

# PLANEJAMENTO DAS PLÁSTICAS MAMÁRIAS: PROPOSTA DE UMA NOVA CLASSIFICAÇÃO DA BIOTIPOLOGIA DAS MAMAS

MAMMARY PLASTIC ARTS PLANNING: NEW CLASSIFICATION OF MAMMARY SHAPES

ANDRÉ, Fernando Sanfelice  
Membro Titular da SBCP

FERNANDO SANFELICE ANDRÉ  
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt  
sanfi@brturbo.com.br

## DESCRITORES

mamoplastia, mastopexia, próteses, técnicas, táticas cirúrgicas

## KEYWORDS

mamoplasty, mastopexy, prosthesis, technics, surgical tacticals

## RESUMO

O objetivo do presente trabalho é relatar a conduta adotada no diagnóstico e planejamento do tratamento das diversas alterações das formas das mamas. Inicialmente classificou-se as mamas em 7 tipos básicos, com subtipos A e B, exceto para os tipos 2, 6 e 7, que apresentaram características próprias. Indicando-se procedimentos específicos para cada um dos tipos mamários. Foram incluídos neste estudo, pacientes com idades variando de 16 a 70 anos, submetidas à cirurgias mamárias no período de 1991 a 2006. Todas as pacientes foram operadas pelo mesmo cirurgião, em hospitais diferentes e com equipes anestesiológicas diferentes.

## Abstract

*The present work goal is to relate the conduct adopted in the diagnostics and planning of treatment for the several alterations of the breast. It initially classified the breasts in 7 basic types, with subtypes A and B, except for the Types 2, 6 and 7, that presented own characteristics indicating specific procedures for each one of mammary types. In this study were going included patients with ages varying of 16 to 70 years, submitted the mammary surgeries in the period of 1991 to 2006. All the patients were going operated by the surgeon, in different hospitals and with different team of anesthesia.*

## INTRODUÇÃO

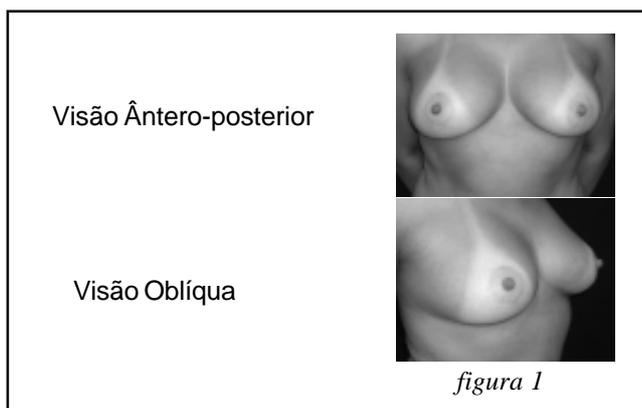
A cirurgia plástica mamária apresentou, ao longo da história, um desafio aos cirurgiões plásticos, devido a grande variedade das formas, volumes e graus de ptose, além das mudanças dos padrões estéticos, que se modificaram com o tempo. Inúmeras técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos, sendo que, a maioria delas, se não mesmo a totalidade, procuravam tratar as dismorfias mamárias, com o uso de uma mesma técnica

ou tática cirúrgica. Outro ponto considerado foi à extensão da cicatriz final. Técnicas comumente utilizadas previam cicatrizes no sulco mamário e periareolar<sup>2</sup>, peri-areolares, verticais e submamárias (T invertido)<sup>2,3,4,5,6,7,8,9,10</sup>, peri-areolares e verticais<sup>11,12,13</sup>, peri-areolares, verticais e submamárias laterais (L)<sup>14,15,16</sup>, e peri-areolares isoladas<sup>17,18</sup>. Poucos trabalhos procuraram classificar as mamas a partir das formas<sup>15,19</sup>, sendo essas classificações consideradas incompletas, por excluir alguns tipos freqüentemente encontrados ou por incluir, num mesmo tipo, mamas que deveriam ter abordagens diferentes.

