

Mastopexia a Longacre modificada

Modification of the mastopexy technique described by Longacre

LUIZ FELIPE DUARTE
FERNANDES VIEIRA¹
CARLOS LACERDA DE
ANDRADE ALMEIDA²

RESUMO

Introdução: A preservação funcional das mamas deve ser uma preocupação constante para o cirurgião plástico. A técnica apresentada neste trabalho busca reduzir o impacto da mamoplastia no aleitamento materno, considerando a técnica de pedículo vascular superior, com parcimoniosas ressecções glandulares, a de escolha para os casos de pequena hipertrofia mamária. **Método:** Foram estudadas 46 pacientes portadoras de hipertrofia mamária leve a moderada, submetidas a mastopexia, com ou sem redução mamária, utilizando técnica de pedículo vascular areolar superior, segundo a técnica descrita por Longacre modificada. As pequenas ressecções glandulares foram realizadas de forma a preservar a integridade funcional e sensitiva das mamas. **Resultados:** Nas 92 mamas operadas, observou-se adequado preenchimento do polo superior pelo retalho e conformação mamária, que satisfizeram os anseios das pacientes. **Conclusões:** A técnica apresentada constitui mais uma possibilidade técnica para mastopexias em pacientes com o complexo areolopapilar em posicionamento alto, utilizando-se o polo inferior da mama para preencher o polo superior.

Descritores: Mamoplastia. Mama/cirurgia. Aleitamento materno.

ABSTRACT

Background: The functional preservation of the breasts should always be a concern for the plastic surgeon. The technique presented in this paper aims to reduce the impact of mammoplasty on breastfeeding by considering the superior vascular pedicle technique with parsimonious gland resection to be the best choice for cases with little breast hypertrophy. **Methods:** We report on 46 patients with mild to moderate breast hypertrophy who underwent mastopexy, with or without breast reduction, using the superior vascular pedicle technique as per the modified technique described by Longacre. Small gland resections were made so as to preserve the functional and sensory integrity of breasts. **Results:** In the 92 breasts on which we operated, we observed a proper filling of the upper pole through use of a flap, and breast shaping that satisfied the patients' desires. **Conclusions:** The technique presented, in which the lower pole of the breast is used to fill the upper pole, is another technical possibility for mastopexies in patients with a high-positioned nipple-areolar complex.

Keywords: Mammoplasty. Breast/surgery. Breast feeding.

Trabalho realizado no
Hospital Agamenon Magalhães,
Recife, PE, Brasil.

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

Artigo recebido: 17/11/2011
Artigo aceito: 7/3/2012

INTRODUÇÃO

A preservação funcional das mamas deve ser uma preocupação constante para o cirurgião plástico. O momento psicológico vivido pelas adolescentes e adultas jovens ao procurarem a cirurgia plástica mamária é tão relevante que

as leva ao consultório do cirurgião plástico para aliviar essas frustrações. No entanto, elas estão de tal forma envolvidas na solução estética de suas mamas que, involuntariamente, relevam a importância da amamentação futura ao se tornarem mães. É crescente o interesse pelo esclarecimento das dificuldades do aleitamento pós-mamoplastia, já que

1. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), cirurgião plástico, Recife, PE, Brasil.

2. Membro titular da SBCP, preceptor da residência médica em Cirurgia Plástica do Hospital Agamenon Magalhães e membro da Comissão de Prêmios da SBCP, Recife, PE, Brasil.

MÉTODO

Casuística

Foram realizadas 46 intervenções, compreendendo 92 mamas, com a técnica de mastopexia a Longacre modificada, no período de fevereiro de 2006 a julho de 2011, com idade variando de 24 anos a 42 anos.

Todas as pacientes foram avaliadas no pré-operatório com exames de imagem (ultrassonografia mamária e/ou mamografia), exames laboratoriais (hemograma, glicemia, ureia, creatinina, coagulograma e sumário de urina), avaliação cardiológica e pré-anestésica.

Marcação

Na técnica de Longacre^{10,11}, marca-se uma elipse em crescente a partir do sulco submamário, respeitando-se como limite a aréola, procedendo-se à desepitelização e à liberação do retalho dermoglandular e sua rotação em cambalhota para o espaço retroglandular, sem liberação do CAP, resultando numa cicatriz que se situa no sulco inframamário.

