARA EVITAR A NECROSE DO COMPLEXO ARÉOLOPAPILAR E OBSERVAÇÃO DO MOVIMENTO DE BÁSCULA COM ASCENSÃO DO MAMILO: ANÁLISE DE 17 CASOS

Gustavo dos Santos Rezende

<http://lattes.cnpq.br/8232099147653272>

E-mail: novo.gustavo@yahoo.com.br

RESUMO: Introdução: A mama é um importante órgão e desempenha a função da lactação e é componente da feminilidade. A forma, a simetria e o tamanho das mamas influenciam significativamente nos aspectos funcionais e psicológicos e quando ocorre algum desvio padrão há prejuízo na qualidade de vida. Com as cirurgias de mamoplastia foi possível solucionar muitos destes problemas relacionados a autoimagem das pacientes. O presente estudo faz um registro de 20 casos em portfólio fotográfico e análise de 17 casos sob a mesma técnica e estratégia cirúrgica feitas pelo autor. Objetivo: propor tática cirúrgica com ponto A em posicionamentos mais baixos. Material e método: foi elaborado um portfólio e foram analisadas as seguintes variáveis: idade, grau de ptose, elasticidade/flacidez da pele, análise de conteúdo/contingente, necrose do complexo aréolopapilar, deiscência dos pontos BC, altura da marcação do ponto A, comorbidades e outros fatores. Resultado: idade média foi de 41,15 anos com variação de 18 a 68 anos, foram excluídos três casos pois se optou por outras táticas cirúrgicas (skoog, enxerto de mamilo), o terceiro caso apesar de ter sido técnica de Pitanguy se tratava de simetrização após quadrantectomia. 41,17% das pacientes apresentaram grau III de ptose pela classificação de Regnault, a frequência de deiscência dos pontos BC foi de 5,8% e a ascensão do ponto A considerada baixa em 29,41%, não houve nenhum caso de necrose na série de 17 casos analisados, 23,5% de outras complicações. Conclusão: A ascensão do complexo aréolopapilar foi considerado baixo em 29,41%, porém, não ocorreu nenhum evento de necrose dos casos. Taxa de 3,8% de necrose são relatadas em outros estudos onde se opta por outras estratégias cirúrgicas.

PALAVRAS-CHAVE: Necrose. Mamoplastia. Mamilos.

LOWER POSITIONING OF POINT A AS A STRATEGY TO AVOID NECROSIS OF THE AREOLOPAPILLARY COMPLEX AND OBSERVATION OF THE MOVEMENT OF THE BASCULE WITH RISING NIPPLE: ANALYSIS OF 17 CASES

ABSTRACT: Introduction: The breast is an important organ and performs the function of lactation and is a component of femininity. The shape, symmetry and size of the breasts significantly influence the functional and psychological aspects and when some standard deviation occurs there is damage to the quality of life. With the mammaplasty surgeries

it was possible to solve many of these problems related to the self-image of the patients. The present study makes a record of 20 cases in a photographic portfolio and analysis of 17 cases under the same technique and surgical strategy made by the author. Objective: Retrospective analysis of twenty patients submitted to reduction mammoplasty, critical analysis of areolopapillary complex ascension, necrosis rate. Material and method: a portfolio was prepared and the following variables were analyzed: age, ptosis degree, skin elasticity/flaccidity, content/continent analysis, areolopapillary complex necrosis, BC dehiscence, height of A point marking, comorbidities and other factors. Results: Mean age was 41.15 years, ranging from 18 to 68 years, and three cases were excluded because other surgical tactics (skoog, nipple graft) were chosen; the third case, although Pitanguys technique, was symmetrization after quadrantectomy. 41,17% of patients presented grade III ptosis by Regnaults classification, the frequency of dehiscence of the BC points was 5.8% and the ascension of point A considered low in 29.41%, there were no cases of necrosis in the series of 17 cases analyzed, 23.5% of other complications. Conclusion: The ascension of the areolopapillary complex was considered low in 29.41%, but no necrosis event occurred in the cases. Compared to Rate of 3.8% of necrosis another studies.

KEYWORDS: Necrosis. Mammoplasty. Nipples.

INTRODUÇÃO

A mama é um importante órgão na anatomia humana e na mulher desempenha a função de lactação na vida adulta, além disto, são um componente decisivo que interfere na feminilidade. A avaliação de critérios subjetivos que incluem em sinais e sintomas nas pacientes submetidas a mamoplastia redutora e a influência no desempenho de atividades diárias com consequente melhora da qualidade de vida já foi estudado por diversos autores¹⁻⁶. Forma, a simetria e o tamanho das mamas determinam aspectos funcionais e psicológicos das mulheres e quando ocorre algum desvio no padrão isto pode acarretar prejuízos na qualidade de vida.

