

IMPLANTE MAMÁRIO EM DUPLO PLANO

DUAL PLANE BREAST AUGMENTATION

CHEFFE, Marcelo - MD*

* Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
* Membro da International Society of Aesthetic Plastic Surgery

CLINICA CHEFFE DE CIRURGIA PLÁSTICA
Av. Getúlio Vargas, 1020 – Porto Alegre – RS - BRASIL
marcelo@cheffe.com.br - www.cheffe.com.br

DESCRITORES

mama, cirurgia, mamoplastia, implante mamário

KEYWORDS

breast, surgery, mammoplasty, breast implantation

RESUMO

A cirurgia de implante mamário é um dos mais freqüentes procedimentos cirúrgicos realizados. Considera-se tal procedimento como de fácil realização e com alto grau de satisfação por parte dos pacientes. Entretanto, quando avaliados os resultados de maneira criteriosa, inúmeras são as deformidades observadas decorrentes de tal procedimento. O autor analisa e descreve a cirurgia para inclusão mamária através da técnica em duplo plano. Tal procedimento tem sido utilizado rotineiramente nos últimos seis anos com excelentes resultados e com baixo índice de complicações.

ABSTRACT

Breast augmentation is one of the most frequently performed procedures in plastic surgery.

This operation is considered for the surgeons, an easy procedure and one with very high rate of satisfaction among the patients. However, in our office, we often see many deformities as a result of this kind of surgery. The author analyzes and describes the breast augmentation in a dual plane position. This procedure has been performed in the last six years with excellent results and a very low incidence of complications.

INTRODUÇÃO

A cirurgia para aumento mamário estatisticamente é o segundo procedimento mais realizado pelos cirurgiões plásticos, sendo superada apenas pela cirurgia de lipoaspiração. Tradicionalmente é vista como um procedimento simples, rápido e de alta satisfação para os pacientes, com uma percentagem bastante baixa de complicações e revisões cirúrgicas. Nada mais falso. Com o número cada vez maior de tal procedimento, temos visto inúmeras deformidades pós implante, tais como: visibilidade dos contornos da prótese, palpabilidade em toda sua circunferência, atrofia mamária importante, mal

posicionamento, projeção exagerada do pólo superior, deformidade em dupla bolha ("double-bubble"), ondulações na superfície cutânea ("rippling"), sem falar em contraturas de todos os graus.^{1,2,3}

As técnicas tradicionalmente utilizadas para colocação de próteses mamárias apresentam inúmeros inconvenientes, dependendo do tipo de mama apresentada pelo paciente, assim como da qualidade do tecido mamário, influenciando o resultado a longo prazo. Apesar da técnica de colocação de prótese retromamária ser bastante simples e utilizada pela maioria dos cirurgiões, a possibilidade de visibilidade do implante, assim como rugas visíveis na pele, conhecidas como "rippling", são algumas das possíveis deformidades da utilização de tal plano. Próteses colocadas em plano retropeitoral, seja total ou parcial, também apresentam alguns inconvenientes. Apesar de tal plano obter uma melhor cobertura, existe a possibilidade de deslocamento da prótese superior ou lateralmente, assim como a formação de deformidades no pólo inferior como a descrita em dupla bolha ("double-bubble")¹. Tebbetts³ descreveu uma nova possibilidade em termos de plano para colocação do implante, o qual denominou de duplo plano ("dual plane"). A prótese ficaria atrás, parcialmente, do parênquima mamário e do músculo peitoral maior (em dois planos simultaneamente). O parênquima mamário é descolado do músculo peitoral em maior ou menor extensão, dependendo do tipo de mama, permitindo uma mudança da dinâmica entre a prótese e a glândula. O músculo peitoral maior é completamente dividido em porções específicas de sua inserção, alterando desta maneira a relação com a prótese mamária, assim como com o parênquima mamário. Tal técnica tem como objetivo reunir as vantagens de cada tipo de plano possível para o implante (retromamária ou retropeitoral), assim como diminuir as limitações de cada técnica, moldando-as para cada tipo de mama tratada⁴.