Nas pacientes desta casuística, foi adicionada a marcação dos pontos A, B e C, de forma semelhante a Pitanguy⁴ e Ribeiro¹², em que o ponto A representa a projeção do sulco submamário e os pontos B e C são obtidos após pinçamento bidigital, sendo esses últimos projetados sobre a elipse descrita por Longacre (Figura 1).

Técnica Cirúrgica

Com a paciente em posição semissentada a 45 graus e com os braços abduzidos, a sedação foi associada a anestesia peridural ou bloqueio intercostal (realizado pelo cirurgião com lidocaína a 0,4% + adrenalina 1:100.000) (Figura 2), em decisão conjunta com o anestesista.

Foram infiltradas as áreas das incisões e descolamentos, com solução de adrenalina 1:200.000, lidocaína a 0,20% e

muitas mulheres se sentem frustradas quando não conseguem amamentar a contento, muitas vezes referindo que não foram devidamente orientadas no pré-operatório.

A reorganização da estrutura mamária no pós-operatório dessas pacientes causa problemas para a amamentação, em decorrência da interrupção da continuidade entre o tecido glandular propriamente dito e os ductos galactóforos.

O advento das reduções mamárias com vários pedículos vasculares para o suprimento areolar, com as mais diversas técnicas descritas por Strömbeck¹ (bipediculado horizontalmente), Skoog² (pedículo lateral), McKissock³ (bipediculado vertical) e Pitanguy⁴ (pedículo areolar superior), possibilitou relativa manutenção da relação anatômica entre a glândula e o complexo areolopapilar (CAP). As técnicas mais agressivas (ou menos funcionais), que reportam a amputação areolar e posterior enxerto livre numa nova posição, como descrito por Thorek⁵, já não são muito utilizadas atualmente. Entretanto, o resultado dessas ressecções mamárias deve preservar a continuidade anatômica do aparelho glandular, para que haja possibilidade de amamentação por meio do escoamento lácteo até o CAP. Assim, independentemente do tipo de suprimento vascular, tanto a espessura desse pedículo como a maior integridade glandular mamária e de sua inervação sensitiva são fundamentais para obtenção de bons resultados funcionais nas mastopexias.

Alguns estudos não referem diferenças no aleitamento materno quando avaliam as várias técnicas operatórias, mas reforçam a importância da preservação da sensibilidade areolar, pois o reflexo neuro-hormonal no aleitamento se inicia com a estimulação sensitiva da aréola⁶.

Estudo de Marshall et al.⁷ enfatizou que o mais importante para a preservação da capacidade de amamentar é a quantidade de tecido mamário que é preservada em conexão com o CAP (no grupo dos pedículos delgados, a amamentação não foi impossível, mas sempre insuficiente ao desenvolvimento pleno da criança).

Strömbeck¹, com sua técnica de pedículo areolar horizontal bilateral, demonstrou que a amamentação era sempre possível após essa cirurgia, embora a capacidade fosse diminuída. Outros autores^{8,9} relataram a manutenção da lactação após as mamoplastias redutoras (técnica Pitanguy), sem, contudo, estabelecer um período mínimo para considerá-la eficiente.

Assim, o objetivo deste trabalho é demonstrar a técnica descrita por Longacre^{10,11}, executada no presente estudo com pequenas adaptações, sendo um retalho areolar de pedículo superior ampliado, preservando tecido glandular íntegro em continuidade com o CAP, semelhante à mastoplastia com o pedículo de segurança tipo II, descrito por Ribeiro¹². Este estudo objetiva, também, ressaltar a necessidade da orientação pré-operatória quanto à possível interferência no aleitamento materno, causada pela desestruturação tecidual cirúrgica.



Figura 1 – Marcação a Longacre acrescido dos pontos A, B e C propostos neste trabalho.

soro fisiológico (Figura 3). Foi instituída antibioticoterapia profilática, sendo 1 g de cefazolina (Kefazol) na indução anestésica, mantendo-se 1 g a cada 6 horas nas primeiras 24 horas.

Procedeu-se, em seguida, à manobra de Schwarzmann, estendendo-se a desepitelização para toda a área marcada anteriormente. Foi realizada liberação do tecido glandular da fáscia do músculo peitoral, no sentido caudocranial até o nível da terceira costela (Figuras 4 a 6), seguida de exérese do excesso nas extremidades do retalho lipodermoglandular. Foram realizados revisão da hemostasia e rearranjo do retalho em cambalhota (Figuras 7 e 8), sem fixação do mesmo à fáscia peitoral, com fechamento dos pilares lateral e medial, utilizando fio de mononáilon 3-0 (Figura 9). Só então foi realizada montagem das mamas com o reposicionamento do CAP, o mais próximo possível do ponto A, previamente demarcado (Figuras 10 e 11).