A técnica utilizada pelo autor em 17 casos analisados pode ser considerada a técnica de Pitanguy⁸⁻¹⁰ oferecendo segurança e índices de complicações aceitáveis. Além da técnica de Pitanguy outras diversas técnicas foram descritas, e tem como modificação a tática de confecção de pedículos vasculares que dão nutrição ao complexo aréolo-papilar (CAP), assim como o reposicionamento do mesmo até o ponto “A”. Esses pedículos podem ser centrais, laterais, mediais, superiores, inferiores e combinados.

A escola norte americana alguns artigos¹⁶, dão preferência a confecção de

pedículo inferior que dá mais mobilidade a ascensão do CAP e taxa de necrose de 3,8%. Voltando a técnica de Pitanguy é utilizado pedículo superior para nutrição do complexo aréolopapilar. Esta irrigação vem da artéria torácica interna, medialmente, e da artéria torácica externa, lateralmente. A ressecção do tecido mamário é realizado mediante a avaliação do conteúdo mamário (estroma) que se quer preservar e a quantidade de pele remanescente que será o contingente, esta pele será avaliada com um pinçamento digital (pinch test). Além da quantidade de tecido a ser ressecado e quantidade de pele que irá contê-lo no componente conteúdo/contingente o cirurgião irá determinar a elevação do CAP até o denominado ponto A, obedecendo as leis de simetrização dos mamilos que tem como um dos pontos de referência a linha hemi-clavicular. Após a ressecção da mama, classicamente em forma de quilha, ocorre a união destes pilares com sua montagem geralmente com fios de nylon 2.0. A cicatriz produzida para esta ressecção acompanha, na maioria das vezes, todo sulco mamário. E a resultante destas incisões produzem uma cicatriz em forma de T invertido.

O presente trabalho vai avaliar os índices de necrose do complexo aréolo- papilar, deiscência no ponto da confluência das suturas, componente horizontal e vertical, na união dos pontos BC. E análise crítica do grau de ascensão do ponto A.

A exigência de se raciocinar em termos de tridimensionalidade ilustra o grau de grande complexidade para se obter um acerto nas análises destas variáveis onde Saldanha¹¹⁻¹² cita algumas delas como: forma, volume, excesso de pele, flacidez. Lembrando que não há critérios objetivos para se avaliar o grau de flacidez da pele.

Objetivo: propor uma tática cirúrgica mais conservadora com ponto A mais baixo, e observar o movimento de báscula dos mamilos. Evitar necrose do retalho Método: Foi confeccionado um portfólio¹³⁻¹⁵ de casos operados com minucioso registro de imagens totalizando 126 fotografias. Todos os 20 casos operados foram realizados pelo autor. O período retrospectivo da realização destas cirurgias foi de fevereiro 2007 até outubro de 2017. Foram analisados os seguintes dados: idade das pacientes, grau de ptose, elasticidade/flacidez da pele, análise conteúdo/contingente, necrose do complexo aréolo papilar, deiscência do ponto BC, elevação do ponto A, complicações, comorbidades, outros fatores. Dos vinte casos documentados no portfólio foram

excluídos três casos: um caso porque se optou pela estratégia cirúrgica de pedículo lateral de Skoog, e a outra de enxerto livre de mamilo, o terceiro caso descartado se trata de uma simetrização da mama após uma quadrantectomia unilateral. Apesar da tática de simetrização ter sido a técnica de Pitanguy não enquadrámos o caso de mamoplastia redutora. Os 17 casos analisados se trata de mamoplastias com pedículo vascular superior e marcação com determinação dos pontos A e dos pontos BC feitas no período pré-operatório pacientes em pé.

RESULTADOS

A média de idade das pacientes foi de 41,15 anos. Com idade variando de 18 até 68 anos.

Grau de Ptose pela classificação Regnault: 41,17% dos casos foram consideradas ptoses verdadeiras ou completas grau III. Em um caso da série estudada, o autor, devido a assimetria, classificou a mama direita como grau II de ptose verdadeira e mama esquerda como grau I (o que configura realmente uma assimetria importante) o que corresponderia a uma taxa de 5,8% de assimetria. Esta assimetria está documentada no caso 2 do portfólio. Ptose verdadeira grau II notada em 29,41% dos casos. Elasticidade/flacidez da pele: o autor classificou a flacidez como moderada +/3+ na grande maioria dos casos, não existindo critérios objetivos para esta classificação. 20% foram considerados grau de flacidez maior taxa de necrose do complexo aréolo papilar: não ocorreram necroses na série de 17 casos estudados Deiscência do ponto BC: 5,8%.