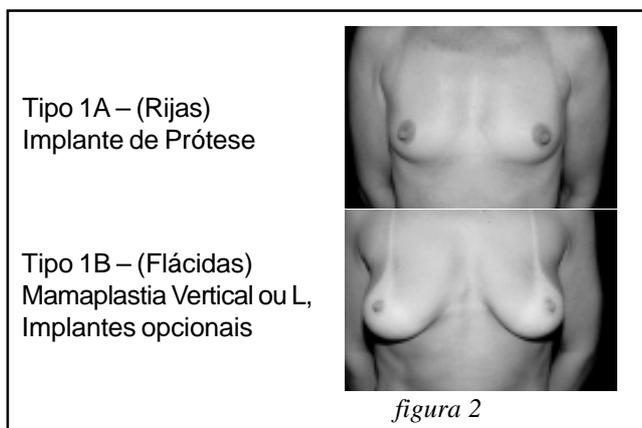
## MÉTODOS

Foram incluídas neste estudo, pacientes submetidas à cirurgias mamárias, tanto de aumento quanto de redução e mesmo de pexias mamárias, durante o período de 1991 a 2006. As idades variaram de 15 a 70 anos. Entre estas pacientes haviam nuligestas, primigestas e multigestas, sem patologias mamárias pregressas. Levou-se em consideração o que seria um padrão normal mamário, isto é, mamas de formas cônicas ou semi-esféricas, projeção AP de 5-8 cm, dependendo da estatura e formato torácico, pólo superior discretamente vazio, pólo inferior abaulado, sem, no entanto, tocar no tórax, CAM posicionado frontalmente ou ligeiramente para cima e para a lateral, diâmetro transversal da base igual ou menor ao diâmetro vertical, prolongamento axilar ausente, ausência de pêlos, ausência de cicatrizes (figura 1). Esse padrão métrico, não pode ser usado quando da utilização dos implantes mamários, já que existe uma grande solicitação de aumento volumétrico mamário além do que seria considerado normal.

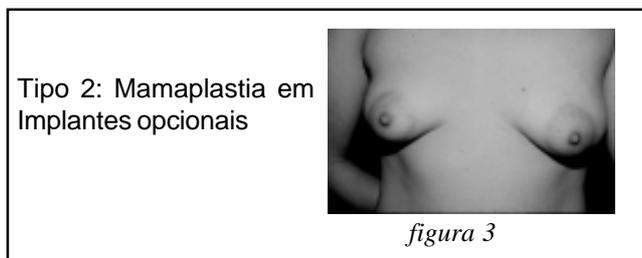
Tomando-se por base os parâmetros considerados normais, a classificação adotada até o momento<sup>15</sup>, comparando-os com os formatos mamários freqüentemente encontrados propôs-se uma nova classificação, mais abrangente.



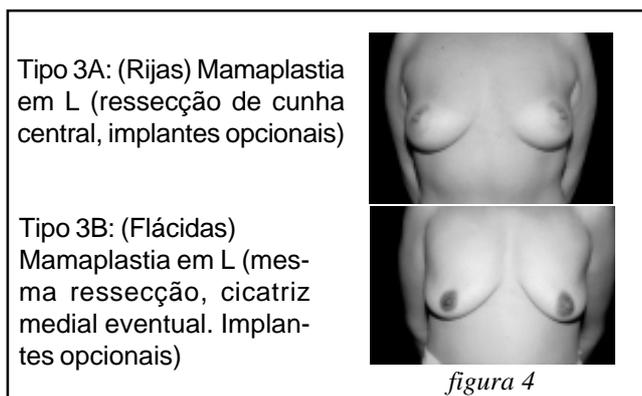
**Mamas Tipo 1** - Definidas como hipomastias, podendo ser rijas (Tipo 1 A) ou flácidas (Tipo 1B) (Figura 2).