MÉTODOS

Nos últimos seis anos 215 pacientes foram

submetidos à cirurgia para aumento mamário, utilizando a técnica em duplo plano descrita por Tebbets³, ou seja, parcialmente retromamária e retropeitoral. Nesta técnica, nos deparamos com três possibilidades: 1. Completa divisão da origem do músculo peitoral ao nível do sulco submamário, parando na região medial do sulco,

não avançando na região esternal, porém sem qualquer dissecação retromamária. Tal opção foi utilizada para mamas em que todo o parênquima mamário se encontrava acima do sulco; 2. Divisão da origem do músculo peitoral ao nível do sulco submamário associado à dissecação retromamária até a altura do bordo inferior do complexo aréolo-papilar. Procedimento indicado nos casos em que a maior parte do parênquima mamário encontrava-se acima do sulco submamário, porém ao exame apresentava a mama bastante móvel em relação ao músculo; 3. Completa divisão da origem do músculo peitoral ao nível do sulco submamário, parando na região medial do sulco associado à dissecação retromamária até a altura do bordo superior do complexo aréolo-papilar. Procedimento indicado nos casos de ptose mamária ou mamas com pólo inferior constricto.

Todos os procedimentos foram realizados a nível ambulatorial, sob anestesia peri-dural ou geral. A incisão para abordagem preferencialmente foi realizada no sulco submamário, exceto nos casos de mamas com pólo inferior constricto ou com necessidade de rebaixamento do sulco submamário, nos quais foi utilizada a abordagem areolar. Próteses redondas e texturizadas foram utilizadas em praticamente todos os casos, exceto em pacientes com o tórax excessivamente longo, nos quais foram utilizadas próteses com perfil anatômico.

RESULTADOS

Os resultados foram considerados plenamente satisfatórios na quase totalidade dos pacientes, com a obtenção de mamas bastante naturais, sem bordos visíveis ou palpáveis superiormente. Houve um caso de hematoma pós-operatório unilateral no sétimo dia após o procedimento, relacionado ao uso inadvertido pela paciente de medicação contendo ácido acetilsalicílico. Contratura capsular ocorreu em quatro pacientes, sendo em uma paciente bilateralmente e nas demais somente em uma das mamas. Dor pós-operatória foi mais significativa, se comparada às pacientes submetidas a implante em plano retromamário, porém completamente tratada com analgésicos de uso habitual.

DISCUSSÃO

Vários aspectos devem ser levantados frente a uma paciente desejosa de maior volume mamário. Qual a melhor incisão, qual o melhor plano, qual o tipo de prótese e volume mais indicados, são alguns dos questionamentos inerentes a este tipo de cirurgia. Evidentemente todos esses itens são respondidos de maneira individual, orientados pela exigência do caso^{1,2,5,6,7}. Provavelmente a discussão sobre qual plano escolher para posicionar o

implante, seja a mais importante e a que mais possa interferir no resultado a longo prazo. O plano de colocação retromamário sem dúvida é o mais utilizado pelos cirurgiões, seja pela sua facilidade de execução, simplicidade e rapidez, com resultados bastante agradáveis em grande parcela dos pacientes^{2,5}. Entretanto vários são os inconvenientes desta posição do implante. Pacientes com inadequada cobertura terão invariavelmente bordos do implante visíveis e palpáveis e maior atrofia do parênquima com o passar do tempo⁴. Deformidade bastante comum nestes pacientes são ondulações visíveis na superfície conhecidas como "rippling", de difícil correção. Apesar da possível ocorrência em plano retropeitoral, tal deformidade é bastante freqüente em pacientes com pouca cobertura em plano retromamário. O plano retromuscular, descrito há aproximadamente 40 anos⁸, também tem suas limitações. Apesar de providenciar uma cobertura adequada para a prótese⁷, limitando sua projeção no pólo superior, assim como visibilidade, algumas complicações do uso desta técnica são relatadas^{2,9}. Deslocamentos superiores e laterais dos implantes, devido à inadequada desinserção do músculo peitoral maior são freqüentes. Deformidades em dupla bolha ("double-bubble") em mamas com algum grau de ptose são ocorrências possíveis. A colocação da prótese mamária em dois planos simultaneamente como descrita por Tebbets^{3,4,10}, possibilita agregar as vantagens inerentes de cada técnica, assim como tenta eliminar as limitações de cada um dos procedimentos se realizados individualmente. A possibilidade de alterar a dinâmica entre prótese e parênquima mamário, através da dissecação da glândula ao músculo peitoral, torna factível a utilização desta técnica em praticamente todos os tipos de mama. O posicionamento individualizado do bordo inferior do músculo peitoral evita deformidade em dupla bolha, permitindo tratamento adequado mesmo em mamas com algum grau de ptose ou apresentando o pólo inferior constricto. Procedimentos de troca de prótese mamária, principalmente por contratura capsular¹¹, assim como mastopexias com implante, se constituem em um outro grupo de excelente indicação desta técnica.