Nessa técnica, o ponto A é somente uma referência ao novo posicionamento areolar. Ele não é estático, já que a elevação do CAP até esse nível depende da nova conformação

mamária, alcançada após as ressecções e a montagem dos retalhos. Foram realizadas suturas dermocutâneas com poli-glecaprone (Monocryl) 5-0 e drenagem tubular por 24 horas.



Figura 4 – Manobra de Schwarzmann.

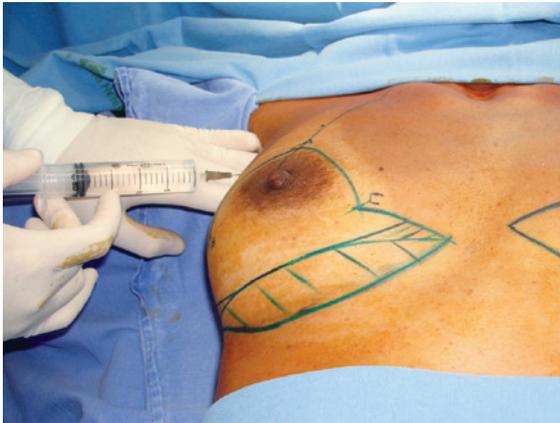


Figura 2 – Bloqueio anestésico intercostal.



Figura 5 – Liberação glandular.



Figura 3 – Infiltração das linhas de incisão com adrenalina.



Figura 6 – Desepitelização.



Figura 7 – Definição do retalho de base superior.



Figura 10 – Sutura dos planos profundos para eliminar o espaço morto.

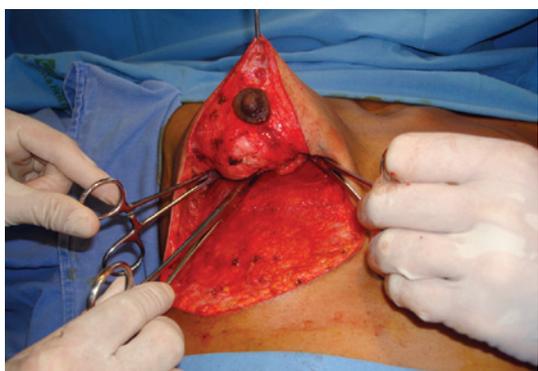


Figura 8 – Retalho em cambalhota.



Figura 11 – Aspecto final das mamas.



Figura 9 – Sutura dos pontos B e C.

O curativo foi feito com fita microporosa sobre as incisões e compressão com modelador. A primeira troca do curativo e a retirada do dreno tubular foram realizadas em 24 horas e as revisões subsequentes foram realizadas no consultório, segundo preconiza a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica¹³, associada a drenagem linfática a partir do terceiro dia de pós-operatório.

Profilaxia antitrombótica foi feita com a utilização de meias elásticas graduadas e botas de compressão pneumática intermitente (Phlebo Press), rotineiramente.

RESULTADOS

Nas 92 mamas operadas, observou-se adequado preenchimento do polo superior pelo retalho e conformação mamária que satisfizeram os anseios das pacientes.

Como complicações, houve 5 casos de mamas com deiscência parcial na união dos pontos B e C, na cicatriz horizontal, conduzidas conservadoramente com cicatrização por segunda intenção de bom aspecto, e 6 casos de seroma, localizados logo acima da cicatriz horizontal. Não foi observado nenhum caso de cicatriz quelóideana, hematoma ou infecção de ferida operatória.

A avaliação subjetiva das pacientes foi positiva quanto à forma obtida no pós-operatório (Figuras 12 e 13).