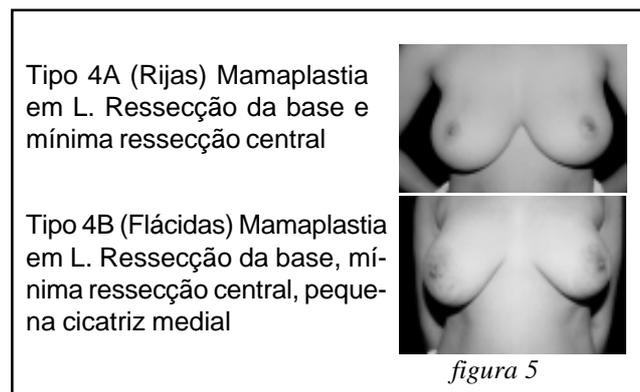
**Mamas Tipo 2** - Definidas como mamas tuberosas (Figura 3).



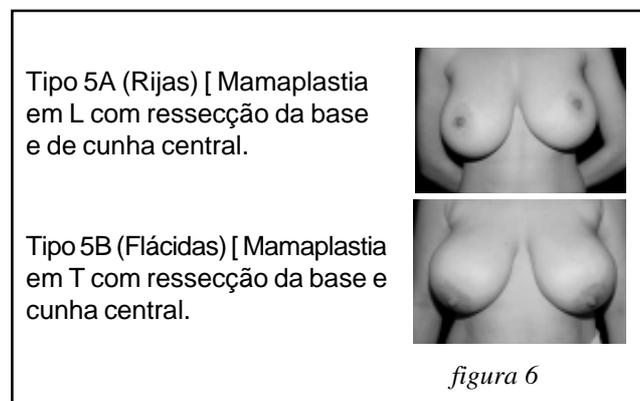
**Mamas Tipo 3** - Definidas como mamas de base larga e pouca projeção antero-posterior, podendo ser rijas (Tipo 3 A) ou flácidas (Tipo 3 B) (Figura 4).



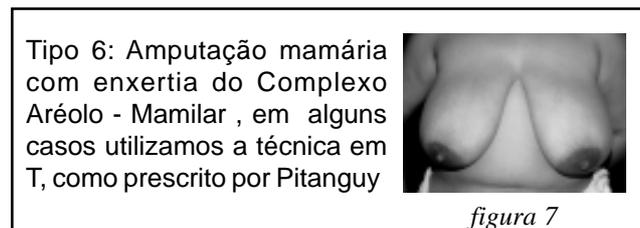
**Mamas Tipo 4** – Definidas como mamas com largura da base normal e maior projeção antero-posterior, podendo ser rijas (Tipo 4 A) ou flácidas (Tipo 4 B) (Figura 5).



**Mamas Tipo 5** - Mamas de base larga e projeção antero-posterior aumentada, podendo ser rijas (Tipo 5 A) ou flácidas (Tipo 5 B) (Figura. 6), não sendo a distância AM maior que 10 cm.



**Mamas Tipo 6** – Definidas como gigantomastias (Figura 7). Mamas com grande alargamento da base e grande projeção antero-posterior, acompanhada de acentuada ptose e flacidez cutânea (AM maior que 10 cm).



**Mamas Tipo 7** – Incluiu-se nesse grupo, as mais variadas formas de distorções mamárias iatrogênicas. Irregularidades do CAM (assimetria de forma ou posição) (Figura 8), má qualidade cicatricial, assimetrias do cone mamário, sobras adipo-cutâneas lateral e medial (orelhas), contraturas capsulares pós- implantes.



Com a classificação definida determinou-se a escolha da técnica cirúrgica.

Tipo 1 - A - Implante de próteses de Silicone B - Mamoplastia em L ou Vertical com implantes opcionais

Tipo 2 - Mamoplastia em L (implante de próteses opcionais)

Tipo 3 - Mamoplastia em L, (com ressecção de cunha central, sem ressecção da base, implante de próteses opcionais).

Tipo 4 - Mamoplastia em L (4 A) ressecção de base e mínima ressecção central).