CONCLUSÃO

Implantes mamários posicionados em região subglandular têm sido nas últimas décadas a técnica utilizada pela maioria dos cirurgiões plásticos. Complicações inerentes a esta técnica incluem visibilidade do implante, pobre cobertura com o aparecimento de ondulações visíveis ("rippling"), assim como atrofia do parênquima. Implantes retropeitorais, apesar da obtenção de uma melhor cobertura para o implante, produzem em alguns casos deslocamentos da prótese, e ocasionalmente deformidade em dupla bolha no pólo inferior. Nos últimos seis anos o autor tem realizado aumento mamário em duplo plano, ou seja, a prótese é posicionada em plano retromamário e retropeitoral simultaneamente, obtendo assim as

vantagens inerentes de cada técnica e minimizando as limitações e deformidades passíveis da colocação do implante em cada plano individualmente. Tal técnica nos

permite obter resultados previsíveis, plenamente satisfatórios, com a obtenção de adequada cobertura para os implantes e mamas de forma bastante natural.

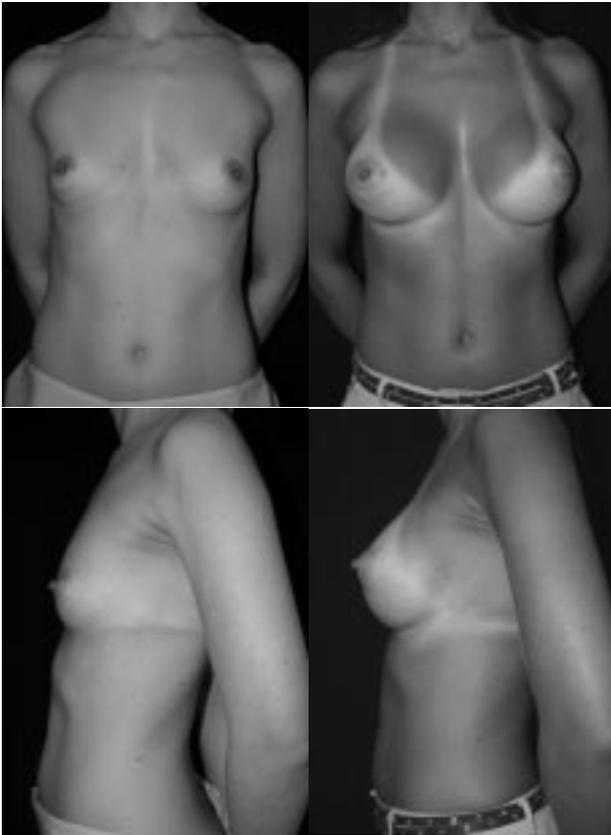


Fig. 1. Inclusão de prótese redonda texturizada em duplo plano através de incisão em sulco submamário com adequada simetriação das mamas. (Acima) Nota-se adequada cobertura, sem visualização dos bordos do implante. (Abaixo) Perfil adequado, boa projeção de pólo superior. Devido à completa cobertura muscular acima do bordo areolar, a prótese redonda simula a forma anatômica.