Uma paciente apresentou descarga láctea pelo mamilo de forma moderada, na terceira semana de pós-operatório,

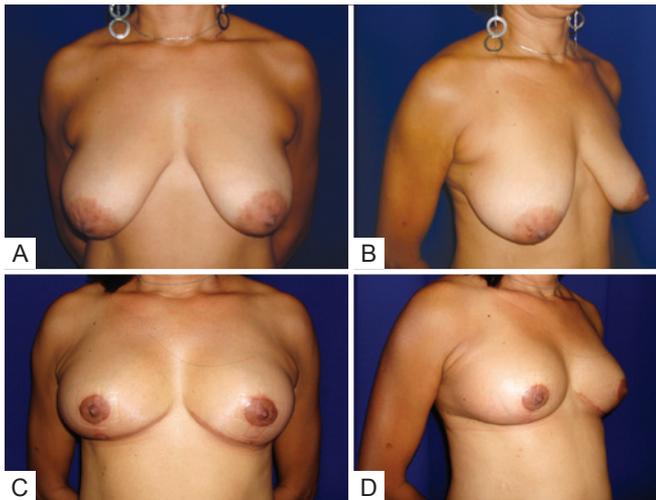


Figura 12 – Paciente 1. Em **A**, aspecto pré-operatório, posição frontal. Em **B**, aspecto pré-operatório, posição oblíqua. Em **C**, aspecto pós-operatório de 6 meses, posição frontal. Em **D**, aspecto pós-operatório de 6 meses, posição oblíqua.

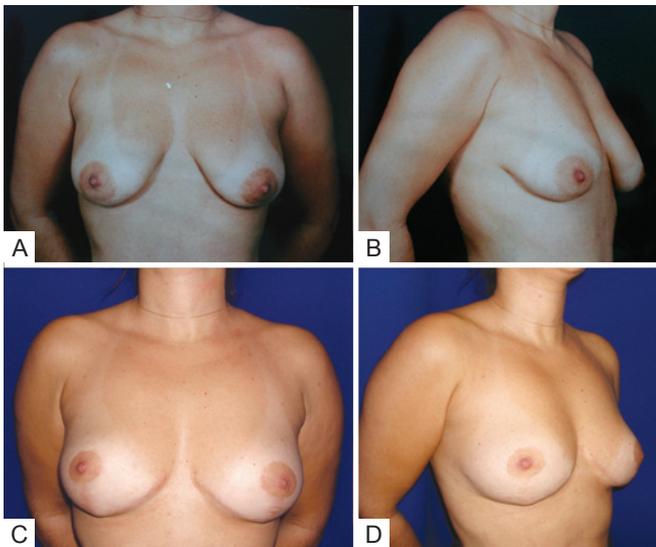


Figura 13 – Paciente 2. Em **A**, aspecto pré-operatório, posição frontal. Em **B**, aspecto pré-operatório, posição oblíqua. Em **C**, aspecto pós-operatório de 1 ano e 6 meses, posição frontal. Em **D**, aspecto pós-operatório de 1 ano e 6 meses, posição oblíqua.

atribuída à estimulação provocada pela drenagem linfática pós-operatória, sendo tratada com carbegolina (Dostinex) para inibição da prolactina e consequente lactação.

DISCUSSÃO

Certamente, forma e harmonia são fundamentais no sucesso das mastoplastias. No entanto, a preservação funcional

da sensibilidade e da lactação deve estar sempre na mente do cirurgião plástico, já que a amamentação é um desejo natural das mulheres. Faz-se mister a orientação, principalmente às mais jovens, a respeito das possíveis implicações das plásticas mamárias em seus planos de amamentar. Assim, devemos nos preocupar em preservar a continuidade anatômica entre as glândulas mamárias e seus ductos galactóforos por meio da manutenção de um pedículo glandular espesso, já que as incisões mamárias não impedem a lactação, mas as cicatrizes deixadas dificultam a drenagem láctea até o mamilo.

A paciente deve ser informada de que, em condições normais, ocorrerá lactação após a mastoplastia, mas a eficiência do aleitamento poderá ser comprometida. Essa atitude é mais honesta e certamente evitará transtornos futuros por desinformação.

Trabalhos demonstram até 18% de dificuldade na amamentação em primíparas e sem cirurgias mamárias^{14,15}. O déficit na amamentação em pacientes operadas não poderia já estar presente nessas mulheres? A resposta é que as condições prévias de agalactia ou hipogalactia atuam da mesma forma em grupos de estudo semelhantes em todos os outros aspectos.