(4 B- ressecção da base e mínima ressecção central, pequena cicatriz medial).

Tipo 5 - Mamoplastia em L (5 A- ressecção de base, e central).

(5 B- ressecção de base e central, pequena cicatriz medial).

Tipo 6- Mamoplastia em T, tipo Thorek (amputação mamária e enxertia do CAM).

Tipo 7 - Correções específicas para cada tipo de problema encontrado

**Preparo pré-operatório:** O preparo pré-operatório foi o mesmo realizado para as demais cirurgias plásticas, como demonstrado a seguir:

1. Avaliação clínica - diagnóstico da forma e do grau de ptose das mamas (escolha da técnica); Investigação sobre patologias progressivas das mamas, uso de drogas e medicamentos, tabagismo, gravidez.
2. Avaliação laboratorial (hemograma completo, coagulograma, TAP, glicemia, ECG, US de mamas e/ou Mamografia).
3. Avaliação anestesiológica.

**Anestesia: Peridural Alta:** Teve-se a preferência por esse método anestésico, por notar-se menor sangramento intra-operatório, conforto maior no pós-operatório imediato e redução nada desprezível do custo hospitalar. No entanto, a cirurgia é realizada sob anestesia geral, sempre que for a escolha do paciente ou por indicação absoluta do anestesiológico. Não temos realizado cirurgias sob anestesia local ou bloqueios intercostais, por não notarmos vantagens sobre as outras técnicas utilizadas, seja no tocante à qualidade, aos riscos de complicação ou aos custos intrínsecos das mesmas.

**Permanência Hospitalar:** Rotineiramente, as pacientes foram mantidas internadas por um período de 24 hs, em ambiente clínico/hospitalar, exceto nos casos em que foram feitas outras cirurgias associadas, quando são mantidas por 48 hs. Eventualmente, nos casos de implantes de próteses ou mamoplastias de menor porte, realizadas sob anestesia peridural, as pacientes foram liberadas 8 a 12 hs., após o término da cirurgia. Foi exigido o retorno no 1º dia de pós-operatório, para retirada dos drenos e troca de curativos, quando houver, para aquelas que obtiveram alta no mesmo dia da cirurgia. Nos outros casos as pacientes retornam no 7º dia para troca de curativos e no 10º para retirada dos pontos. Outros retornos foram marcados no 30º, 60º, 90º dias, quando foram feitas fotografias de controle.

**Cuidados pós-operatórios:** 1. Drenagem, com drenos

Penrose nas 1<sup>as</sup> 24 hs. (exceto nos casos de implantes mamários).

2. ATB profilático (cefalexina 2 g EV, pré-operatório).
3. Curativos com pomada de ATB e fita microporosa, trocados no 1º PO, 7º PO, 14º PO e mantida por 60, dias com trocas a cada três dias.
4. *Uso de soutien anatômico, sem costuras, por 60 dias.*
5. Solicitação de exame anátomo-patológico, de rotina, nos casos de ressecção mamária.
6. Repouso: restrição a movimentos bruscos ou intensos, nos primeiros 30 dias. Liberação gradual após esse período.

## RESULTADOS

Os resultados finais foram satisfatórios no tocante às formas e às cicatrizes resultantes.

Em todas as pacientes, das quais foi ressecado qualquer segmento mamário, este tecido foi enviado para análise anatomopatológica, sendo que, em apenas uma paciente, encontrou-se adenocarcinoma mamário "in-situ", tendo sido necessária a ampliação da ressecção e tratamento adjuvante (quimioterapia e radioterapia). Em todos os outros casos, os resultados foram de tecido mamário normal ou então alteração disfuncional das mamas (displasias), que não necessitaram de tratamento. Ocorreram, no entanto, 3 casos de galactorréia, pós-cirúrgica. Um após mastopexia e dois após implantes de próteses, implantes esses de silicone com envoltório de Poliuretano, nas quais foi necessário o bloqueio da secreção mamária com o uso de Parlodel®, até que a secreção terminasse totalmente. Salienta-se que, as pacientes com galactorréia eram múltiparas, já submetidas à laqueadura de trompas e com última gestação há mais de 2 anos e sem qualquer referência a descarga papilar anterior à cirurgia. O caso único de contratura capsular ocorreu em paciente que já apresentara contratura anterior com próteses de silicone liso e também com próteses texturizadas. Apesar da troca dos implantes, por outros com revestimento de poliuretano, voltou a ocorrer à contratura capsular, sendo necessária a retirada definitiva dos mesmos. As complicações encontradas foram tratadas em tempo adequado para cada uma delas, não tendo sido notado comprometimento do resultado final.