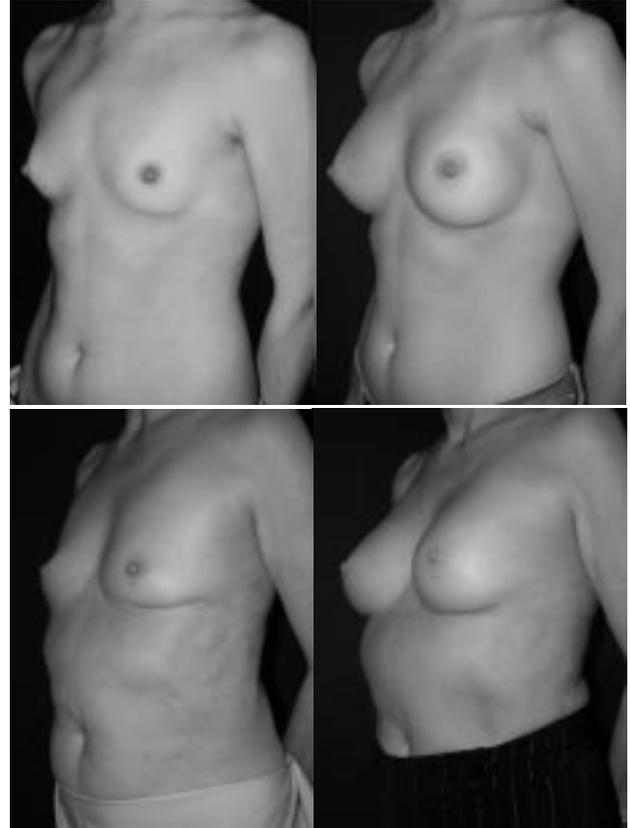


Fig. 2. (Acima) Paciente jovem com pobre cobertura cutânea e pólo inferior constricto. Nestes casos o parênquima mamário é descolado do músculo peitoral até a altura do complexo aréolo-papilar, proporcionando uma relação adequada da prótese com o pólo inferior. (Abaixo) Paciente com atrofia mamária, utilizada prótese redonda em duplo plano com indicação semelhante a da paciente acima.

REFERÊNCIAS

1 - Hidalgo, D.A. Breast augmentation: choosing the optimal incision, implant, and pocket plane. *Plast. Reconstr. Surg.* 105: 2202, 2000.

2 - Spear, L.S., Bulan, E.J., Venturi, M.L. Breast augmentation. *Plast. Reconstr. Surg.* 114(5): 73e, 2004.

3 - Tebbetts, J. B. Dual plane breast augmentation: Optimizing implant-soft tissue relationships in a wide range of breast types. *Plast. Reconstr. Surg.* 107: 1255, 2001.

4 - Tebbetts, J.B., A system for breast implant selection based on patient tissue characteristics and implant-soft tissue dynamics. *Plast. Reconstr. Surg.* 109(4): 1396, 2002

5 - Biggs, T. M. Augmentation mammoplasty: A comparative analysis. *Plast. Reconstr. Surg.* 103: 1761, 1999.

6 - Hamas, R. S. The postoperative shape of round and teardrop saline-filled breast implants. *Aesthetic Surg.*

J. 19(5): 369, 1999.

7 - Davidson, B.A. Submuscular breast augmentation. *Aesthetic Surg. J.* 23: 293, 2003

8 - Dempsey, W. C., Latham, W. D. Subpectoral implants in augmentation mammoplasty. "Preliminary report". *Plast. Reconstr. Surg.* 42: 515, 1968

9 - Strasser, E. J. Results of subglandular versus subpectoral augmentation over time: one surgeon's observations. *Aesthetic Surg. J.* 26(1) : 45, 2006

10 - Tebbetts, J. B. Achieving a predictable 24-hour return to normal activities following breast augmentation: Refining practices using motion and time study principles. Part I. *Plast. Reconstr. Surg.* 109: 273, 2002.

11 - Spear, S. L., Carter, M.L., Ganz, J.G. The correction of capsular contracture by conversion to "dual plane" positioning: technique and outcomes. *Plast. Reconstr. Surg.* 112(2): 456, 2003