Ascensão do ponto A: foi classificada como baixa em 29,41% dos casos.

Complicações: 23,5% sendo elas: equimose mama unilateral, deiscência ponto BC, alargamento de cicatriz no ponto A à direita, infecção com formação de abscesso subcutâneo em mama unilateral devido a manipulação de retirada de pontos pela acompanhante sem material estéril.

Insatisfação: Houve caso de insatisfação quanto ao volume da mama necessitando de reoperação para retirada de estroma mamário adicional. Não houve queixas quanto a altura dos mamilos Comorbidade: a obesidade esteve presente em praticamente 50% dos casos.

Outros fatores: 64,7% das pacientes tiveram filhos. 24,3% não tiveram.

DISCUSSÃO

O autor convencionou como subida baixa do ponto “A” cerca de cinco casos, o que corresponde a cerca de 30% das pacientes operadas. A baixa subida do ponto “A”, muito provavelmente, se deve a uma limitação inerente da técnica de Pitanguy porém, na série de 17 casos estudados nenhum cursou com necrose ou epidermólise do complexo aréolo- papilar. Então o que seria preferível? Arriscar-se mais agressivamente em pontos “A” com distâncias menores que 21 cm da linha hemiclavicular e provocar o sofrimento do pedículo? Ou optar por uma subida do ponto “A” mais modesta onde o autor considera uma distância de 24,5 cm da linha hemi-clavicular “aceitável”, porém, não ideal.

A utilização de pedículo superior sem alterações na espessura dos mesmos e sem manobras para “soltar” o pedículo no intuito de subida do CAP, com cálculo prévio de uma subida mais modesta até o ponto A é a preferência do autor.

Seria esta tolerância a estratégia que resultou no não aparecimento de necrose do CAP na série estudada?

Como justificativa a esta estratégia vemos na figura 5 um registro fotográfico no movimento de báscula da aréola com imagens do 7º, 15º e pós-operatório tardio após um ano. Onde o posicionamento que estaria insatisfatório por ser considerado muito baixo a princípio, notamos uma nítida migração desta auréola em um posicionamento mais gracioso.

Como não ocorreu queixa das pacientes quanto ao posicionamento das aréolas, esta avaliação talvez incomode mais visualmente aos cirurgiões que buscam um padrão considerado mais ideal levando ao abandono da técnica de Pitanguy.

O máximo de cuidado deve ser dado a vascularização do pedículo que nutre o complexo aréolopapilar. No caso da técnica de Pitanguy esta vascularização é considerada de base superior. Outras formas de confecção destes pedículos são: bipedicular vertical (técnica de Mckissoc), monopediculado lateral (técnica de Skoog),

monoprediculado medial (Skoog modificado à Silveira Neto), pedículo inferior (retalho tipo 3 de Liacyr), enxerto livre de mamilo (curativo de Brown). Estas táticas diferentes podem conferir talvez uma mobilidade maior da subida do CAP ao ponto “A”, mas carecemos na literatura de estudos comparativos randomizados destas técnicas com a técnica de Pitanguy.

A pergunta que fica é: seria o retalho superior da aréola o que conferiria a maior e melhor segurança na vascularização para se manter a vitalidade do CAP? A série de 17 casos estudados pela técnica de Pitanguy onde não se observou o evento necrose de aréola poderia sugerir esta eficácia.

Apesar da diferença no espaço amostral que existe no estudo americano¹⁶, onde 77 caso com a técnica do pedículo inferior apresentou 3,8% taxa de necrose de mamilos. Esta série de apenas 17 casos não apresenta o evento necrose de mamilo.

Outro aspecto importante, porém talvez menos preocupante, seriam as deiscências no ponto BC, que tiveram frequência de 5,8%. O autor considera importantíssima a preservação de pele para evitar o surgimento desta complicação. A tensão na linha de sutura na confluência das incisões, (que dá a forma de T invertido), seria a responsável pelas decências e também cicatrizes inestéticas. Houve satisfação elevada das pacientes operadas nos 17 casos. No entanto, para cerca de 30 % delas, mesmo não havendo queixa específica da paciente o autor considerou o resultado final dos mamilos em sua totalidade simétricos, porém poderiam estar um pouco mais “altos”. Para casos onde esta ptose é acima de 30 cm da linha hemi-clavicular talvez a opção mais acertada teria sido ter confeccionado um retalho diferente daquele proposto por Pitanguy.

A variação das taxas de complicações e modificações das técnicas cirúrgicas são muito dependentes da experiência pessoal. É difícil taxas “fixas” de complicações. Por exemplo, no estudo que foi feito nos EUA apresentou índice de 3,8% de necrose do CAP, o que é bastante aceitável, porém, a mesma técnica, pode ter índices maiores em outras séries, ou, realizada por colegas mais treinados, taxas menores.