As complicações encontradas foram as seguintes:

- Hematoma (7 casos).
- Infecção (2 casos).
- Deiscências parciais de sutura (10 casos).
- Necrose parcial do CAM (6 casos).
- Cicatrizes hipertróficas e quelóides (12 casos).
- Galactorréia (3 casos).
- Contraturas capsulares (1 caso).

## DISCUSSÃO

A cirurgia plástica mamária remonta do século XIX. Muito foi pesquisado nessas décadas. Ressecções

cutâneas laterais<sup>14, 15, 16</sup>, centrais<sup>11, 12, 13</sup>, periareolares<sup>17, 18</sup>, combinações dessas, descolamentos cutâneos amplos. Utilização de moldes de marcação<sup>9</sup>, retalhos glandulares de pedículo superior, inferior<sup>7</sup> lateral<sup>8</sup>. Utilização de próteses<sup>20</sup> ou de moldes internos<sup>18</sup>. Em alguns poucos trabalhos notou-se a preocupação de se classificar as formas das mamas e indicar o tratamento adequado<sup>15, 19</sup>. Uma classificação, que pudesse auxiliar a forma da abordagem para o tratamento das diversas dismorfias mamárias, as condutas adotadas e verificar os resultados obtidos pelo autor e pelos autores relatados nas referências, tornavam-se necessárias.

Procurou-se, então, englobar um maior número de deformidades na nova classificação e indicar para cada tipo específico uma abordagem. Observando-se os resultados encontrados, notou-se que, mesmo seguindo-se os preceitos básicos da técnica até então utilizada<sup>15</sup>, alguns casos não foram plenamente satisfatórios. Seja por má escolha da técnica, pelas próprias características das mamas ou também por falta de experiência inerente ao início da vida profissional. Procurou-se, então, utilizar outras técnicas, que pudessem, talvez, melhorar o resultado final. Mesmo assim, faltava algo para atingir-se o objetivo final: boa forma, menores cicatrizes. Esse objetivo, no início não foi, todavia, alcançado, apesar dos esforços realizados.

Observou-se que o grau de flacidez cutânea era o maior indicativo para extensão da cicatriz horizontal final. O volume mamário aumentado, mas com revestimento cutâneo proporcional, não era impedimento para se obter um bom formato e uma cicatriz horizontal apenas lateral, ou mesmo apenas vertical. Por outro lado, mamas pequenas, mas com alto grau de flacidez, obrigou-se a estender a cicatriz horizontal para a região medial do tórax. Quando havia solicitação de correção de flacidez, sem aumento do volume mamário, optou-se pela mamoplastia sem implante de próteses. Observou-se que, para os casos dos tipos mamários 1B e 3 (A/B), não havia necessidade de ressecção de tecido mamário, sendo apenas feita a remodelagem do cone, com bons resultados. Para as mamas de volume maior, como as dos tipos 4 e 5 as ressecções eram proporcionalmente maiores, sendo as cicatrizes resultantes, tanto maiores quanto maior o grau de flacidez cutânea, evidenciada pela distancia AM. Nos casos de gigantomastias (Tipo 6), as ressecções cutânea e glandular foram evidentemente extensas, assim como as cicatrizes resultantes. As mamas do tipo 7 exigem atenção e cuidados para cada tipo específico de alteração encontrada, não podendo ser adotada conduta única para todos os casos, como é evidente. Ocorreram casos, nos quais as pacientes apresentavam mamas nas quais estava indicada a mastopexia, mas algumas delas não aceitaram cicatrizes maiores do que as proporcionadas após uma inclusão de próteses.