A técnica citada descrita pelo Longacre^{10,11}, um dos orientadores de Pitanguy¹⁶, então iniciante, na década de 1950, tem o mérito de privilegiar a preservação da anatomia lactífera por meio de retalhos lipodermoglandulares com base superior, em continuidade com o CAP, providos de excelente vascularização. O autor da técnica reporta a ausência de sinais de absorção ou necrose dos retalhos, que também é corroborado pelos trabalhos de Ribeiro¹², como o pedículo de segurança tipo II. A associação com a marcação dos pontos A, B e C da técnica de Pitanguy tem como limitação o fato de que o ponto A não pode estar posicionado mais que 2-3 cm do CAP, pois a mobilização do mesmo é mais restrita que a utilizada em outros tipos de pedículos. Ao longo da casuística, o autor percebeu que os seromas podiam ser evitados por meio de pontos de aproximação dermogordurosos, preenchendo o espaço morto oriundo da rotação em cambalhota do retalho (Figura 10).

CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos com a técnica de Longacre modificada, conclui-se que:

- Apesar de os índices de amamentação das pacientes submetidas a mastoplastias, de forma geral, serem menores que os das não-operadas, há um déficit menor ao utilizar essa técnica que tem por base a preservação anatômica das conexões galactíferas.
- A técnica de Longacre é baseada em princípios simples de preservação anatômica, os quais, no entanto, restringem a indicação do procedimento aos casos

de pequena ptose e hipertrofia mamária, para que haja adequada ascensão do CAP.

- Comum a todas as técnicas de mastoplastia, a orientação e a explicação das repercussões sobre o aleitamento materno pós-cirúrgico devem ser feitas minuciosamente para o bom entendimento das partes, evitando futuras demandas ou frustrações quando da maternidade.
- A técnica apresentada constitui mais uma possibilidade técnica para mastopexias em pacientes com o CAP em posicionamento alto, utilizando-se o polo inferior da mama para preencher o polo superior.

REFERÊNCIAS

1. Strömbeck JO. Late results after reduction mammoplasty. In: Goldwyn RM, ed. Long term results in plastic and reconstructive surgery. Boston: Little, Brown; 1980. p. 723-32.
2. Skoog T. A technique of breast reduction: transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. *Acta Chir Scand.* 1963;126:453-65.
3. McKissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg.* 1972;49(3):245-52.
4. Pitanguy I. Mamoplastias: estudo de 245 casos consecutivos e apresentação de técnica pessoal. *Rev Bras Cir.* 1961;42(4):201-20.
5. Thorek M. Plastic surgery of the breast and abdominal wall. Springfield: Charles C. Thomas; 1942.
6. Deutinger M, Deutinger J. Breast feeding after aesthetic mammary operations and cardiac operations through horizontal submammary skin incision. *Surg Gynecol Obstet.* 1993;176(3):267-70.
7. Marshall DR, Callan PP, Nicholson W. Breastfeeding after reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg.* 1994;47(3):167-9.
8. Aboudib Junior JH, Coelho RS, Castro CC, Cupello AM. Mamoplastia redutora: alterações provocadas pela gravidez. *J Bras Ginecol.* 1989; 99(9):395-8.
9. Castro CC, Salema R, Aboudib Junior JHC, Calixto CA. Mamoplastia redutora na mulher jovem: análise crítica e evolutiva a longo prazo. *J Bras Ginecol.* 1986;96(9):471-3.
10. Longacre JJ, De Stefano GA, Holmstrand K. Breast reconstruction with local derma and fat pedicle flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1959;24: 563-76.
11. Longacre JJ. Correction of the hypoplastic breast with special reference to reconstruction of the "nipple type breast" with local dermo-fat pedicle flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1954;14(6):431-41.
12. Ribeiro L. Pedículos em mamoplastia: atlas e texto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 49-62.
13. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Orientações pré e pós-operatórias. Disponível em: <http://www.cirurgiaplastica.org.br>.
14. Jaeger MR, Barcellos CH, Terres MM, Ely PB, Ely JF. Aleitamento materno após a cirurgia plástica redutora da mama. *ACM Arq Catarin Med.* 2000;29(Supl. 1):275-7.
15. Jaeger MR, Terres M, Souza EP, Ely PB. É possível o aleitamento materno após a cirurgia plástica redutora da mama? *Rev Bras Mastol.* 1998;8(4):185-8.
16. Pitanguy I. Aprendiz do tempo: histórias vividas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2007. p. 66-8.

Correspondência para:

Luiz Felipe Duarte Fernandes Vieira
Av. Boa Viagem, 296 – ap. 1004 – Boa Viagem – Recife, PE, Brasil – CEP 51011-000
E-mail: luizfelipedfv@uol.com.br