Devemos evitar ao máximo complicações temidas como a necrose de mamilo e o domínio de diversas técnicas com o mesmo grau de expertise seria o ideal. Porém,

existe uma tendência da maioria adotar uma rotina única por considerar mais segura, pois como regra, a repetição do mesmo padrão é que possibilita um refinamento cirúrgico maior.

CONCLUSÃO

Não houve nenhum caso de necrose do complexo aréolo- papilar na série estudada. A subida do ponto A e o posicionamento do mamilo foi considerada, pelo autor, como baixa em cerca de 30% dos casos operados pela técnica de Pitanguy. A taxa de deiscência nos pontos BC foi de 5,8%. O autor aconselha, em casos selecionados, uma tolerância maior a não subida do ponto “A” durante a marcação prévia da cirurgia de mamoplastia com o benefício de uma taxa decrescente de necrose do complexo aréolopapilar e futuro movimento de báscula dos mamilos possibilitando migração a posições mais superiores.

Imagem 01: Mama pós-operatório tardio.



Visualização da forma, tamanho e simetrização dos mamilos. Ausência de sofrimento do CAP bilateralmente.

Imagem 02: Vista lateral direita.



Pós-operatório tardio um ano.
Imagem 03: Vista lateral esquerda.



Pós-operatório tardio, paciente satisfeita com resultado.

Imagem 04: Pós-operatório recente vista anterior.



Ilustra o posicionamento do CAP antes do movimento de báscula.

Imagem 05: Acompanhamento tardio do posicionamento do CAP.



Perda do pólo superior da mama, migração dos tecidos para o pólo inferior, e consequente movimento de báscula do CAP. Ausência de sofrimento do retalho.

REFERÊNCIAS

- 1-Cunha,MS et al. “Impacto da mamoplastia redutora na qualidade de vida de pacientes portadoras de gigantomastia” Revista Brasileira de Cirurgia Plástica 2009 volume 24 Janeiro/Março pág 43-46
- 2-Starley IF,Bryden DC,Tagari S,Mohammed P,Jones BP.An investigation into changes in lung function and subjective medical benefits from breast reduction surgery.Br J Plast Surg.1998;51(7):5314
- 3-Sood R,Mount DL,Coleman JJ et al Effects of reduction mammoplasty on pulmonary function and symptoms of macromastia.Plast Reconstr Surg ; 111 (2) 688-94
- 4-Collins ED et al The effectiveness of surgical and nonsurgical intervention in relieving the symptoms of macromastias.Plast Reconstr Surg 2002 1556-66
- 5-Spector JA,Karp NS Reduction mammoplasty;a significant improvement at any size.Plast Reconstr Surg 2007,120 (4) 845-50
- 6-O’Blenes CA ,Delbrige CL et al.Prospective study of outcomes after reduction mammoplasty:long-term follow-up.Plast Reconstruct Surg.2006;106(2) :351-8
- 7-Souza,AA,Faiwichow L et al Comparative analysis of mammoplasty techniques based on the longterm effect on the nippleareolar- complex to inframammary crease distance Revista Brasileira de Cirurgia Plastica vol 26 out/dez pag 664-669
- 8-Pitanguy I.Surgical treatment of breast hypertrophy.Br J Plast Surg 1967;20(1) 78-85
- 9-PitanguyI the breast,In:Pitanguy I ed Aesthetic plastic surgery of head and body.Berlin:Springer;1981
- 10-PitanguyI Reduction mammoplasty by personal technique.In Chang WHJ ed The Breast:atlas of Boston:Little,Brown;1990 p 95
- 11-Saldanha OR.Uso de próteses em mamoplastia redutora.Ar Catarinenses Méd 2000;29(supl.1)261
- 12-Saldanha OR et al Mamoplastia redutora com implante de silicone.Revista Brasileira de Cirurgia Plastica vol 25 2010 pag 317-323
- 13-Scheibel,MC et al Portfólio:uma opção metodológica para ensino das ciências
- 14-Baldicera CR.Uso de portfólio como metodologia ativa no Mestrado Profissional Materno-Infantil
- 15-Silva,CJV portfolio como instrumento de auto-avaliação crítico reflexivo na perspectiva dos alunos de medicina set 2016
Interdisciplinary Journal of Health Education.
- 16-Brent R DeGeorge Jr et al “Técnica cirúrgica de mamoplastia redutora para resultados melhorados em gigantomastia” Eplastic 18 out de 2013
- 17-Kalliainen LK,Committee AHP.ASPS clinical practice guideline summary on reduction mammoplasty,Plast Reconstr Surg.2012;130:785-9