Obtiveram-se resultados satisfatórios, mas ainda aquém do era possível esperar para esse tipo de cirurgia, se tivesse sido associada à mastopexia.

## CONCLUSÃO

A comparação entre os resultados obtidos nos primeiros anos de exercício profissional, durante os quais escolhíamos uma mesma técnica cirúrgica, para todos os casos, e os obtidos depois da adoção de nova classificação, comprovou-se que:

As mamas devem ser criteriosamente classificadas de acordo com a sua forma e grau de flacidez.

1. A indicação da técnica deve ser baseada na classificação prévia.
2. As mamas apresentam formas muito variadas e por isso devem ter abordagens específicas para cada tipo em particular.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Passot J. *La correction esthetique du prolapsus mammaire pas de la transposition du mamelon*. Press Méd. 1925; 33:317.
- 2 - Castro CC, Aboudib J O, Coelho RFS. *Conceituação sobre mamoplastia, mastopexia*, Revista Soc Bras Cirurg Plast. 2002; 17(3)
- 3 - Lexer E. *Die gesante wederherstellung chirurgie*. Leipzig J A Brath. 1931.
- 4 - McKissoc PK. *Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap*. Plast Reconst Surg. 1972; 49:254.
- 5 - Peixoto G. *Reduction mammoplasty. A personal technique*. Plast Reconst Surg. 1980; 65(2):777.
- 6 - Pitanguy I. *Breast hypertrophy*. Anais do II Congress of International Society of Plast Surgeons; 1959; Londres, Inglaterra.
- 7 - Ribeiro L, Backer E. *Mastoplastia com pediculo de seguridad*. Rev Esp Cirurg Plast. 1973; 6:223.
- 8 - Skoog T. *A technique of teh breast reduction*. Acta Chir Scand. 1963; 126.
- 9 - Strombeck JO, *Mammoplasty in hipertrophy of the female breast*. In: III Congress Transaction Intern Soc Plast Surg; 1967; Washington, USA.
- 10 - Thorek M. *Plastic Reconstruction of the breast an Free transplantation of the nipple*. J Intern Coll Surg. 1946; 9.
- 11 - Ariê G. *Nova técnica em Mamoplastia*. Revista Lat Amer Cir Plast. 1957; 3:28.
- 12 - Ely JF. *The devil's incision mammoplasty*. Aesth Plast Surg. 1983; 7:159-162.
- 13 - Lejours H. *Vertical mammoplasty an liposuction of the breast*. St Louis Quality Medical Publisinhg. 1993.
- 14 - Hollander E. *Die operatione der mama hypertrofie un der Hägebrust*. Dtsh Med Wachhenschr. 1924; 50:1400-1442.
- 15 - Bozola et al. *Sistematização tática da mamoplastia em L*. Anais da I Jornada Sul-brasileira de Cirurgia Plástica; 1984; Florianópolis, Brasil: Artgraf; 1984.
- 16 - Chiari Jr A. *The L short scar mammoplasty. A new aproach*. Plast Reconst Surg. 1992; 90:233.
- 17 - Andrews JM. *A new areolar approach to reduction mammoplasty*. British J Plasr Surg. 1975; 28:166.
- 18 - Bustos RA. *Periaeolar mammoplasty with silicone support lamina*. Plast Reconst Surg. 1992; 89(4):646-657.
- 19 - Rees TD. *An hystorical reviwie of mammoplasty*. Anais do Transact Fiffht Intern Cong Plast S; Austrália.
- 20 - Carramashi FR, Tanaka MP. *Mastopexia associada à inclusão de próteses mamárias*. Rev Soc Bras Cirurg Plast. 2003; 18(3).